

DSI finder, at dette centrale sundhedsråd naturligt vil kunne placeres med sekretariatsmæssig tilknytning til Sundhedsstyrelsen, der har en overordnet rolle indenfor det danske sundhedssystem. Sundhedsrådet skal politisk referere til Sundhedsministeren og hvert år udarbejde en rapport, der forelægges Folketingets Sundhedsudvalg.

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

Det er DSI's opfattelse, at man med disse foranstaltninger kan rette 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.

De af DSI foreslåede samarbejdsorganer på statsligt og regionalt niveau vil kunne udpege personer, der kan deltage i de foreslåede **samarbejdsudvalg mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne** som observatører med taleret og derigennem sikre den livsnødvendige interaktion imellem bruger og implementerende regioner og kommuner. DSI ønsker altså en repræsentation i det foreslåede samarbejdsudvalg. I øvrigt henvises til DSI's afgivne notat om brugerindflydelse i sundhedssektoren, der vedlægges dette høringssvar.

En meget vigtig krumtap i hele sundhedsreformen bliver de kommende **sundhedsaftaler**, jf. § 200. Der nævnes særlige indsatsområder, så som ældreaftaler, forebyggelsesindsatser, og der bør også her være specifikke aftaler i forhold til relevante grupper af personer med handicap. **DSI vil foreslå, at DSI kan indstille en repræsentant til den gruppe, der skal udarbejde den varslede vejledning**, som det fremgår af de specifikke bemærkninger. Konkret vil DSI foreslå, at der som et punkt nævnes, at der skal indgås sundhedsaftaler på handicapområdet og specifikt omkring rehabiliteringsindsats.

DSI foreslår, at det fastsættes i loven, at de foreslåede planer, jf. § 201, skal indsendes til høring i det af DSI foreslåede brugerråd, og at de indkomne kommentarer indsendes videre til Sundhedsstyrelsen.

Når det gælder specialeplanlægningen jf. §§ 202 ff. skal **DSI anmode om en plads i det af Sundhedsstyrelsen nedsatte rådgivende udvalg for specialeplanlægning** og specifikt i § 203 skal DSI også anmode om en formel relation mellem DSI og Sundhedsstyrelsen angående alle de elementer, der omtales i paragraffen vedr. lands- og landsdelsfunktioner, jf. ovenfor.

DSI vil her gøre opmærksom på, at der gør sig specielle forhold gældende for at sikre forskellige handicapgruppers involvering i **beredskabsplaner**, og dette bør reflekteres i loven og dens bemærkninger, jf. §§ 205 ff.

Afsluttende kommentarer

Høringsprocessen for hele dette enorme lovarbejde er meget kort. Det tidspres, som ligger over hele processen, bekymrer DSI. Med den korte høringsfase har det været yderst vanskeligt for DSI's medlemsorganisationer at indgå i en uddybende dialog med deres medlemmer og relevante repræsentanter for derved at skabe sig et grundigt overblik over hele reformen, mulige konsekvenser og ikke mindst mulige faldgruber. Det medfører en stor risiko for at overse væsentlige problemstillinger for mennesker med handicap i de mange lovforslag.

DSI forbeholder sig derfor ret til i den kommende tid at fremkomme med supplerende synspunkter, ligesom DSI også forventer at blive inddraget i de videre forhandlinger om lovforslagene og justeringen af disse.

Såfremt der er behov for uddybning af de fremsatte synspunkter i dette høringssvar, kan DSI's sundhedspolitiske konsulent Thomas Jensen kontaktes på tlf. 3638 8505, e-mail: tje@handicap.dk

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand

Bilag: Høringssvar fra Diabetesforeningen
DSI's notat "Brugerindflydelse i sundhedssektorens ny struktur"

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
 Slotsholmsgade 10-12
 1216 København K

J.nr.: 4351	Akt. nr.: 62				
Modt. dato: 06 JAN. 2005					
Kopi: HW	SK	PEP			

5. januar 2005

Høringsvar vedrørende forslag til Sundhedsloven - jf. ministeriets j.nr. - 2. s. kt. j.nr. 2004-1200-59

Diabetesforeningen repræsenterer flere end 150.000 danskere med type 1 eller type 2 diabetes. Da diabetikerne er særligt fremhævet i bemærkninger til forslag til ny sundhedslov, jf. side 40-41 i bemærkningerne, tillader Diabetesforeningen sig i overensstemmelse med De Samvirkende Invalideorganisationer at kommentere netop den del lov-komplekset, som vedrører **patientrettet forebyggelse i sundhedsvæsenet**. I alle andre spørgsmål henvises til bemærkninger fra De Samvirkende Invalideorganisationer og Patientforum, hvoraf Diabetesforeningen er medlem.

På side 8-9 i det brev, hvormed lovforslaget blev sendt i høring, og i bemærkningerne til lovforslaget nævnes henholdsvis **borgerrettet** og **patientrettet forebyggelse**. Det er meget tilfredsstillende, at den forebyggende indsats overfor sen-diabetiske organskader anerkendes som en væsentlig del af det samlede forebyggelseskompleks. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslagets afsnit IX, at den patientrettede forebyggelse, når det drejer sig om diabetikere, påhviler både kommunerne og regionerne. Det er en nødvendighed, at forebyggelsesindsatsen ikke kun isoleres til enten kommunerne eller regionerne og at indsatsen til at omfatte både type 1 diabetikere og type 2 diabetikere. Imidlertid indebærer netop dette samarbejde omkring løsning af forebyggelsesopgaven en risiko for, at "forebyggelsesindsatsen falder mellem 2 stole", på den ene side kommunerne for hvem oplæring i egenomsorg er en helt ny opgave, og på den anden side regionerne (sygehus og lægepraksis). Regionerne vurderes i tilskudssammenhæng meget tæt på en effektiv udnyttelse af ressourcerne og dokumenterede præstationer. I et sådant vurderingsperspektiv kan det frygtes, at instruktionen og oplæringen i egenomsorg, der er til gavn ikke mindst for reduktion af sociale udgifter på grund af organskader, kan blive nedprioriteret til fordel for mere kontante præstationer som fx antallet af operationer.

Diabetesforeningen har bemærket sig, at netop diabetikernes behandling og egenomsorg under ét skal være en obligatorisk del af de sundhedsaftaler, som kommuner og regioner skal indgå i henhold til forslagens afsnit XV. Sundhedsaftalernes indhold er kort beskrevet i bemærkninger til dette afsnit. Det forudsættes, at overordnede spørgsmål drøftes i et særligt samarbejdsudvalg, hvis nærmere sammensætning fastlægges af Indenrigs- og sundhedsministeren. Det nævnes dog, at medlemmerne repræsenterer regioner, kommuner og læger.



DIABETESFORENINGEN

Rytterkasernen 1 · 5000 Odense C · Tel.: 6612 9006 · Fax: 6591 4908

E-mail: df@diabetesforeningen.dk · Web-site: www.diabetes.dk · CVRnr. DK-35 23 15 28 · Protektor: H.K.H. Prins Joachim

Diabetesforeningen ønsker at have indflydelse på sammensætningen af disse samarbejdsudvalg samt de kommende sundhedsaftaler. Foreningen mener, at de store patientgrupper, som sundhedsaftalerne skal tilgodese inden for begrebet patientrettet forebyggelse, bør være repræsenteret i samarbejdsudvalgene. Uagtet at samarbejdsudvalgene ifølge bemærkningerne ikke skal beskæftige sig med konkrete patientforløb, vil de overordnede prioriteringer kunne få indflydelse herpå. Desuden vil Diabetesforeningens erfaring med mange led i Sundheds- og socialsektoren komme drøftelserne i samarbejdsudvalgene til gode. Med hensyn til sundhedsaftalerne skal disse ifølge lovforslaget forholde sig til konkrete patientforløb. Her er det for Diabetesforeningen vigtigt at sikre, dels at man ikke overser en stor mindretalsgruppe inden for sygdomsområdet diabetes som fx de 20.000 type 1 diabetikere, som bør tilbydes en forebyggelsesindsats mindst af samme omfang som type 2 diabetikerne, dels at de erfaringer som opsamles netop i en forening som Diabetesforeningen indgår i den rådgivning, hvorpå aftalerne opbygges.

Siden 1994 har der været amtslige diabetesudvalg med patientrepræsentation. Man kan med rimelighed betragte disse amtslige diabetesudvalg som samarbejdsudvalg på dette store felt inden for sundhedsvæsenet, når der ses bort fra at de vigtige kommunale interesser ikke hidtil har været repræsenterede. De amtslige diabetesudvalg har været af meget stor betydning for rådgivningen af sundhedsforvaltningerne og sundhedspolitikere, og deres funktion bør sikres i en ny struktur. Det kan ske ved at nedsætte underudvalg under det i § 199 omtalte samarbejdsudvalg.

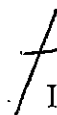
Fordelen ved denne konstruktion vil være, at den statslige rådgivning af samarbejdsudvalgene kan hvile på Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra den nationale diabetesstyregruppe, som blev nedsat i henhold til Regeringens nationale diabetesplan fra november 2003. Dernæst vil samarbejdsudvalgene kunne drage nytte af både faglig og patientmæssig rådgivning og ved udformning af sundhedsaftaler fås en alsidig rådgivning til gavn for effektiv ressourceudnyttelse, herunder udnyttelse af diabetikernes egne ressourcer.



Allan Flyvbjerg
formand
overlæge, dr.med.



Jørgen T. Petersen
næstformand



Ib Brorly
medlem af
hovedbestyrelsen





Kopi til (alle)
(12)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1. Ø

Den 7. januar 2005

J.nr. 3989.335 [11] /HS

Høringsvar vedrørende lovforslag til udmøntningen af kommunalreformen

Den 1. december 2004 udsendte regeringen 48 lovforslag vedrørende udmøntningen af kommunalreformen til høring.

De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) har gennemgået disse lovforslag, og vi fremsender hermed vores høringssvar til de 20 lovforslag, vi har vurderet til at have særlig betydning for mennesker med handicap.

Vi har også sendt de enkelte høringssvar direkte til de relevante ressortministerier, men da der er mange tværgående og sammenhængende problemstillinger mellem de enkelte ressortområder, skal vi anmode Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at forholde sig til alle de her fremsendte høringssvar, og sikre den nødvendige koordinering.

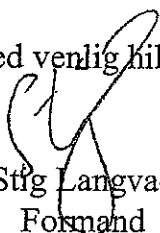
Til en række af høringssvarene er vedlagt bilag med særlige synspunkter fra vores medlemsorganisationer.

Høringsprocessen for hele dette enorme lovarbejde har været meget kort – alt for kort. Det tidspres som ligger over hele processen bekymrer DSI meget. Med den korte høringsfrist har det været yderst vanskeligt for DSI's medlemsorganisationer at sætte sig grundigt ind i lovforslagene og har derved ikke kunnet indgå i en uddybende dialog med deres medlemmer og relevante repræsentanter, for derved at skabe sig et grundigt overblik over hele reformen, mulige konsekvenser og ikke mindst mulige faldgruber. Det medfører en meget stor risiko for at overse væsentlige problemstillinger for mennesker med handicap i de mange lovforslag.

Vi forbeholder os derfor ret til i den kommende tid at fremkomme med supplerende synspunkter, ligesom vi også forventer at blive inddraget i de videre forhandlinger om lovforslagene og justeringen af disse.

Det er endvidere DSI's håb, at dette hastværk ikke fortsætter i den kommende tid, hvor lovforslagene skal revideres, og hvor implementeringen skal finde sted, men at dette arbejde vil ske i en balanceret og inddragende proces og på baggrund af grundige analyser af mulige konsekvenser.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
Formand

Oversigt over DSI's hørings svar

1. Forslag til Sundhedsloven.
2. Forslag til lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab.
3. Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.
4. Forslag til lov om regional statsforvaltning.
5. Forslag til lov om forpligtende kommunale samarbejder.
6. Forslag til lov om kommunale borgerservicecentre.
7. Forslag til lov om regionernes finansiering.
8. Forslag til lov om et evalueringsinstitut for kommuner m.v.
9. Forslag til lov om revision af den kommunale inddeling.
10. Forslag til lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats.
11. Forslag til lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats med flere love. (Konsekvensændringer som følge af kommunalreformen).
12. Forslag til lov om ændring af lov om planlægning. (Udmøntning af kommunalreformen).
13. Forslag til Lov om social service.
14. Forslag til lov om ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og andre love.
15. Forslag til lov om ændring af lov om almene boliger samt støttede private andelsboliger m.v., lov om fremme af privat udlejningsbyggeri og forskellige andre love. (Konsekvensændringer på boligområdet som følge af kommunalreformen).
16. Forslag til lov om trafikselskaber.

17. Forslag til lov om ændring af lov om Centre for Videregående Uddannelse og andre selvejende institutioner for videregående uddannelser m.v., lov om mellemlange videregående uddannelser, lov om centre for undervisningsmidler m.v. og forskellige andre love på Undervisningsministeriets område. (Udmøntning af kommunalreformen for så vidt angår sygepleje- og radiografiskolerne og centre for undervisningsmidler samt tekniske konsekvensændringer).
18. Forslag til lov om ændring af lov om folkeskolen, lov om specialundervisning for voksne, lov om forberedende voksenundervisning (FVU-loven) og forskellige andre love. (Udmøntning af kommunalreformen for så vidt angår specialundervisning, forberedende voksenundervisning, ordblindeundervisning m.v.).
19. Forslag til lov om ændring af lov om produktionsskoler, lov om støtte til folkeoplysende voksenundervisning, frivilligt folkeoplysende foreningsarbejde og daghøjskoler samt om Folkeuniversitetet (folkeoplysningsloven) og forskellige andre love på Undervisningsministeriets område. (Konsekvensændringer som følge af kommunalreformen).
20. Forslag til lov om ændring af lov om institutioner for uddannelsen til studentereksamen, lov om institutioner for uddannelsen til højere forberedelseseksamen, lov om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser, lov om almen voksenuddannelse og om voksenuddannelsescentre og forskellige andre love. (Udmøntning af kommunalreformen for så vidt angår det almene gymnasium, hf, social- og sundhedsuddannelser og andre ungdomsuddannelser samt voksenuddannelsescentre (VUC)).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sundhedsafdelingen
Slotholmsgade 10-12
1216 København K

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

7. januar 2005

J.nr. :2004-70011-10/vig

+45 33955633
vig.cvk@im.dk

Ved brev af 1. december 2004 (2.s.kt.j.nr.2004-1200-59) er Den Centrale Videnskabsetiske Komité (CVK) blevet bedt om eventuelle kommentarer til lovforslagene vedrørende henholdsvis sundhedsloven, ændring af forskellige love på sundhedsområdet samt klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Med hensyn til forslag til sundhedslov noterer CVK med tilfredshed, at lov om ligsyn, obduktion og transplantation mv. overføres fra Justitsministeriet til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Selvom der ikke i første omgang bliver tale om materielle ændringer af loven, vurderes det, at ressortoverførslen vil fremme muligheden for en lovgivning, som stemmer mere overens med komitélovens og patientretsstillingslovens principper om information og samtykke.

I denne forbindelse skal det nævnes, at CVK og Det Ethiske Råd i 2004 har drøftet forskellige aspekter af forskning på afdøde. Det er aftalt, at samarbejdet fortsætter med nedsættelse af en fælles arbejdsgruppe, der vil beskæftige sig med de etiske- og videnskabsetiske spørgsmål i relation til forskning på afdøde. I den forbindelse vil man vurdere et evt. behov for lovændringer. Ministeriet vil blive holdt orienteret om udredningsarbejdet.

Vedrørende forslag til ændring af forskellige love på sundhedsområdet har CVK fokuseret på § 5, der omhandler komitéloven. CVK har ingen bemærkninger til de foreslåede ændringer, men skal minde om, at man tidligere ved brev af 5. november 2004 til ministeren har opfordret til, at man benytter lejligheden til at ændre § 20 i komitéloven, således at der gives adgang til at foretage kliniske forsøg med lægemidler med stedfortrædende samtykke i akutte situationer og ved midlertidig inhabilitet.

Under henvisning til ministeriets brev af 10. november 2004 til Lægemiddelindustriforeningen skal CVK tillige opfordre til, at komitélovens § 22, stk. 4, ændres nu, således at indrapporteringspligten vedrørende alvorlige hændelser udgår.

Endvidere skal det nævnes, at CVK har nogle supplerende ønsker til ændring af komitéloven, som man også ønsker gennemført nu i forbindelse med kommunalreformens ændringsforslag.

Det drejer sig bl.a. om indførelse af videnskabsetisk kontrol med kliniske lægemiddelforsøg (lovens § 22, stk. 5 giver ikke komitésystemet adgang til at kontrollere lægemiddelforsøg), og ændring af kravet om vedtægter, der skal godkendes af ministeren, til en bestemmelse om en forretningsorden, som CVK selv fastsætter (lovens § 4, stk. 5).

CVK bidrager gerne med konkrete ændringsforslag.

CVK har ingen kommentarer til forslaget til lov om klage- og erstatningsadgang.

Afslutningsvis skal det bemærkes, at komitésystemet har taget til efterretning, at ændringerne i forbindelse med kommunalreformen indebærer, at de nuværende komitémedlemmers funktionsperiode forlænges med et år.

Med venlig hilsen

Finn Kamper-Jørgensen
Formand

Vibeke Graff
Sekretariatschef

Bianca Lund Sørensen

Fra: Charlotte Bidsted
Sendt: 7. januar 2005 14:22
Til: Bianca Lund Sørensen
Emne: VS: Hørings svar vedr. kommunalreformen

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Vibeke Graff
Sendt: 7. januar 2005 12:15
Til: Charlotte Bidsted
Cc: Camilla Villumsen
Emne: Hørings svar vedr. kommunalreformen

j.nr. 2004-70011-10

Hermed fremsendes Den Centrale Videnskabsetiske Komité's hørings svar vedrørende kommunalreformen.

Med venlig hilsen
Vibeke Graff

Vibeke Graff
Sekretariatschef
Den Centrale Videnskabsetiske Komité
Stoelholmsgade 12
DK 1216 København K
tlf.: 3395 5633
e-mail adresse: vig_cvk@im.dk

Indenrigs- og
sundhedsministeriet
5. sundhedskontor
att. kt.chef Bjarke Thorsteinsson
Slotsholmsgade 10-12
1216 K



København den 7 . jan. 2005

Vedr. udkast til sundhedslov

Hermed fremsender Rådet for Frivilligt Socialt Arbejde bemærkninger vedrørende udkast til lovgivning på sundhedsområdet i forbindelse med kommunalreformen.

Rådet har følgende bemærkninger:

Kap. 35 – Forebyggelse og sundhedsfremme

§119 : Her står at Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Rådet anmoder om, at der i ovenstående paragraf indføres *dette bør blandt andet ske i samarbejde med frivillige organisationer.*

Rådet mener at de frivillige sociale organisationer har en særlig adgang til at nå en række udsatte borgere i kommunen og derfor bør disse organisationer tages med på råd i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. På det sociale område har kommunerne pligt til at samarbejde med de frivillige sociale organisationer (§18 i udkast til lov om social service). Det samme bør gælde på sundhedsområdet, idet de frivillige sociale organisationer har stor viden og indsigt omkring den sociale dimension af sundhed og sygdom. Det er Rådets holdning at de frivillige sociale organisationer skal inddrages og betragtes som vigtige aktører i relation til arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne. Inddragelsen af de frivillige organisationer er et vigtigt element i forhold til at give borgerne mulighed for indflydelse på etablering af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, således at de ikke umyndiggøres i forhold til at tage vare på deres eget liv.

Rådet vil gerne opfordre til at kommunerne bliver forpligtet på at bygge bro til den frivillige

indsats på socialområdet også i relation til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Dette kan blandt andet ske gennem oprettelse af et dialogforum med de frivillige organisationer på social- og sundhedsområdet samt ved inddragelse af de frivillige organisationer på social- og sundhedsområdet i tilrettelæggelsen af rammerne for de konkrete tilbud, herunder eventuelle sundhedscentre. Det vil være relevant at inddrage ekspertise og indsats fra organisationer også uden for det område, der traditionelt betegnes som "sygdomsbekæmpende", for eksempel i forhold til socialt udsatte, selvhjælpsarbejdet og ældreområdet.

Kap. 62 – Samarbejde

§199 stk. 2: Det fremgår af udkastet, at der skal nedsættes samarbejdsudvalg, og at ministeren fastsætter nærmere regler om udvalgene, herunder sammensætningen.

Rådet vurderer, at der er behov for at frivillige organisationer på social- og sundhedsområdet bliver inviteret med i samarbejdsudvalgene, idet de har en tæt kontakt med mange af de borgere som "falder igennem" i mødet med sundhedsvæsenets tilbud. Disse organisationer vil blandt andet kunne bidrage positivt med at udvikle 'det sammenhængende patientforløb' samt tilføre viden og erfaring i forebyggelsesarbejde og sundhedsfremme.

Ovenstående tilføjelser vurderer Rådet vil være af stor betydning for udviklingen af gode forebyggelsesstrategier og sikre innovationskraften på social- og sundhedsområdet.

Med venlig hilsen

Terkel Andersen
formand

Bianca Lund Sørensen

Fra: Charlotte Bidsted
Sendt: 7. januar 2005 17:06
Til: Bianca Lund Sørensen
Emne: VS: Høringssvar fra Rådet for Frivilligt Socialt Arbejde



Høringssvar
undhedsloven.doc ..

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Bjarke Thorsteinsson
Sendt: 7. januar 2005 16:49
Til: Charlotte Bidsted; Lisa L Gunnarsson; Jette Jørgensen; Steen Hartvig Hansen; Janus Andersen
Emne: VS: Høringssvar fra Rådet for Frivilligt Socialt Arbejde

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Rådet for Frivilligt Socialt Arbejde [mailto:info@frivilligraadet.dk]
Sendt: 7. januar 2005 12:53
Til: Bjarke Thorsteinsson
Cc: Terkel Andersen
Emne: Høringssvar fra Rådet for Frivilligt Socialt Arbejde

Hermed fremsendes høringssvar fra Rådet for Frivilligt Socialt Arbejde vedrørende sundhedsloven.

Med venlig hilsen
Charlotte Mikkelsen

Rådet for Frivilligt Socialt Arbejde
Nytorv 19, 3. sal
1450 Kbh. K
Tel: 33 93 52 93
info@frivilligraadet.dk
www.frivilligraadet.dk



Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Vimmelskaftet 38
Postboks 2277
1025 København K
Tlf. 33 15 15 55
Fax 33 13 22 35
shk@sundhedskartellet.dk
www.sundhedskartellet.dk

INDGÅET I

- 7 JAN 2005

1. Ø

Den 07-01-2005

J.nr.: 0412-0029

Kopi til Lisa, Z.S.

Vedr. Sundhedskartellet's høringssvar på udkast til lovgivning om udmøntning af strukturreformen på sundhedsområdet

Indledning

Sundhedskartellet har modtaget en lang række af de lovforslag, der blev sendt i høring i forbindelse med udmøntningen af aftalen fra juni 2004 om en strukturreform. På sundhedsområdet har Sundhedskartellet valgt alene at afgive bemærkninger til lovforslaget til Sundhedsloven.

Sundhedskartellet's medlemsorganisationer forventes ligeledes at afgive høringssvar vedrørende mere organisationsspecifikke problemstillinger. Sundhedskartellet henholder sig derfor til eventuelle høringssvar fra medlemsorganisationerne.

Høringsfristen

Sundhedskartellet finder, at en høringsfrist på 1 måned for så komplekst et lovsæt, som det der vedrører strukturreformen, er alt for kort. Det er afgørende, at der ved en struktur- og opgaveomlægning af denne størrelsesorden afsættes den nødvendige tid til høring, dialog og koordinering mellem de involverede parter. Den korte frist gør det meget vanskeligt at foretage en indgående vurdering af konsekvenserne af lovforslaget, og Sundhedskartellet forbeholder sig derfor ret til at vende tilbage med yderligere bemærkninger i forhold til sundhedsområdet.

Disposition for Sundhedskartellet's høringssvar

Sundhedskartellet's høringssvar vil omhandle følgende 6 temaer:

- Generelle bemærkninger
- Fri og lige adgang til sundhedsvæsenet
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Sundhedscentre
- Sammenhængende patientforløb
- Specialeplanlægning

Medlemsorganisationer

Danske Afspændingspædagoger	Danske Bioanalytikere	Danske Fysioterapeuter	Dansk Sygeplejeråd	Dansk Tandplejerforening
Jordemoderforeningen	Ergoterapeutforeningen	Farmakonomforeningen		
Foreningen af Radiografer i Danmark	Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter	Kost & Ernæringsforbundet		

Generelle bemærkninger

Sundhedskartellet mener, der er en række positive og fremadrettede muligheder i de lovforslag, som skal udmønte strukturreformen på sundhedsområdet. Der søges skabt et mere gennemsigtigt og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor kommunerne tildeles et større ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme, samt genoptræningsindsatsen.

- Kvalitetsudvikling

Lovforslaget lægger også op til, at kommunerne vil blive omfattet af en fælles ramme for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Det mener Sundhedskartellet er meget positivt, og Sundhedskartellet støtter tankerne bag Den Danske Kvalitetsmodel. Staten og det amtslige område har i nogle år arbejdet med at udvikle Den Danske Kvalitetsmodel, og det har været intentionen, at modellen også skulle brede sig til det kommunale område. Sundhedskartellet skal opfordre til, at kommunerne inddrages i arbejdet og får medansvar for implementeringen af modellen på kommunale områder. Der udestår bl.a. en udfordring i at udvikle kvalitetskulturen på det kommunale område, herunder tage højde for den kompleksitet, der ligger i, at en række patienter/borgere befinder sig i en gråzone mellem det sundheds- og socialfaglige område.

- Patientsikkerhed

For Sundhedskartellet er det afgørende, at der er høj patientsikkerhed i hele sundhedsvæsenet. Derfor bør bestemmelserne om rapportering af fejl og utilsigtede hændelser mv. (§§ 193-197) udvides, så de også dækker det kommunale sundhedsvæsen. Det er ikke acceptabelt for patienter og borgere, at patientsikkerheden er ringere i kommunerne end i regionerne. Det kan eventuelt overvejes, at bestemmelserne om patientsikkerhed vedr. det kommunale sundhedsvæsen først træder i kraft pr. 1. januar 2007.

- Sammenhængende patientforløb

Sundhedskartellet har i alle relevante sammenhænge gjort opmærksom på, at der er behov for at styrke de strukturer og incitamenter, der bidrager til, at patienterne har en oplevelse af et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor det er deres behov og sundhed, der er i centrum. Som udgangspunkt kan de obligatoriske sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner blive et nyttigt redskab for at skabe sammenhængende sundhedsydelser på tværs af sektorerne. Spørgsmålet er selvfølgelig om redskabet vil fungere i praksis og udgør et sikkerhedsnet for de patienter, der krydser grænsen mellem sektorerne. Meget vil derfor afhænge af ministerens fastsættelse af nærmere regler, som beskrevet i § 200, stk.2.

- Ministerbeføjelser

Denne ubekendte faktor – "ministerens nærmere fastlæggelse af reglerne" – dominerer store dele af bestemmelserne i lovforslaget. Eksempelvis i § 84, hvor det fremgår at ministeren vil fremsætte "... nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter ...". Sundhedskartellet forholder sig skeptisk overfor denne udstrakte brug af ministerbeføjelser. Det skaber både uklarhed over, hvilket grundlag der rent faktisk kommer til at gælde for sundhedsvæsenet, samtidig med at muligheden for at udøve demokratisk indflydelse og kontrol minimeres.

Sundhedskartellet er principielt af den opfattelse, at selve lovgrundlaget skal indeholde de relevante præciseringer og uddybende beskrivelser. Det er generelt ikke muligt at foretage en vurdering af konsekvenserne af lovforslaget, når så mange afgørende elementer henvises til senere fastlæggelse.

Sundhedskartellet opfordrer til, at lovens bemærkninger udbygges og præciseres, så lovens hensigt på alle felter klart fremgår. Der skal ligeledes opfordres til, at senere udfyldning sker ved bekendtgørelse og ikke gennem vejledninger, som det fremgår visse steder.

- De økonomiske rammer

Generelt er Sundhedskartellet stærkt bekymret over, at Sundhedsloven skal gennemføres uden ekstra ressourcetilførelse. Med forslaget er der ikke alene tale om opgaveflytning, men også om opgavetilførelse – f.eks. kommunal sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedscentre, kommunal forskning osv. Med de nye opgaver og ydelser vil der også naturligt være et øget behov for mono- og tværfaglig kvalificering og kompetenceudvikling.

En opgave- og strukturreform af denne størrelse kan ikke gennemføres udgiftsneutralt. Anerkendes dette ikke vil det indebære, at finansieringen af omlægningen i en lang periode kun kan tages ét sted fra – nemlig de direkte borgerrettede ydelser. Det vil være både uhensigtsmæssigt og i modstrid med reformens intentioner, hvis borgerne skal opleve en nedgang i velfærden og kvaliteten.

- Øget aktivitetsstyring

Med lovforslaget lægges der op til, at en større del af sygehusenes finansiering bliver aktivitetsafhængig. Sundhedskartellet er bekymret for, hvad det vil betyde for sygehusenes muligheder for langsigtet planlægning og tilrettelæggelse af arbejdet. I takt med at aktivitetsfinansieringen øges, og ifølge bemærkningerne til § 232 er det intentionen at dette sker, vil der opstå et betydeligt pres på medarbejderne for fleksible ansættelsesformer som f.eks. deltids- og kontraktansættelse. For organisationer og systemer, der baseres på højt specialiseret viden, er det helt afgørende, at der er en kontinuitet, som giver mulighed for videnindsamling, -dokumentation, forskning

mv. og at der kan igangsættes specialiserede projekter, der rækker ud over et enkelt budgetår.

Ubegrænset fleksibilitet i et højt specialiseret system som sygehusvæsenet vil på sigt have omkostninger for specialiseringen, kvaliteten og dermed patienten.

Fri og lige adgang

I forslaget til Sundhedslovens § 2 er det angivet som grundlag for sundhedsvæsenet virksomhed, at der bl.a. er "1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet." Denne vending er en nyskabelse i sundhedsvæsenets terminologi, og der gives hverken i de generelle eller specielle bemærkninger en forklaring på, hvorfor der ikke længere anvendes formuleringen "fri og lige adgang".

Sundhedskartellet stiller sig dybt undrende, overfor denne ændring af et af de aller-væsentligste principper for det danske sundhedsvæsen.

I aftalen om strukturreform fra juni 2004 fremgår det på side 8, at "Regeringen vil sikre et stærkt offentligt sundhedsvæsen, der tilbyder patienterne fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau". Hvis forligspartierne bag strukturreformen fortsat er af den opfattelse, at det danske sundhedsvæsen grundlæggende hviler på idéen om gratis behandling, pleje mv. til alle, må det anses for oplagt og selvfølgelig, at dette princip indskrives i selve lovgrundlaget.

Desuden er indførelsen af begrebet "let adgang" uforklaret. Et det en sikring af geografisk nærhed eller skal det forstås i betydningen, at der er nem, uhindret adgang, fordi der ikke nogen venteliste (?) Det er i bedste fald uklart, i værste fald meningsløst.

Sundhedskartellet vil foreslå, at bestemmelsen i 1) ændres til den kendte målsætning om at der er "fri og lige adgang til sundhedsvæsenet".

Forebyggelse og sundhedsfremme

I Sundhedslovens kapitel 35 og i de specielle bemærkninger til samme kapitel gives kommunerne et selvstændigt ansvar for at styrke og udbygge den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Sundhedskartellet finder det positivt, at der sker denne klare markering af vigtigheden af både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. Det er imidlertid uklart, om de gode intentioner i tilstrækkelig grad understøttes af de mere konkrete instrumenter i lovforslaget.

Uklarheden opstår for **det første** når man betragter den real-politiske virkelighed rundt om i kommunerne. Med denne reform vil kommunerne skulle løse en stigende mængde af velfærdsopgaver, som alle løbende vil presse på for flere midler. I kommunalbestyrelsernes prioritering af opgaverne, kan det derfor være vanskeligt at efterleve "ånden i loven" og sætte forebyggelse og sundhedsfremme i (økonomisk) højsæde, når andre velfærdsydelser på kort sigt giver synlige og håndgribelige resultater. Det er næsten banalt at påpege, men en forebyggende og sundhedsfremmende indsats kræver en investering, der typisk først giver afkast i form af færre syge, højere middellevetid osv. over en længere periode.

For **det andet** er det behæftet med stor usikkerhed, hvorvidt kommunernes deltagelse i medfinansieringen af egne borgeres forbrug af ydelser, isoleret set vil give tilstrækkelige økonomiske incitamenter til forebyggelse og sundhedsfremme. I praksis vil det være samspillet mellem en lang række faktorer, som vil være afgørende for, hvorvidt den enkelte kommune vil søge at forebygge – nogle af - indlæggelserne på sygehusene.

Sundhedskartellet mener ikke, at den sundhedsfremmende og forebyggende indsats alene skal overlades til forhåbninger og formodninger. Opmærksomheden skal eksempelvis henledes på formuleringen i § 119, stk. 2, der bestemmer, at "Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne". Betegnelsen "etablerer" giver ikke kommunerne et tilstrækkeligt klart og forpligtende grundlag på området.

Sundhedskartellet foreslår derfor følgende:

1. Det skal klargøres i Sundhedslovens kapitel 35, at kommunerne er forpligtet til at fastsætte målsætninger, planlægge, gennemføre mv. en forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Sundhedskartellet foreslår mere konkret, at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats finder en samlet formulering i en national handlingsplan i lighed med f.eks. den nationale handlingsplan for kræft.
2. Intentionerne i Sundhedsloven skal understøttes af egentlige øremærkede midler til kommunernes sundhedsfremme og forebyggelse. Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i det danske sundhedsvæsen skal baseres på en eksplicit og samlet prioritering fra centralt hold i form af en landsdækkende handlingsplan, der understøttes af en central afsat finansiering.

Sundhedscentre

I de specielle bemærkninger til kapitel 34 beskrives forventningerne til kommunernes samlede sundhedsindsats. Det fremgår blandt andet, at: "Et styrket kommunalt ansvar på sundhedsområdet skaber også forudsætningerne for, at kommunerne – [...] - udvikler og anvender nye organisatoriske løsninger".

En organisatorisk samling af de kommunale sundhedstilbud er i linje med det forslag om etablering af sundhedscentre som Sundhedskartellet ved flere lejligheder har fremsat. Sundhedskartellet har i to pjecer beskrevet de mange muligheder, der er for at tilbyde tværfaglige sundhedstilbud om diagnostik, behandling, pleje og genoptræning i lokalområdet. Dette vil bidrage til at skabe mere sammenhæng i patientforløbene og at sundhedstilbuddene udføres der, hvor det både er fagligt forsvarligt og ressourcer udnyttes bedst.

Sundhedscentre vil på en og samme tid tilgodese flere forskellige behov, som f.eks.:

- Koordinere sundhedsvæsenets ressourcer på tværs af sygehuse, hjemmepleje, genoptræning, rehabilitering, sundhedspleje og praksissektor
- Sundhedsfremme og forebyggelse kommer i højsæde
- Borgerne får tilbud om diagnostik, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering i lokalområdet

Sundhedskartellet skal opfordre til, at der, uden at begrænse kommunernes frihed til at udbygge og organisere sine sundhedstilbud/-indsats efter lokale behov, i bemærkningerne gives en række eksempler på fordelene ved sundhedscentre – eventuelt med afsæt i ovenstående liste.

Sammenhængende patientforløb

Sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner, jf. lovforslagets kapitel 62, gøres obligatoriske. Lovfæstningen af samarbejdet mellem sektorerne på sundhedsområdet må betragtes som et vigtigt skridt i den rigtige retning.

I det videre arbejde med sundhedsaftalerne er det imidlertid vigtigt at erindre, at mange års forsøg på at bygge bro og forhindre gråzoner mellem sygehuse og den primære sundhedssektor viser, at det er meget vanskeligt. Det må generelt konstateres, at sammenhængende patientforløb forudsætter en kombination af reel politisk vilje hos henholdsvis kommunerne og regioner, og at der fra centralt hold stilles krav til sammenhængen og samarbejdet.

En vejledning fra ministeren om indholdet i disse sundhedsaftaler er ikke tilstrækkelig i forhold til eventuelt at gennemføre sanktioner. Hvis kassetænkning skal undgås og mennesket skal sættes først, skal der stilles meget præcise krav til kommuner og

regioners samarbejde. Vejledningen skal erstattes af en bekendtgørelse og Sundhedskartellet foreslår, at udover de områder som er nævnt på side 64 i de specielle bemærkninger, skal sundhedsaftalerne omfatte følgende:

- udvikling af fælles terminologi og definition af sundhedsydelse og – problemer på tværs af sektorerne
- nærmere præcisering af samarbejdet omkring forsknings- og udvikling
- særligt udsatte grupper, f.eks. sindslidende misbrugere.
- sundhedsfremme og borgerrettet forebyggelse.

Specialeplanlægning

I lovforslagets kapitel 64 er det angivet, at specialeplanlægningen varetages af et rådgivende udvalg, der sammensættes af repræsentanter fra "de lægevidenskabelige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og sundhedsministeriet".

Hvis reformens intentioner om bl.a. at sætte patienten i fokus skal opfyldes, vil det være nødvendigt at genstandsfeltet for det rådgivende udvalg for specialeplanlægning udvides til også at omfatte et mere tidssvarende og tværfagligt sundhedsvidenskabeligt fokus.

Sundhedskartellet skal derfor opfordre til, at det rådgivende udvalg får en mere tværfaglig profil og der således også er repræsentation fra de faglige selskaber for de øvrige sundhedsfaglige grupper.

Med venlig hilsen


Connie Kruckow
formand

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, 25

DET KOMMUNALE KARTEL



INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

1.Ø

6. januar 2005

Det Kommunale Kartels høringssvar til Forslag til sundhedslov

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt forslag til sundhedslov i høring. Ministeriet har i den forbindelse bedt om bemærkninger til lovforslaget fra Det Kommunale Kartel (DKK).

Det Kommunale Kartel har indhentet bemærkninger hos de Kartel-forbund, der samarbejder i Sygehusbranchen i DKK, det vil sige Forbundet af Offentligt Ansatte, HK/Kommunal, 3F og håndværkerforbundene. Nærværende høringssvar er desuden tiltrådt af Det Kommunale Kartels forretningsudvalg.

DKK finder det væsentligt, at det danske sundhedssystem styrkes og udvikles i forhold til at kunne varetage de mange udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor. DKK støtter, at de tidligere 15 sundhedslove samles i én og samme sundhedslov. Dette skaber overblik og gennemskuelse til gavn for borgerne.

DKK mener, at den væsentligste udfordring er at skabe et sammenhængende sundhedssystem med patienterne og opgaverne omkring patienten som udgangspunktet. Målet er, at der skabes størst mulig faglig kvalitet, nærhed, kontinuitet og effektivitet i sundhedstilbudene, og at borgerne får tilbudt sundhedsydelse på lige vilkår med solidarisk finansiering og demokratisk styring. Et væsentligt element i dette er, at der udvikles gode arbejdspladser.

DKKs samlede vurdering af sundhedsloven og den tilhørende finansiering af området er, at sygehusvæsenet vil blive stærkt centraliseret, styret efter meget komplicerede økonomiske mekanismer, der bl.a. gør det vanskeligt for sygehuse at forudse deres økonomi. Det er DKK's vurdering, at det vil kunne få stor betydning for DKK-faggrupperne, da det oftest er dem, der først kommer i søgelyset i forbindelse med personalereduktioner.

DKK er betænkelig ved det meget begrænsede råde- og handlerum regionerne får. DKK finder det uhensigtsmæssigt, at regionerne ikke vil være omfattet af kommunalfuldmagten ifølge lovudkastet. Dette vil få stor betydning for regionernes udvikling og det regionale demokrati. DKK havde gerne set skatteud-

skrivning til det regionale niveau og en samling af planlægnings- og koordineringsopgaver i regionen.

DKK mener, at tæt samarbejde og aftaler mellem region og kommunerne i regionen kan udvikles til at være et godt værktøj til at skabe et sammenhængende sundhedssystem. DKK finder, at lovpligtige sundhedsaftaler er en positiv nyskabelse.

DKK's hovedsynspunkter til lovforslaget uddybes i det følgende.

Let og lige – nye åbninger for brugerbetaling?

Forslag til sundhedsloven er en sammenskrivning af 15 nuværende love om sundhedsområdet til én. Der er lavet en ændring i kravet til sundhedsvæsenet, hvor det før hed "fri og lige adgang.." er der nu sket en ændring til "let og lige adgang..."

DKK går ud fra, at dette alene er en sproglig fornyelse og ikke et udtryk for, at der er sket en ændring af princippet om, at alle har ret til gratis behandling og pleje. DKK ønsker ikke mulighed for yderligere brugerbetaling.

Kompliceret finansieringssystem

Forslaget til sundhedslov og forslaget til lov om regionernes finansiering lægger op til et meget begrænset handlerum for regionerne. Regionerne får alene en udførerrolle med staten og kommunerne som bestillere.

Regionernes finansiering af sundhedsudgifterne vil bestå af følgende indtægtskilder;

- Et generelt tilskud fra staten (bloktilskud) 75 %
- Et grundbidrag fra kommunerne 10 %
- Et aktivitetsbestemt tilskud til sundhedsområdet fra staten 5 %
- Et aktivitetsbestemt tilskud til sundhedsområdet fra kommunerne 10 %

Regionerne vil ikke få en lånemulighed på samme måde, som amterne har i dag.

Den fordeling af de statslige bloktilskud, der er lagt op til vil betyde et tab på ½ mia. kr. for hovedstaden og en gevinst på ¼ mia. kr. for både Region Sjælland og Region Midtjylland.

DKK mener, at regionerne helt principielt selv bør kunne styre deres indtægter. De skal have ret til at udskrive skat, idet det vil sikre plads til regionale tilpasninger og prioriteringer.

DKK anbefaler, at finansieringsmodellen for regionerne og dermed sygehusene gøres mere enkel, ubureaukratisk og gennemskuelig.

Finansieringsmodellen skal udformes således, at der kan arbejdes langsigtet med udvikling af sundhedsområdet. DKK's betænkeligheder ved modellen går på, at det enkelte sygehus ikke kender sin økonomi på et 3-5 års sigte på grund af finansieringsmodellen. Det har stor betydning for trygheden i ansættelsen for medarbejderne på sygehusene. DKK er bekymret for det pres der vil opstå på medarbejderne for mere fleksible ansættelsesformer som f.eks. deltids- og kontraktansættelse og for et øget brug af vikarer. Det vil betyde forringelse af ansættelsesvilkår for de ansatte og forringelse af kvalitet af ydelserne for borgerne.

Takstfinansiering bliver et bærende element i den fremtidige finansiering. Det vil medføre mere bureaukrati i kommuner, regioner og stat og dermed overflytning af ressourcer fra "varme" til "kolde" hænder.

Takstfinansiering er som styringsinstrument på sygehusområdet endnu ikke analyseret ordentligt. Regeringen bør få udfærdiget en sådan analyse, før den gør takstfinansiering til et bærende styringsprincip i sundhedsvæsenet. Det Kommunale Kartel vil komme med en analyse i løbet af foråret 2005.

DKK er bekymret for, hvorledes den kommunale medfinansiering vil fungere i praksis. Det er afgørende for udviklingen af sygehusvæsenet, at der ikke udvikles parallelle sundhedstilbud i kommunerne, der ud fra en samlet samfundsøkonomisk betragtning vil medføre et dyrere sundhedsvæsen.

Det bør ikke være muligt for kommunerne at blokere for regionernes regulering af grundbidraget. Grundbidraget skal som minimum indeholde en del af den aftalte realvækst i økonomiaftalerne og opreguleres med den almindelige pris- og lønudvikling, ellers udhules regionernes budgetter.

Det er uacceptabelt, at hovedstadsregionen mister ½ mia. kr. som følge af beregningsmodellen for det generelle statstilskud. Tilskuddet bør fordeles efter en mere nøjagtig sammensætning af nøgler, således at fordelingen af midler bliver neutral i forhold til udgifterne i dag.

Derudover er låneadgangen utilstrækkelig og bør udformes som den hidtidige ordning med generel låneadgang.

DKK lægger vægt på et stærkt offentligt sundhedsvæsen. For DKK er det afgørende, at de nye finansieringsmodeller ikke åbner op for et stort privat sundhedsmarked, der på sigt vil betyde ulighed i sundhedstilbudene og forringelse i de offentlige sundhedstilbud.

Uhensigtsmæssig centralisering

Forslaget til sundhedslov indeholder efter DKK's vurdering en centralisering af væsentlige beslutninger om udviklingen af sundhedsvæsenet og begrænsninger i regionernes handlemuligheder.

DKK mener, at det er paradoksalt at etableringen af færre og større regioner ikke medfører dannelse af stærke regioner, der kan påtage sig opgaven med at udvikle og forny sundhedsområdet.

DKK beklager, at kommunalfuldmagten ikke vil gælde for regionerne.

Det fremgår af lov om proceduremæssige aspekter i forbindelse med kommunalreformen (procedureloven), at opgaver, som (amts)kommuner i dag varetager i henhold til kommunalfuldmagtsreglerne kun kan overføres til regionerne i det omfang, der er positiv hjemmel hertil. Tilsvarende bestemmelser om opgavevaretagelse i relation til kommunalfuldmagtsreglerne findes i nærværende lovforslags kap. 16 under overskriften 'Sygehusydelse'. I § 78 er der to bemyndigelsesbestemmelser, der giver regionerne mulighed for at tilbyde behandlinger mod betaling.

De nævnte love sonderer med andre ord mellem om regionerne har positiv hjemmel til at udføre opgaverne eller ej. Har regionerne positiv hjemmel til at udføre opgaverne, overføres opgaverne fra (amts)kommunerne til regionerne. Dette gælder også accessoriske opgaver som (amts)kommunerne varetager i henhold til kommunalfuldmagtsreglerne. Har regionerne derimod ikke positiv hjemmel til at udføre opgaverne, overføres opgaverne ikke. Dette skaber risiko for at opgaverne 'går tabt'.

DKK er skeptisk over for denne sondring.

Et stærkt sundhedsvæsen udvikles efter DKK's opfattelse tæt på borgerne i et regionalt demokratisk politisk styret system. I lovudkastet bliver dette begrænset af den stærke centrale kontrol med og styring af sundhedsområdet DKK anbefaler, at regionerne gives reel mulighed for at skabe nytænkning og udvikling af sundhedssystemet. Det bør der tages højde for i loven.

Mange bemyndigelser

Et gennemgående træk ved sundhedsloven er antallet af bemyndigelser. Således bemyndiges Indenrigs- og Sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler i langt over 100 tilfælde.

DKK er skeptisk over for dette meget store antal bemyndigelser.

For det første overstiger bemyndigelsesernes antal klart, hvad der forstås ved god lovkvalitet. En vejledning herom er udarbejdet af Justitsministeriet og Statsministeriet med bidrag fra bl.a. Finansministeriet og Erhvervsministeriet i september 2000. Det fremgår heraf, at det er af afgørende betydning i et retssamfund som det danske, at lovgivningen er af høj kvalitet. Under overskriften bemyndigelser til administrationen, fastslås – om end indirekte – at antallet af bemyndigelser så vidt muligt bør begrænses. Dette kan næppe siges at være tilfældet.

For det andet forhindrer det meget store antal bemyndigelser de høringsberettigede – og andre – at udtale sig om den nye lovgivning i sin helhed. Det er kritisabelt. Dette gælder så meget desto mere, i det omfang sundhedsloven er en del af en reform af indgribende betydning for den enkelte borger.

DKK skal anbefale, at antallet af bemyndigelser reduceres kraftigt.

DKK forventer, at organisationerne på sundhedsområdet fremover vil blive hørt i forbindelse med bekendtgørelser og betænkninger og vil i den forbindelse gøre opmærksom på, at Sygehusbranchen i Det Kommunale Kartel repræsenterer 40.000 ansatte på sygehusområdet.

Sundhedsopgaver til kommunerne – nye muligheder og nye snitflader

Kommunerne får en række nye opgaver og forpligtelser på sundhedsområdet. Det nye er bl.a. ansvaret for genoptræning der ikke foregår under indlæggelse, for forebyggelse og sundhedsfremme. Derudover får kommunerne et langt større ansvar for sundhedsområdet i forbindelse med medfinansieringen af sundhedsydelserne i sygehusvæsenet.

DKK finder det vigtigt, at der forsøges foretaget en entydig ansvarsfastlæggelse af genoptræningsopgaven. Det er imidlertid svært at foretage en præcis afgrænsning af området. Det er vigtigt, at der forsat vil være muligheder for at udvikle nye og fleksible løsninger for patienterne på tværs af sygehus og kommune. Begrebet "indlæggelse" kan her virke lidt misvisende i forhold til de nye behandlingsmønstre, hvor store dele af patienternes behandling forgår udenfor sygehuset og ikke under indlæggelse. Det er vigtigt for gode patientforløb, at der også fremover kan udføres specialiseret genoptræning i eget hjem. Der vil således stadig være muligheder for skabelse af nye gråzoner.

Der er afgørende, at finansieringsmodel og samarbejdsaftaler tager udgangspunkt i muligheder for at skabe de bedste løsninger for patienterne og ikke udvikling af nye barrierer og bureaukratiske afregningssystemer.

Samarbejdsaftaler mellem region og kommunerne – en nøgle i sammenhængende patientforløb

Regionsråd og kommunalbestyrelserne i regionen skal samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende områder. Der skal nedsættes samarbejdsudvalg, der skal indgå sundhedsaftaler om en lang række emner og aftalerne skal godkendes i sundhedsstyrelsen.

DKK finder, at ideen om sundhedsaftaler er et spændende middel til at skabe mere sammenhængende patientforløb og til at kunne indgå aftaler om udvikling af nye lokale sundhedstilbud.

Lovforslaget indeholder efter DKK's vurdering en række uklarheder omkring aftalerne, der bør afklares. Det er DKK's opfattelse, at samarbejdsaftalerne bør være regionale aftaler, hvor de regionale parter - regionen og kommunerne i regionen - i fællesskab opstiller rammerne for aftalen, for sammensætning af samarbejdsudvalg og indgår aftaler.

DKK mener, at der lægges op til en unødigt centralisering i form af en bureaukratisk godkendelsespraksis, hvor aftalerne skal godkendes af sundhedsstyrelsen. Det er afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen, at regioner og kommunerne i fællesskab løser opgaven ud fra et helhedssyn og ud fra patientvinklen. Samarbejdsaftalerne vil afhænge af politisk vilje til at få styrket og udviklet det danske sundhedsvæsen. Flere centrale krav og nye økonomiske sanktioner vil efter DKK's opfattelse ikke styrke et sammenhængende sundhedsvæsen.

Psykiatrien - hvem har ansvar for hvad?

Regler for psykiatrien findes i både sundhedsloven og i lov om social service. Der sker ikke i lovudkastet en entydig ansvarsplacering for den behandlende psykiatri.

DKK anbefaler, at der sker en præcisering af ansvar i lovgivningen og at finansieringen omkring psykiatrien - både den behandlende psykiatri og social psykiatrien - udformes således, at der sikres sammenhæng i tilbudene.

Med venlig hilsen



Kim Simonsen
Formand for Det Kommunale Kartel



Claus Wendelboe
Udviklingschef



FORENINGEN AF
KLINISKE
DIÆTISTER

Kopi til Lisa, 2.5.

Fyn den 6.1.2005

Høringsvar fra Foreningen af Kliniske Diætister

Høring over lovforslag til udmøntningen af kommunalreformen på Indenrigs-og Sundhedsministeriets område...senest den 7.januar 2005

Foreningen af kliniske Diætister vil gerne pege påfølgende paragraffer og formuleringer i: udkastet til Forslag til sundhedsloven og i Udkast til forslag til Sundhedsloven specielle bemærkninger

Udkast til forslag til sundhedsloven

Side31

Afsnit IX

Kommunale sundhedsydelse

Kapitel 36

Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

§120-126

Foreslår vi at der tilføjes: Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Og at formidling af sundhedsbudskaber til disse grupper varetages af tværfaglige team

Udkast til forslag til Sundhedsloven specielle bemærkninger

Side 39

kap 34

Kommunalbestyrelsens ansvar

Til §118

Et styrket kommunalt ansvar på sundhedsområdet skaber også forudsætningerne for, at kommunerne – eventuelt på tværs af kommunegrænser og i samarbejde med regionerne – udvikler og anvender nye organisatoriske løsninger. **Der kan på pleje-, forebyggelses – og genoptræningsområdet** være gevinster i form af styrket kvalitet, tværfaglighed, rekruttering eller stordriftsfordele mv. ved organisatorisk samling af opgaveløsningen i sundhedscentre el.lign. efter lokale behov.

Foreslår vi at der tilføjes: Der kan på pleje-, forebyggelses –, **ernærings-** og genoptræningsområde



FORENINGEN AF
KLINISKE
DIÆTISTER

Side 39-40

kap 35

Forebyggelse og sundhedsfremme

Til §119

Afsnit: Borgerrettet forebyggelse

De større kommunerne får samtidig forudsætninger for at driftssikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, evt. i samarbejde med andre kommuner eller andre samarbejdspartnere.

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.

Foreslår vi at der tilføjes: Rygestop, alkohol, svær overvægt (**herunder børneovervægt**), **fejlernæring (underernæring af ældre)**, fysisk aktivitet og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter.

Foreslår vi at der tilføjes: **At alle tiltag løbende er underlagt sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitetssikring og kompetenceudvikling**

På vegne af Foreningen af kliniske diætister

Cecilia Arendal
Formand for FaKD



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10 - 12
1216 København K

Att. Ole Kopp Christensen

Margrethe Nielsen
Dok. 30371/ph

5. januar 2005

Lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

Forbrugerrådet skal hermed afgive høringssvar vedrørende udkast til forslag til sundhedsloven og forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (j.nr. 2004-1200-59).

Forbrugerrådet er af den opfattelse, at en høringsfrist på en måned er alt for kort, når det drejer sig om et lovforslag, som er så omfattende og komplekst som det foreliggende. Det gør det ikke muligt at overskue de omfattende konsekvenser af lovforslagene, og Forbrugerrådet vil derfor forbeholde sig ret til at vende tilbage med yderligere kommentarer, hvis der opstår behov for dette.

Udkast til forslag til sundhedsloven

Det forekommer uklart, om det er hensigtsmæssigt at foretage den store sammenskrivning af de mange love på sundhedsområdet, som der her foreligger, om det bidrager til overskuelighed, eller om den kommende lov i stedet bliver uoverskuelig, fordi den omfatter så forskellige områder som patientrettigheder, tilskud til lægemidler, ligsyn og obduktion samt sterilisation og kastration.

Det medfører et stort arbejde på alle niveauer med igen at opnå fortrolighed med loven. Det kan endvidere give anledning til bekymring for, om det i fremtiden bliver sværere at gennemføre lovændringer, idet det er større lovpakker, der bliver åbnet for. Om fordele opvejer ulemper forekommer uklart.

Det kan konstateres, at der er lagt mange bemyndigelser til ministeren ind i lovforslaget. Det giver på den ene side stor fleksibilitet, men medvirker også til at skabe uklarhed og usikkerhed om lovens konsekvenser. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslagene, at det er hensigten, at staten skal fastlægge de overordnede rammer. Det må dog konstateres, at der i de mange bemyndigelser ligger en stor detaljerthed.

Ud fra et forbruger- og patientperspektiv er det positivt, at der med lovforslaget lægges op til klar arbejdsdeling mellem stat, regioner og kommuner og til at bidrage til at skabe sammenhængende

patientforløb på tværs af sektorer. Sammenhængende patientforløb bliver imidlertid meget afhængige af sundhedsaftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser og reglerne om, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal omfatte.

Forbrugerrådet undrer sig over, at der i lovforslagets §2 lægges vægt på let og lige adgang til sundhedsvæsenet, men at den vederlagsfrie adgang til sundhedsvæsenets ydelser, som er beskrevet i den nuværende bekendtgørelse af lov om sygehusvæsenet i §5, ikke er nævnt. Det giver anledning til bekymring over, om det hidtil bærende princip i det danske sundhedsvæsen om gratis behandling, undersøgelser og pleje til alle står for at ændres. Der nævnes til gengæld i §2 en let adgang til sundhedsvæsenet. Det fremgår ikke af bemærkninger, hvad der skal lægges i "let". Efter Forbrugerrådets opfattelse er der behov for yderligere klarhed om disse formuleringer.

Af §42, stk. 2, punkt 2, fremgår forslag om at ændre på reglerne om samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, således at udskrivningsbrev til praktiserende læge kan videresendes fra sygehusvæsenet uden patientens samtykke. Det fremgår endvidere, at patienten aktivt kan frabede sig, at oplysninger videregives. Det er imidlertid uklart hvordan patienten skal vide hvornår denne ret skal tages i anvendelse. Forbrugerrådet finder det væsentligt at bevare det nuværende princip om, at patienten som hovedregel skal give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, og er derfor imod den foreslåede ændring. Hvis der ændres på dette princip, kan det medføre yderligere forvirring blandt de sundhedsprofessionelle omkring videregivelse af helbredsoplysninger. Det vil også for patienterne være vanskeligt at have overblik over, hvilke oplysninger der kræver samtykke, og hvilke ikke. Det fremgår endvidere af bemærkningerne til lovforslaget, at patienten skal informeres om retten til at nægte videregivelse, enten direkte af sundhedspersonen eller i form af en mere generel information, f.eks. informationsmateriale, som forefindes på sygehuset. Det er ikke acceptabelt, at patienter selv skal være opsøgende med hensyn til, hvilke oplysninger der videregives, og hvordan man som patient skal forholde sig til det. Forbrugerrådet hører især fra lægerne, at der allerede i dag bruges mange ressourcer og tid på samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger. Det forekommer derfor ikke sandsynligt, at en ny regel og en undtagelse fra det overordnede princip vil give anledning til yderligere information til patienterne. Forbrugerrådet skal således anbefale, at de nuværende regler om, at patienten som hovedregel skal give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, opretholdes.

Det fremgår af §52, at regionsrådene skal oprette patientkontorer. Forbrugerrådet har også i tidligere høringssvar givet udtryk for bekymring over, at det er sygehusejerne, som driver patientkontorerne, som skal modtage og behandle klager og vejlede patienter i forhold til klage- og erstatningssystemet. Af stk. 6 fremgår det, at regionsrådet fastsætter retningslinjer for patientkontorerne virksomhed og også for, hvilke forhold der skal oplyses i årsberetningerne. Det er et system, der som udgangspunkt

kan give anledning til mistillid og loyalitetsproblemer for personalet på patientkontorerne. Det er fortsat et krav fra Forbrugerrådet, at patientkontorerne bliver uafhængige af sygehusejerne.

Forbrugerrådet bemærker sig, at sundhedsloven skal afløse den nuværende lov om svangerskabshygge og fødselshjælp. Af den nuværende lov fremgår det, at amtskommunerne pålægges en forpligtelse til at ansætte jordemødre og hjælpepersonale i det omfang, det er nødvendigt for at kunne opfylde forpligtelsen til at tilvejebringe vederlagsfri adgang til forebyggende helbredsundersøgelser i anledning af svangerskab og til fødselshjælp (§5 og §6). Denne forpligtelse ses ikke videreført i forslaget til sundhedslov. Forbrugerrådet er bekendt med Sundhedsstyrelsens notat vedrørende jordemoderydelserne på landets fødesteder fra 2003. Her peges på nedskæringer i forældre-fødselsforberedelsestilbuddet og efterfødselssamtaler på mange fødesteder, en reduktion af jordemoderkontakter i graviditeten og begrænsning i kvinders muligheder for at vælge konsultationer uden for sygehus. Notatet påpeger et behov for, at flere kvinder kan få tilbud om kontinuerlig tilstedeværelse af jordemoder under fødslen. Set ud fra Forbrugerrådets perspektiv peger det på et behov for at overføre forpligtelsen til at ansætte det relevante og tilstrækkeligt personale fra amtskommunerne til regionerne, således at kvinder ikke fortsat skal opleve nedskæringer på dette område.

Af §85 fremgår det, at regionsrådet tilbyder mammografiundersøgelser til kvinder mellem 50 og 69 år. Forbrugerrådet forholder sig skeptisk over for, at en screeningsundersøgelse, som der fortsat er meget stor videnskabelig uenighed om, og som ifølge undersøgelser medfører en overbehandling og overdiagnostik på 30%, bør indgå i loven.

Af §191 fremgår det, at sundhedspersoner kan indberette helbredsoplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser uden samtykke fra patientens side. Forbrugerrådet har i et tidligere høringssvar af 27. oktober 2003 givet udtryk for fortsat støtte til det overordnede princip, at patienten skal give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger. Når det gælder oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser er Forbrugerrådet dog af den opfattelse, at de kliniske kvalitetsdatabaser vil kunne bidrage væsentligt til en positiv udvikling af kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, og at det er af almen interesse, at databaserne på en nem måde kan tilføres data. Forbrugerrådet er fortsat af den opfattelse, at patienten bør informeres om, at data registreres, og i hvilke kliniske databaser. Patienten bør også informeres om sine muligheder for at få data slettet. Med hensyn til reglerne om videregivelse af helbredsoplysninger ville det være hensigtsmæssigt, at netop dette område blev samlet, således at det et sted i loven var muligt at skaffe sig overblik over dette.

Kapitel 61 drejer sig om patientsikkerhed. I et tidligere høringssvar af 18. marts 2003 har Forbrugerrådet gjort opmærksom på behovet for at give patienterne mulighed for at indberette fejl, mangler og utilsigtede hændelser. Det vil bidrage med et mere fuldkomment billede af fejl, mangler og utilsigtede

de hændelser og dermed til kvalitetsudviklingen i det danske sundhedsvæsen. Det er væsentligt, at patienten kan blive hørt, og det vil medvirke til, at systemet fremstår som mere åbent og kan modtage kritik. Forbrugerrådet skal derfor foreslå, at patienternes mulighed for at indberette fejl og utilsigtede hændelser indarbejdes i §193 i forslaget.

Der lægges med kapitel 66 op til en styrkelse af Sundhedsstyrelsen. Forbrugerrådet gjorde i brev af 27. april 2004 til ministeriet opmærksom på behovet for, at Sundhedsstyrelsen udøver en meget aktiv tilsynsforpligtelse også over for sundhedspersoner. Vi må konstatere, at der ikke i det nærværende forslag lægges op til ændringer, som kan give Sundhedsstyrelsen et anderledes grundlag for en aktiv tilsynsforpligtelse.

Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at formålet med lovforslaget er at skabe et samlet overblik for patienterne over deres adgang til at klage og modtage erstatning i forbindelse med en given behandling. Det giver efter Forbrugerrådets opfattelse ikke patienterne et bedre overblik over deres muligheder for at klage og søge erstatning at sammenskrive love, der omhandler så forskellige systemer som Patientklagenævnet og Patientforsikringen. Det er to helt forskellige tankesæt, der ligger bag de to systemer, og det gøres mere klart ved at holde dem adskilt også lovgivningsmæssigt. Det er hverken for patienter eller for de, som skal arbejde med klage- og erstatningssystemet, en fordel, at det bliver sammenskrevet. Forbrugerrådet skal derfor foreslå, at de to systemer lovgivningsmæssigt holdes adskilt.

Forbrugerrådet skal endvidere foreslå, at det nuværende Patientklagenævn ændres, således at der under Sundhedsstyrelsen etableres et disciplinærnævn, som skal varetage klager over enkelte sundhedspersoner. Forbrugerrådet skal endvidere foreslå, at der etableres et egentligt patientklagenævn, som kan varetage klager over ydelserne i sundhedsvæsenet. Et nyt patientklagenævn skal kunne behandle klager over hele behandlingsforløb, påpege områder med behov for kvalitetsforbedringer og systemfejl. Der er behov for et fremadrettet, forebyggende patientklagenævn, som kan medvirke til kvalitetsforbedringer. Forbrugerrådet bidrager gerne til udvikling af et nyt patientklagenævn og stiller os til rådighed for et møde med ministeriet angående dette.

Det fremgår af §38, at det fortsat kun er muligt at opnå erstatning for lægemiddelskade, hvis der er opstået en fysisk skade. Forbrugerrådet vil endnu engang gøre opmærksom på behovet for, at der i loven indføres mulighed for at opnå erstatning efter psykisk skade.

Af § 39 fremgår, at der kun kan ydes erstatning, hvis lægemidlet erhvervsmæssigt er udleveret i Danmark. Det er ude af trit med tiden, hvor der handles lægemidler over internettet, og hvor et

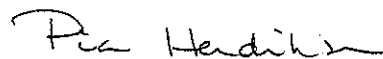
dansk firma på baggrund af dansk udstedte recepter formidler billige lægemidler til forbrugerne via udenlandske apoteker. Det er uforståeligt for forbrugeren, at det samme lægemiddel, som blot er importeret fra et andet europæisk apotek, ikke kan udløse erstatning, når det samme lægemiddel udleveret på et dansk apotek kan. Forbrugerrådet skal derfor foreslå, at lovgivningen bringes i overensstemmelse med praksis.

Med venlig hilsen



Rasmus Kjeldahl

Direktør



f. Margrethe Nielsen

Sundhedspolitisk medarbejder