

HJERTEFORENINGEN 

Kopi til USA, 2.S.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Att. Ole Kopp Christensen  
Slotholmsgade 10-12  
1216 København K

Telefon direkte 33 67 01 01  
Fax 33 93 12 45  
E-mail svolqvartz@hjertereforeningen.dk

København, den 6. januar 2005  
SV/

Deres ref.: 2.skt.j.nr. 2004-1200-59

**Vedr. Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministerens område.**

Hjertereforeningen er med brev af 1. december blevet opfordret til at give sine kommentarer til forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændringer af forskellige love på sundhedsområdet.

Hjertereforeningen er glad for at give sine bemærkninger til den nye sundhedslov, som vi mener, indeholder mange positive tiltag.

Hjertereforeningen er medlem af Patientforum og henviser til det fælles høringssvar.

Som nævnt indledningsvist finder Hjertereforeningen, at der er mange positive tiltag og nyskabelser i forslaget til Sundhedsloven. Vi vil dog tillade os at påpege, at loven mangler at indtænke en brugerdemokratisk dimension.

**Brugerdemokrati**

Man har i Danmark en god tradition for brugerdemokrati og bruger involvering. Det gælder på arbejdsmarkedsområdet, forbruger området m.v. Hjertereforeningen finder at sundhedsvæsenet, der spiller en stor rolle i danskernes liv fra vugge til grav, vil kunne kvalificere sine ydelser igennem en større grad af forpligtende brugerinvolvering og demokrati.

Det foreslås derfor, at der i loven indarbejdes nogle afsnit om hvordan brugerne, herunder patientforeningerne, kan involveres i forbindelse med planlægning, prioritering og udmøntning af sundhedsydelse i Danmark. En sådan involvering af brugerne bør indarbejdes systematisk på alle niveauer af sundhedsvæsenet. En model for dette kunne bestå i nedsættelse af en række udvalg. Det kunne være et centralt brugerråd, der kan indgive indstillinger til ministeren vedrørende den overordnede planlægning og prioritering. Dette kan på det centrale niveau suppleres med en sektorrettet struktur med involvering af patienterne i forhold til specifikke sygdomsområder. På det regionale niveau bør der ligeledes nedsættes brugerråd bestående af patienter og andre brugergrupper med henblik på at disse involveres i planlægningen og prioriteringen på re-



gionsniveau. Kommunerne vil med ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme kunne kvalificere sit arbejde igennem brugerinvolvering, der bør nedsættes tværfaglige brugerudvalg på kommunalt plan for at sikre en løbende udvikling og involvering af alle ressourcer i arbejdet. Patienterne bør spille en vigtig rolle i sådanne udvalg.

En øget involvering af brugerne og brugerdemokrati vil efter Hjerteforeningens mening ikke kun tjene det legitime formål at borgerne får tilgodeset demokratiske rettigheder, men det vil også igennem involvering kunne bidrage til at civilsamfundet inddrages i arbejdet på helt nye måder. Der vil således være tale om at civilsamfundet påtager sig de forpligtelser, der må være forbundet med at nyde rettighederne. Der kan hentes store kvalitetsforbedringer ad den vej, ikke mindst fordi borgerne vil kunne få mulighed for at bidrage mere aktivt i leveringen af forskellige ydelser.

### **Decentralisering og centralisering**

Hjerteforeningen kan tilslutte sig princippet om at ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme uddelegeres til de nye kommuner med henblik på, at de forebyggende aktiviteter besluttet og planlægges så tæt på borgerne som muligt. Det understreges i den sammenhæng, at det fulde udbytte af dette opnås igennem en udstrakt grad af brugerinvolvering.

Ligeså vigtigt det er at sikre nærheden i forebyggelsen, herunder også i den sekundære forebyggende behandling, er det vigtigt at understrege betydningen af at sygehusbehandlingen i det fremtidige system finder sted på enheder, der er store nok til at sikre den fulde anvendelse af ny viden, teknologi og lægefaglige ressourcer. Hjertekarområdet er præget af, at 75% af indlæggelserne er akutte og kræver en hurtig og højt specialiseret behandling. Den optimale behandling sikres derfor bedst på højt specialiserede hospitaletenheder med en specialiseret lægefaglig døgndækning. De aktuelle krav til sådanne funktionsbærende enheder på hjerteområdet er beskrevet af Dansk Cardiologisk Selskab. Hjerteforeningen mener, at det er en vigtig opgave for de nye regioner og de centrale sundhedsmyndigheder i fællesskab at sikre muligheden for behandling på sådanne enheder.

Hjerteforeningen støtter således lovens intentioner om at udnytte det bedste i både decentralisering og centralisering

### **Bemærkninger til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.**

Hjerteforeningen kan i det generelle tilslutte sig loven, men må dog fremhæve, at foreringen finder, at forslagene til sammensætning af de forskellige nævn er problematiske. Hjerteforeningen skal i den sammenhæng henvise til Patientforum, der med sine 10 store patientforeninger repræsenterer ca. 1 million danske patienter.

Patientforum bør have indstillingsret til et antal repræsentanter til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn jf. § 13 stk. 3, der modsvarer at Patientforum, med undtagelse af de psykiatriske patienter, der endnu ikke er medlem, repræsenterer patienter i Danmark.



Den samme indsigelse har Hjerteforeningen mod sammensætningen af Patientankenævnet § 34 stk.4 og Lægemiddelskadeankenævnet § 56 stk. 1. Også her bør Patientforum have indstillingsret.

### **Bemærkninger til Udkast til forslag til sundhedslovens enkeltparagraffer**

Kapitel 15. Øvrige ydelser og tilskud: Hjerteforeningen ønsker at loven sikrer tilskud til diætistbehandling på linie med øvrige tilskudsberettigede ydelser, idet diæt indgår som en central ydelse i både forebyggelse og behandling af hjerte-karsygdomme.

§ 87 vedrørende akut indlæggelse efter et 112 kald.

Her ønsker Hjerteforeningen en præcisering af ordet "fornødent" i lovbemærkningerne med henblik på at skabe sikkerhed for at hjerte-karpatienter, som ofte indlægges akut, indlægges på et sygehus der er i stand til at behandle den aktuelle hjerte-karsygdom. Der skal for at sikre dette være mulighed for at påbegynde diagnostisering og behandling i ambulancen og for her i samråd med sygehusene at vælge indlæggelse, der hvor den optimale behandling kan gives øjeblikkeligt. Endvidere ønsker Hjerteforeningen at den præhospital behandling skal kvalitetsbedømmes på linie med al anden behandling.

§§§ 88, 89 og 90.

Hjerteforeningen finder det meget positivt, at man med loven sikrer patienternes ret til hurtig og relevant behandling. Det er en stor styrke for patienternes retssikkerhed, at loven beskriver patienternes rettigheder så præcist.

Kapitel 34.

Som nævnt indledningsvist støtter Hjerteforeningen lovens intentioner om, at forebyggelsen skal planlægges og gennemføres så tæt på borgerne som muligt og vi kan fuldt ud tilslutte os, at det primært bliver en kommunal opgave at varetage disse opgaver. For en god ordens skyld vil Hjerteforeningen bede om at et anslået antal af patienter med hjerte-karsygdomme i den tænkte kommune på 30.000 indbyggere oplyses på linie med de andre nævnte store folkesygdomme i lovbemærkningerne. Hjerteforeningens estimat vil være at der er ca. 2200 hjerte-karpatienter i en sådan kommune.

§ 140.

Hjerteforeningen støtter fuldt ud lovens præcisering af, at kommunerne forestår genoptræningen og vi har med glæde noteret os lovens intentioner om at sikre sammenhængende patientforløb. I den sammenhæng må det også præciseres hvilken støtte og ydelser kommunerne skal have fra regionerne (de specialiserede sygehusafdelinger). Dette skyldes på hjerte-karområdet, at en del af færdigbehandlingen finder sted under genoptræningen (rehabiliteringen) og mange ydelser kan kun gennemføres af de højt specialiserede læger fra de behandlende sygehusafdelinger. For at sikre den borgernære behandling ydes professionelt bør det indskærpes, hvordan sygehusafdelingerne kan bidrage med ydelser i lokalmiljøerne.

Der nævnes ikke noget om hvordan man vil sikre en ensartet høj kvalitet i både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Hjerteforeningen finder, at det er nødvendigt at indføre en tekst, der præciserer at kommunerne er forpligtet til at leve op



til nærmere fastsatte kvalitetskrav på dette område og en tekst, der beskriver hvordan man vil monitorere de kommunale ydelser på området. Det må således være et krav, at kommunerne årligt indgiver nøgleinformationer om sundhedstilstanden i kommunen og om hvilke initiativer, der iværksættes således, at der skabes gennemsigtighed og således at aktiviteter og resultater kan sammenlignes på landsplan.

§§ 188,189.

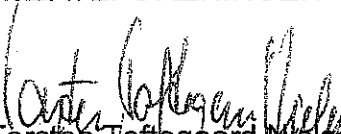
Hjerteforeningen støtter fuldt ud kravene til kvalitetssikring og vi glæder os over at de regionale forskningsforpligtelser nu præciseres i loven. Vi ser med stor tilfredshed på at private sygehuse og praktiserende læger nu også får indberetningspligt.

§ 202.

Det skal understreges at Hjerteforeningen også her finder det afgørende at patientforeningerne involveres i dette vigtige arbejde vedr. specialeplanlægning og dette skal indarbejdes i loven. Hjerteforeningen kan her ud over tilslutte sig lovens tekst vedr. specialeplanlægning.

Afslutningsvist kan det gentages, at Hjerteforeningen ser positivt på forslag til udkast til Sundhedsloven, men at vi finder, at den er utilstrækkelig for så vidt angår involvering af brugerne og brugerdemokrati. Hjerteforeningen ser frem til at dette vil blive ændret i det endelige udkast og stiller sig hermed til rådighed for at bidrage positivt til at en sådan involvering og brugerdemokrati kan udmøntes, igennem et aktivt og konstruktivt samarbejde på alle lovens 3 niveauer.

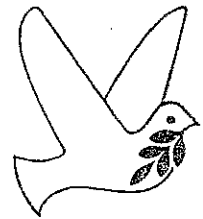
Med venlig hilsen  
HJERTEFORENINGEN

  
Torsten Toffegaard Nielsen  
Professor, overlæge, dr.med.  
Formand for Hjerteforeningen

  
Susanne Voldvartz  
Direktør

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Sundhedsafdelingen  
Att.: Ole Kopp Christensen  
Slotholmsgade 10-12  
1216 København K

INDGÅET I  
- 7 JAN 2005  
T.Ø



06.01.2005

## Vedr. høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område (Deres j.nr. 2.s.kt.j.nr.2004-1200-59)

Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen, som driver Sankt Lukas Hospice har modtaget udkast til forslag til Sundhedsloven, Klage og erstatningsloven og Konsekvensændringsloven. Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsens bestyrelse har følgende bemærkninger vedr. udkast til forslag til Sundhedsloven:

### Vedr. § 75. stk. 5.

Heraf fremgår, at regionsrådet indgår driftsoverenskomst med de private specialsygehuse, som er nævnt i § 79, stk. 2, heriblandt Sankt Lukas Hospice.

Det anses for afgørende, at man med driftsoverenskomsten fastholder muligheden for, at det enkelte private specialsygehus, i overensstemmelse med principperne for privatisering, fortsat kan bibeholde sin egenart. Driftsoverenskomsten skal således fastholde den decentrale styring af aktiviteterne på de private specialsygehuse.

### Vedr. § 78

Heraf fremgår, at der kan fastsættes regler om, at personer, som ikke har ret til sygehusbehandling efter denne lov, mod betaling kan tilbydes sygehusbehandling.

Lovforslaget giver grundlag for, at rejse spørgsmålet om dette gælder personer, som ønsker ophold på de hospicer, som er omfattet af loven, men hvor personerne ikke har ret til sygehusbehandling efter denne lov. Ligeledes er der behov for afklaring af, om de hospicer, der er omfattet af loven, kan modtage patienter mod egenbetaling i lighed med andre private sygehuse.

### Vedr. § 79

Af de specielle bemærkninger til § 79 (side 24) fremgår det, at regionsrådet indenfor en nærmere bestemt økonomisk ramme skal yde behandling til personer, der har bopæl i regionen, ved de private specialsygehuse, som nævnt i § 79, stk. 2.

Stiftelsens bestyrelse hilser velkommen, at regionsrådet skal afsætte en økonomisk ramme til behandling af personer på private specialsygehuse.

Bestyrelsen ser det som nødvendigt og afgørende, at regionsrådet pålægges at tilpasse den økonomiske ramme således, at den er i overensstemmelse med udviklingen indenfor specialiet og de krav til

kvalitet, der til enhver tid er gældende indenfor det område, der varetages af det enkelte specialsygehus, som er omfattet af loven.

Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen har gennem sin hospicedrift i 12 år erfaret, at det med hospicekonceptet er muligt at tilgodese mange døendes behov for lindrende behandling i hjemlige rammer, der muliggør kvalitet i livet til det sidste. Støtte til de pårørende er her en integreret del af indsatsen og sætter dem i stand til at fortsætte deres liv som hele mennesker efter tabet af deres nære. Den palliative indsats, der ydes ved landets hospicer, er i en fortsat rivende udvikling, hvorfor det er nødvendigt, at den økonomiske ramme jævnlige tilpasses hertil, for også i fremtiden at kunne fastholde den høje grad af brugertilfredshed.

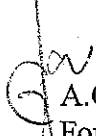
#### Vedr. § 86

Heraf fremgår, at en person, der henvises til sygehusbehandling, bl.a. kan vælge mellem de private specialsygehuse, som er nævnt i § 79, stk. 2.

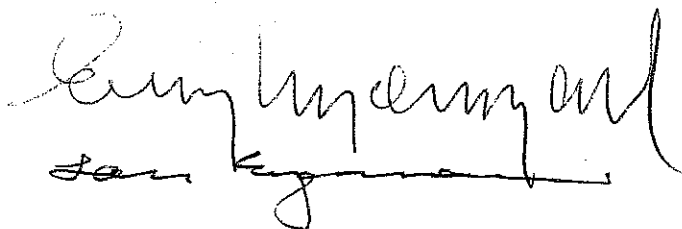
Af de specielle bemærkninger til § 86 (side 27) fremgår det, at adgangen til vederlagsfri behandling på de private specialsygehuse, som er nævnt i § 79, stk. 2, er begrænset af den økonomiske ramme for det enkelte private sygehus.

Stiftelsens bestyrelse anser det for positivt, at Sundhedsloven fastholder princippet om, at de ovennævnte specialsygehuse er omfattet af princippet om frit sygehusvalg. Det er en væsentlig forudsætning for, at alvorligt syge og døende frit kan vælge opholdssted i den sidste tid, sådan som Sundhedsstyrelsen anbefaler det.

Bestyrelsen må fastholde, at den økonomiske ramme for det enkelte sygehus reguleres således, at den harmonerer med den aktuelle faglige udviklings konsekvenser, samt at den giver de nødvendige rammer for opfyldelsen af faglige anbefalinger og krav fra Sundhedsstyrelsen.

A.O. Andersen

Formand for Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen





# Center for Hjerneskade

Center for Rehabilitation of Brain Injury

Kopi til Lisa, 25

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

6. januar 2005

Att. Ole Kopp Christensen

INDGÅET I  
-7 JAN. 2005

1.Ø

## Høringsvar vedr. lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område (2.s.kt.j.nr. 2004-1200-59)

Center for Hjerneskade modtog d. 1. december 2004 udkast til forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet mhp eventuelle bemærkninger.

Center for Hjerneskade har følgende bemærkninger:

Center for Hjerneskade har noteret sig, at vi ifølge §79, stk. fortsat er kategoriseret som privat specialsygehus med driftsoverenskomst med regionsrådet, hvilket vi finder korrekt vurderet ud fra Centrets specialiserede tilbud. Den opgave, som Centret udfører ved specialiseret behandling og revalidering, vil det ikke være muligt at løfte i den enkelte kommune.

Center for Hjerneskade har siden etableringen i 1985 i forhold til patienter med akut opstået hjerneskade forestået behandling i form af indlæring af kompensationsstrategier og træning af fysiske og kognitive funktioner samt revalidering i form af genetablering af tilknytningen til arbejdsmarkedet og sikring af denne tilknytning på kortere og længere sigt. Delt finansiering består således af sygehusbehandling betalt af amterne og forrevalidering/revalidering betalt af primærkommunerne. I 1992 fik Centret med Lov om sygehusvæsenet status som specialsygehus med en kvotedækning på ca. 50% af Centrets optræningsindtægter, idet det skønnedes, at den resterende del af Centrets optræningsindtægter var at betragte som en revalideringsindsats.

Som følge af usikkerhed vedr. betalingsforholdene fra nogle kommuners side, blev der allerede dengang i brev af d. 28.6.1994 af Social- og Sundhedsministeriet (vedlagt) i fællesskab præciseret, at behandlingsmæssige opgaver ved Center for Hjerneskade skulle afholdes inden for den amtskommunale betalingsforpligtelse (sygehuskvoten), mens erhvervsmæssige foranstaltninger for personer med nedsat erhvervsevne skulle afholdes inden for det primærkommunale beslutningsområde (revalideringsindsatsen).

Københavns Universitet, Amager  
Njalsgade 88, 2300 København S  
Tlf: 35 32 90 06, Fax: 32 54 67 77  
CVR-nr. 77145710

University of Copenhagen, Amager  
88, Njalsgade, DK-2300 Copenhagen S  
Tel: +45 35 32 90 06, Fax: +45 32 54 67 77  
CVR-no. 77145710

Det blev yderligere fastlagt, at såfremt der i den konkrete sag er tale om en kombination af behandling og revalidering på grundlag af visitationen og forundersøgelsen, skal udgiften deles ligeligt efter Lov om sygehusvæsenet og revalideringsbestemmelserne.

Da langt den største del af Centrets virksomhed er baseret på delt finansiering, lå der heri samtidig en forudsætning om en primærkommunal medfinansiering af minimum samme størrelsesorden som den tildelte sygehuskvote.

Dette finansieringssystem fungerede indtil ca. år 2000 tilfredsstillende, men herefter oplevede vi i stigende omfang, at kommunerne meddelte afslag på den kommunale medfinansiering, uden at dette kunne henføres til ændringer af lovgivningen på det revalideringsmæssige område. Kommunerne vurderede, at der på Center for Hjerneskade var tale om ren behandling – på trods af at optræningen på Centret har et klart erhvervsmæssigt sigte (tilbagevenden til arbejdsmarkedet for mere end 70% af patienterne), hvilket altid er konkretiseret tydeligt i en revalideringsplan.

Den konkrete betydning af dette er, at visitationen for den enkelte patient bliver længere – der er eksempler hvor det har taget kommuner 1-1½ år at træffe afgørelsen på grund af ankebehandling og forhandling frem og tilbage. I sådanne tilfælde vil det altid få store konsekvenser for patienten, hvis situation erhvervsmæssigt og socialt forværres betragteligt af ikke at komme i gang med behandling/revalidering. Det betyder selvfølgelig også, at Centret bruger væsentlig flere resurser på visitation.

Centret har tidligere henvendt sig til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet med henblik på stillingtagen til denne problemstilling.

Af udkast til forslag til sundhedsloven fremgår, at vilkårene for Center for Hjerneskade er uændrede i forhold til hidtil. Der er således fortsat tale om delt finansiering af udgiften mellem sygehuskvoten og primærkommunen.

Fra primo 2005 har Centret ændret programtilbuddet, således at det nu i højere grad er muligt at optage patienter med kort tid siden sygdomsdebut, hvilket er et tilbud, som Centret har erfaret, er i overensstemmelse med henviernes ønske. Tidligere havde vi to årlige faste terminer for optagelse i Centrets programmer; nu er der løbende optag og et i højere grad individualiseret program med mulighed for at tilpasse intensitet, længde og trænings-/revalideringsindholdet til den enkeltes behov, hvilket samlet vurderes at ville afkorte tiden fra sygdomsdebut til tilbagevenden til arbejdsmarkedet betragteligt, idet der ikke opstår unødige venteperioder med cementering eller forværring af symptomer og præcisionen i trænings- og revalideringsindsatsen øges.

I relation til diskussionen om primærkommunal finansiering og sygehuskvoten medfører ændringen af Centrets tilbud en tendens til øget henvisning til den del af Centrets tilbud, der typisk er finansieret af sygehuskvoten, hvilket den nuværende finansieringsordning ikke giver grundlag for. Problemet for Centret er herved, at primærkommunerne i disse tilfælde ikke føler sig forpligtede til at indgå i den delte finansiering så tidligt i forløbet.

Med indførelsen af en ny struktur på det kommunale område kan vi på Center for Hjerneskade frygte, at ovenstående problematik fortsætter eller ligefrem forværres, idet hensynet til kommunernes økonomi (f.eks. ved at skulle sende patienterne over kommunegrænser) samt belastningen i forbindelse med de mange nye opgaver, som kommunerne skal overtage, vil kunne



betyde, at relevante patienter ikke visiteres til Centret, men nedprioriteres, pensioneres eller måske visiteres til knapt så kvalificerede og mindre intensive tilbud i kommunernes eget regi – til trods for at patienterne i henhold til lov om frit sygehusvalg har ret til behandling og træning på Center for Hjernesgade.

Center for Hjernesgade har således tre forslag:

1. At sygehuskvoten forhøjes til at dække den fulde udgift til behandling/træning på Centret. Det vil kunne lade sig gøre udgiftsneutralt ved en flytning af den kommunale udgift og den statslige refusion til den regionale udgiftsramme. (Kommunernes udgift til revalidering refunderes p.t. med min. 50% af staten).
2. At Indenrigs- og Sundhedministeriet, Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet tager stilling til problematikken om definition af behandling og revalidering og (gerne i samarbejde med Center for Hjernesgade) informerer primærkommunerne herom, idet klare linier på området ville kunne afhjælpe de proceduremæssige problemer.

Center for Hjernesgade står naturligvis til rådighed for uddybning og yderligere oplysning.

Med venlig hilsen



Frank Humle  
Direktør

**SOCIALMINISTERIET OG SUNDHEDSMINISTERIET**

1.1.kt.j.nr.4010-45/2.kt.j.nr.93-230-2

inj/Ag

28. juni 1994

**Til samtlige amtskommuner og kommuner m.fl**

Ved lov nr. 1024 af 19. december 1992 om ændring af lov om sygehøvsøsenet og lov om offentlig sygesikring m.v., som trådte i kraft den 1. januar 1993, blev det pålagt amtskommunerne at yde vederlagsfri behandling på bl.a. Vejlefjord og Center for Hjerneskade efter lægehenvisning. Amtskommunernes betalingsforpligtelse blev fastsat til en årlig økonomisk ramme på 8,3 mio. kr. for Vejlefjord og 3,5 mio. kr. for Center for Hjerneskade ( 1992-PL ).

For både Center for Hjerneskade og Vejlefjord gælder, at den økonomiske ramme i sygehusloven ikke dækker centrenes kapacitet.

For Center for Hjerneskade gælder, at den økonomiske ramme i sygehusloven svarer til behandling af 16-17 patienter ud af en samlet kapacitet på 30 patienter. For Vejlefjord svarer den økonomiske ramme i sygehusloven til behandling af ca. 56 patienter ud af en samlet kapacitet på ca. 74 patienter.

Den resterende del af centrenes omsætning har hidtil været finansieret af bl.a. primærkommunerne i forbindelse med revalideringer. Inden ikrafttræden af den ændrede sygehuslov, deltog primærkommunerne således i finansieringen af de udgifter, der blev ydet som led i foranstaltninger med et revalideringsmæssigt sigte i det enkelte tilfælde, jf. bistandslovens § 43. I 1992 udgjorde den primærkommunale finansiering ca. 4 mio. kr. for center for Hjerneskade og ca. 1,7 mio. kr. for Vejlefjord. Staten refunderer 50% af primærkommunernes udgifter til ydelser efter § 43.

Efter ikrafttræden af den ændrede sygehuslov er primærkommunerne imidlertid næsten ophørt med at sende revalidender til de to centre. I første kvartal af 1994 udgjorde den primærkommunale finansiering henholdsvis ca. 18.000 kr. for Center for Hjerneskade og 0 Kr. for Vejlefjord.

Socialministeriet og Sundhedsministeriet er af den opfattelse, at bistandslovens revalideringsregler er subsidiære i forhold til støtte efter anden lovgivning. Da amtskommunernes betalingsforpligtelse efter lov om sygehusvæsenet imidlertid vedrører behandlingsopgaver, og støtten efter bistandslovens revalideringsregler vedrører erhvervsmæssige foranstaltninger for personen med nedsat erhvervsevne, dækker de to lovgivninger to forskellige ydelseskategorier.

Under henvisning hertil vil udgifter til behandling skulle afholdes efter lov om sygehusvæsenet og udgifter til erhvervsmæssige foranstaltninger som et led i et revalideringsforløb vil forsat skulle afholdes af primærkommunerne efter bistandslovens regler.

Er der på grundlag af visitation og forundersøgelse i det enkelte tilfælde tale om en kombination af behandling og revalidering, har Socialministeriet og Sundhedsministeriet besluttet, at halvdelen af udgiften til forløbet afholdes efter lov om sygehusvæsenet og den anden halvdel efter bistandslovens regler, medmindre der i den konkrete sag aftales andet. Der henvises i den forbindelse til Amtsrådsforeningens rapport fra 1991, om behandling og genoptræning af hjerneskadede.

Der ændres ikke ved det forhold, at revalideringsmæssige opgaver efter bistandsloven beslutes af primærkommunen.

Socialministeriet og Sundhedsministeriet henviser endvidere til anbefalingerne i den nævnte rapport fra Amtsrådsforeningen for så vidt angår etablering af et samarbejde mellem det amtskommunale og det primærkommunale niveau - både angående et mere overordnet samarbejde på "hjerneskadeområdet" og samarbejdet i de enkelte sager.

Med venlig hilsen

Socialministeriet

  
Anne Mette Lolk

Sundhedsministeriet

  
John Erik Pedersen

Bemærk:

Nye regler pr. 1.7.98:

Efter 1.7.98, hvor bistandsloven udgik, findes  
revalideringsreglerne i aktivlovens kapitel 6  
opholdskommunereglerne i retssikkerhedslovens § 9  
(tilføjet af CFM d. 21.8.98)

INDGÅET I  
- 7 JAN. 2005  
1.Ø

Kopi til USA, 25

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
(12-18-86-68)  
Slotholmsgade 10-12  
1216 København K

Sendt til: im@im.dk og dk@im.dk

7. januar 2005

### Vedrørende høring over udkast til forslag til sundhedsloven

Datatilsynet  
Borgergade 28, 5.  
1300 København K

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved brev af 1. december 2004 anmodet om Datatilsynets bemærkninger til udkast til forslag til Sundhedsloven.

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200  
Fax 3319 3218

E-post  
dt@datatilsynet.dk  
www.datatilsynet.dk

J.nr. 2004-112-0206  
Sagsbehandler  
Anne Broberg  
Rasmussen  
Direkte 3319 3223

Det fremgår af de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at lovforslaget omfatter de forhold, der hidtil har været reguleret i lov om patienters retsstilling, lov om offentlig sygesikring, lov om sygehusvæsenet, lov om hovedstadens sygehusfællesskab, lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, lov om gratis vaccination mod visse sygdomme, lov om forebyggende sundhedsordninger for børn, lov om hjemmesygeplejerskeordninger, lov om tandpleje m.v., lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse (bortset fra reglerne om Patientklagenævnet), lov om embedslægevæsenet, lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, lov om sterilisation og kastration samt lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. Disse love vil blive ophævet samtidig med ikrafttrædelsen af sundhedsloven.

Det fremgår endvidere af de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at lovforslaget i forhold til gældende lovgivning først og fremmest vil indebære indholdsmæssige ændringer, som er en følge af aftalen om kommunalreformen. Lovforslaget vil herudover kun indeholde indholdsmæssige ændringer på enkeltområder. I lovforslaget er der – for at skabe større overblik – foretaget en sammenskrivning af de gældende regler, uden at der hermed sker realitetsændringer af disse regler.

Datatilsynet skal i den anledning udtale følgende:

1. Det fremgår af de almindelige bemærkninger til lovforslaget, at de grundlæggende regler fra lov om patienters retsstilling vedrørende patienters selvbestemmelse er videreført i lovforslagets afsnit III.

Lovforslagets afsnit III, kapitel 8, omhandler adgangen til aktindsigt i helbredsoplysninger indeholdt i journaler mv.

Det fremgår af lovforslagets § 37, stk. 1, at reglerne gælder for patientjournaler m.v., der udarbejdes af sundhedspersoner, og som føres på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis eller i forbindelse med behandling i private hjem samt på andre offentlige eller private instituti-

oner m.v., hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages behandling af patienter.

Af bemærkningerne til bestemmelsen følger, at der med bestemmelsen foreslås en modernisering af den nuværende § 19 i lov om patienters retsstilling, som udelukkende omhandler aktindsigt i manuelle patientjournaler eller registre, der føres for private. Aktindsigt i elektroniske journaler, der føres for den offentlige forvaltning, er derfor i dag reguleret i persondataloven. Indholdsmæssigt er aktindsigtsreglerne i de to love stort set identiske, bortset fra den tidsfrist inden for hvilken en myndighed skal besvare en modtaget begæring om indsigt. Her stilles der lidt skrappe krav til myndigheden i retsstillingsloven. Det foreslås på denne baggrund at forenkle bestemmelsen, således at alle journaler – elektroniske som manuelle – omfattes af sundhedslovgivningen.

Den nærmere regulering af aktindsigt i helbredsoplysninger indeholdt i journaler m.v. fremgår af lovforslagets §§ 38-40.

Datatilsynet har d.d. telefonisk gjort Indenrigs- og Sundhedsministeriet opmærksom på, at den foreslåede § 37 og bemærkningerne hertil bør overvejes nærmere og rettes til i overensstemmelse med den gældende regulering i lov om patienters retsstilling og persondataloven<sup>1</sup>. Datatilsynet har umiddelbart forstået, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet herefter alene påtænker at opheve § 19, stk. 2.

Datatilsynet skal i den forbindelse gøre ministeriet opmærksom på, at persondatalovens §§ 32-33 indeholder en række begrænsninger i indsigtsretten. Eksempelvis fremgår det af § 32, stk. 4, at bestemmelsen i § 31, stk. 1, ikke finder anvendelse, hvis oplysningerne udelukkende behandles i videnskabeligt øjemed, eller hvor oplysningerne kun opbevares i form af personoplysninger i det tidsrum, som kræves for at udarbejde statistikker.

Datatilsynet skal anbefale, at det overvejes, i hvilket omfang de nævnte undtagelser skal finde anvendelse i forhold til patienters indsigtsret.

2. Lovforslaget indeholder i kapitel 42 bestemmelser om tilskud til lægemidler, herunder bestemmelser om den personlige elektroniske medicinprofil. Disse bestemmelser er indeholdt i den gældende lov om offentlig sygesikring.

Datatilsynet har i den forbindelse noteret sig, at den bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte nærmere regler om den kommunale hjemmesygeplejes adgang til oplysninger i den personlige elektroniske medicinprofil, som var indeholdt i det forslag til lov om ændring af lov om offentlig sygesikring, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet i efteråret 2004 indhentede Datatilsynets bemærkninger til, ikke ses medtaget i det foreliggende udkast til forslag til sundhedsloven.

<sup>1</sup> Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger.

Datatilsynet skal for god ordens skyld bemærke, at for så vidt angår hjemme-sygeplejens eventuelle adgang til oplysninger i den personlige elektroniske medicinprofil kan tilsynet i det hele henholde sig til det i Datatilsynets udtalelser af 29. oktober og 5. november 2004 anførte.

3. Lovforslagets kapitel 60 og 61 indeholder bestemmelser om indberetning til de centrale sundhedsmyndigheder mv.

Reglerne er en videreførelse af gældende bestemmelser i henholdsvis lov om sygehusvæsenet (indberetning til kliniske databaser) og lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet (indberetning af utilsigtede hændelser).

Datatilsynet skal i den forbindelse henvise til tilsynets udtalelse af 20. marts 2003 vedrørende Indenrigs- og Sundhedsministeriets høring over forslag til lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, der indeholdt forslag til disse bestemmelser.

Det er Datatilsynets opfattelse, at der i forbindelse med lovforslagets fremsættelse ikke fuldt ud er taget højde for tilsynets bemærkninger i udtalelsen af 20. marts 2003, herunder særligt i relation til spørgsmålet om, hvorvidt de oplysninger, der behandles er anonyme (=ikke personhenførbare), samt i relation til behandlingshjernen.

Datatilsynet skal på denne baggrund henstille, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet på ny overvejer disse spørgsmål, og tilsynet skal anbefale, at forholdet til persondataloven beskrives i bemærkningerne til lovforslaget til den nye sundhedslov.

4. Det følger af lovforslagets § 210, stk. 2, at Sundhedsstyrelsen som led i tilsynet efter stk. 1 kan afkræve personer inden for sundhedsvæsenet de oplysninger, der er nødvendige for at gennemføre tilsynet.

Af samme bestemmelses stk. 3 følger, at Sundhedsstyrelsen eller personer, der af Sundhedsstyrelsen er bemyndiget til at udøve tilsynet, til enhver tid mod behørig legitimation uden retskendelse har adgang til sygehuse, plejehjem og lignende.

Af bemærkningerne til bestemmelsen fremgår, at overvågning af sundhedsforholdene sker ud fra en samfundsmedicinsk indfaldsvinkel, som tilstræber en forbedring af folkesundheden for grupper af befolkningen eller befolkningen som helhed.

Det fremgår endvidere, at kommunalbestyrelsen, regionsrådet, Sundhedsstyrelsen, herunder embedslægeinstitutionen, eller personer, der af disse myndigheder er bemyndiget til at foretage undersøgelser, har, hvis det skønnes nødvendigt, til enhver tid og mod behørig legitimation uden retskendelse adgang til offentlige og private ejendomme for at tilvejebringe oplysninger til brug for beslutninger, der kan træffes i henhold til dette kapitel, eller regler udfærdiget med hjemmel heri.

Bestemmelserne er en videreførelse af gældende regler i centralstyrelsesloven, der trådte i kraft henholdsvis før og samtidig med persondatalovens ikrafttræden.

I det omfang bestemmelserne indebærer behandling af oplysninger omfattet af persondatalovens anvendelsesområde, går Datatilsynet ud fra, at behandlingen heraf sker i overensstemmelse med persondataloven.

Tilsynet skal for god ordens skyld henlede opmærksomheden på reglerne i persondatalovens kapitel 8 om oplysningspligt.

Af persondatalovens § 29, stk. 1, følger, at hvor oplysninger ikke er indsamlet hos den registrerede, påhviler det den dataansvarlige eller dennes repræsentant ved registreringen, eller hvor de indsamlede oplysninger er bestemt til videregivelse til tredjemand, senest når videregivelsen af oplysningerne finder sted, at give den registrerede meddelelse om den dataansvarliges og dennes repræsentants identitet, formålene med den behandling, hvortil oplysningerne er bestemt samt alle yderligere oplysninger, der under hensyn til de særlige omstændigheder, hvorunder oplysningerne er indsamlet, er nødvendige for, at den registrerede kan varetage sine interesser, som f.eks. hvilken type oplysninger det drejer sig om, kategorierne af modtagere, reglerne om indsigt i og om berigtigelse af de oplysninger, der vedrører den registrerede.

Der er i persondatalovens § 29, stk. 2 og 3, og § 30 fastsat undtagelser til bestemmelsen i § 29, stk. 1.

Det afhænger af en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvorvidt der vil kunne gøres undtagelse fra oplysningspligten. Der henvises i øvrigt til pkt. 2 i rettighedsvejledningen<sup>2</sup>.

5. Det fremgår af lovforslagets § 215, stk. 3, at kommunalbestyrelsen, regionsrådet, Sundhedsstyrelsen eller personer, der af disse myndigheder er bemyndiget til at foretage undersøgelser, har, hvis det skønnes nødvendigt, til enhver tid og mod behørig legitimation uden retskendelse adgang til offentlige og private ejendomme for at tilvejebringe oplysninger til brug for beslutninger, der kan træffes i henhold til dette kapitel eller regler udfærdiget med hjemmel heri.

Af bemærkningerne til bestemmelsen følger, at bestemmelsen er en videreførelse af de opgaver, som embedslægeinstitutionerne i dag har efter embedslægelovens § 8, idet der dog er sket en tilpasning til Sundhedsstyrelsens og embedslægeinstitutionernes enhedsorganisation og af hvilke myndigheder, der skal varetage påbuds- og forbudsordningen.

Datatilsynet skal henvise til ovenfor under pkt. 4 anførte.

<sup>2</sup> Vejledning nr. 126 af 10. juli 2000 om den registreredes rettigheder efter reglerne i kapitel 8-10 i lov om behandling af personoplysninger.

6. For så vidt angår de i lovforslaget fastsatte bemyndigelsesbestemmelser skal Datatilsynet for en god ordens skyld henlede opmærksomheden på persondatalovens § 57. Efter denne bestemmelse skal der indhentes en udtalelse fra Datatilsynet i forbindelse med udfærdigelse af bekendtgørelser, cirkulærer eller lignende generelle retsfor skrifter, der har betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af oplysninger.

I det omfang der i medfør af det omhandlede forslags bestemmelser måtte fastsættes regler om behandling af personoplysninger, skal Datatilsynet således anmode om at blive hørt over disse regler.

7. Kopi af dette brev er dags dato sendt til Justitsministeriets Lovafdeling til orientering.

Med venlig hilsen

Janni Christoffersen  
Direktør





Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Kopi til Lisa, 25

Den 7. januar 2005

J.nr. 4351.35 [10.08] /EP

## **Høring vedr. forslag til lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet**

DSI takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. ovenstående lovforslag.

DSI finder det fornuftigt, at reglerne fra loven om patientklagenævn, patientforsikring, lægemiddelskadeforsikring og patientskadeankenævn sammenskrives til én lovgivning.

DSI kan samtidig tilslutte sig, at diverse klager fra andre dele af sundhedssektoren så som sygesikringsbevis, indplacering i sikringsgruppe 1 og 2, anmeldelse om lægevalg, begravelseshjælp, tilskud til ydelser i udlandet, befordringsgodtgørelse etc. henføres til Patientklagenævnet, hvor de tidligere påklagedes til Det sociale nævn, herunder evt. til Ankestyrelsen.

DSI vil gerne principielt gøre opmærksom på, at der herved forsvinder et klageniveau, men samtidig er det DSI's erfaring fra deltagelse i Ankestyrelsens arbejde, at der hidtil ikke er behandlet mange af disse klager på dette ankeniveau.

Der lægges op til, at disse klagetyper alene afgøres af Patientklagenævnets formand eller næstformand. Principielt set er DSI betænkelig overfor udvidede formandsbeføjelser, men bøjer os for, at det ikke vil få den store praktiske betydning i dette tilfælde og med disse klagetyper.

DSI tilslutter sig, at Kommunernes Landsforening i kraft af deres nye, øgede rolle indenfor det danske sundhedsvæsen får plads i Patientklagenævnet.

DSI's ønsker til det nuværende forslag:

DSI foreslår, at det indskrives i loven, at såvel Patientkontoret, Patientklagenævnet og Patientskadeankenævnet i deres sagsbehandling skal informere borgeren om de forskellige in-

stansers eksistens og funktion. Dette bør endvidere ske på en sådan måde, at borgeren bliver klar over de forskellige instansers eksistens og funktion ved påbegyndelsen af sagsbehandlingen hvad enten det er overfor Patientklagenævnet, Patientforsikringen, Lægemiddelskadeforsikringen eller Patientskadeankenævnet.

Som det andet forslag til lovgivningen lægger DSI vægt på, at Patientskadeankenævnet omdøbes til Patienterstatningsnævnet, og det samme gælder for Lægemiddelskadeankenævnet, der bør hedde Lægemiddelerstatningsnævnet. Dette vil i betydelig grad lette brugernes forståelse af funktionerne. Det er DSI's erfaring, at det kan være svært for brugerne at forstå funktionerne med den nuværende navngivning.

DSI foreslår, at det indskrives i loven under Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, at de afgjorte sager i anonymiseret form skal tilgå det nyoprettede Kvalitetssikringsinstitut i en form, der kan bidrage til kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet.

Sluttelig skal DSI anføre, at vi stadig, som nævnt i tidligere høringsrunder, finder det beskæmmende, at systemfejl ikke kan behandles og påtales i dette klagesystem.

Derudover er DSI som nævnt ikke tilfreds med de mange formandsafgørelser i den generelle klagesagsbehandling.

Med venlig hilsen



Stig Langvad  
formand

*Kopi til Lisa 25,*  
**MEGROS** *IV, VA*

*TJ, H6*  
FORENINGEN AF MEDICINGROSSISTER  
ASSOCIATION OF PHARMACEUTICAL WHOLESALERS *men se*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K


6. januar 2005  
JBO/ubr

Att.: Ole Kopp Christensen

*Kopi til Lisa, 25.*

Under henvisning til skrivelse af 1. december 2005, 42s.kt., J.nr. 2004-1200-459 meddeles det herved, at Foreningen ingen kommentarer har til de fremsendte lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område.

Med venlig hilsen  
**MEGROS**  
p.f. v.

  
Jan Bønde  
Formand

Dato  
5. januar 2005

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

Att.: Ole Kopp Christensen

Afsnit \* 7122

Direkte telefon \* 3545 7141  
e-mail \* transkulturel-psykiatri@rh.dk  
Lokal fax \* 3545 7852  
Ref \* MK/abj  
\* Videnscenter for  
\* Transkulturel Psykiatri  
\* Blegdamsvej 9  
\* 2100 København Ø

Kopi til Lisa, 2.5.

**Vedrørende høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område, Deres journalnummer 2.s.kt.j.nr.2004-1200-59:**

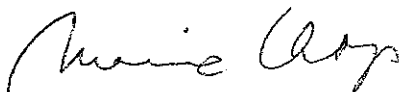
Videnscenter for Transkulturel Psykiatri har følgende kommentarer til det fremsendte lovforslag:

Kommentarerne er knyttet til kapitel 10 om tolkebistand. I kapitlets § 51 fremhæves det, at lægen har kompetencen til at skønne om tolkens tilstedeværelse er nødvendig for behandlingen. Videre hedder det, at på sygehusområdet er sygehuset forpligtet til at sørge for tolkning, når det er nødvendigt for behandlingens gennemførelse. At kompetencen til at rekvirere tolk ligger i hænderne på en faglig instans inkl. andre sundhedsfaglige grupper end læger, hilses velkommen. Lovforslaget levner imidlertid ikke mulighed for at imødekomme patienters ønske om tolkebistand i situationer, hvor de finder det nødvendigt, men hvor man fra lægefaglig side ikke nødvendigvis finder det påkrævet.

I § 51 hedder det yderligere, at de fremtidige regioner vil kunne opkræve gebyrer for tolkebistand for personer, der har boet i landet mere end 7 år. Denne tilføjelse skønnes indført ud fra en forudsætning om, at man efter 7 år behersker det danske sprog tilstrækkeligt. Videnscentret skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at der findes visse grupper, der, bl.a., pga. traumebetingede koncentrationsforstyrrelser og indlæringsvanskeligheder, er ude af stand til at beherske det danske sprog på trods af langvarigt ophold i landet. Det skønnes ikke rimeligt, at denne gruppe afkræves egenbetaling på dette område.

På Videnscentrets vegne

Venlig hilsen



Marianne Kastrup  
Overlæge  
Videnscenter for Transkulturel Psykiatri



Landsorganisationen i Danmark  
Danish Confederation of Trade Unions

wpi ...  
Julie, Helle, Lina, Louise I  
Islands Brygge 32D  
Postboks 340  
Niels 2  
2300 København S  
LISA 2.3  
Telefon 3524 6000  
Fax 3524 6300  
E-mail lo@lo.dk

Sagsnr. 03.04-03-445  
Ref. TAH/lph  
Den 6. januar 2005

Til:

Statsminister Anders Fogh Rasmussen  
Økonomi- og Erhvervsminister Bendt Bendtsen  
Beskæftigelsesminister Claus Hjort Frederiksen  
Finansminister Thor Pedersen  
Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen  
Undervisningsminister Ulla Tørnæs  
Miljøminister Connie Hedegaard  
Socialminister Eva Kjær Hansen

### **LO's generelle bemærkninger til den forestående kommunalreform**

Regeringen har fremlagt 46 udkast til lovforslag om ny offentlig struktur. LO har afgivet høringssvar på en række områder, men har desuden generelle bemærkninger til hele lovkomplekset samt de personalemæssige forhold.

Jeg har derfor fornøjelsen at fremsende følgende generelle notater, som giver et overblik over LO's vurdering af de fremsendte udkast til lovforslag.

- Bemærkninger til kommunalreformens lovudkast
- Personaleforhold ved den forestående kommunalreform

Med venlig hilsen

Tine Aurvig-Huggenberger



## Bemærkninger til kommunalreformens lovudkast

Regeringen har fremlagt udkast til 46 lovforslag om ny offentlig struktur foruden de to lovforslag, som allerede er fremsat i Folketinget på Skatteministeriets område. Altså fremsættes i alt 48 lovforslag.

LO har foruden høringssvar på de enkelte områder lavet et generelt notat om personaleforhold samt udarbejdet dette notat, hvis formål er at foretage en overordnet vurdering af kommunalreformen. Det er hertil valgt at se nærmere på 5 hovedtemaer:

1. Hvilken økonomi stilles der til rådighed, og er der klarhed over de økonomiske konsekvenser?
2. Er der taget tilfredsstillende højde for omstillingsprocessen for personalet?
3. Forbedres borgerservice og kvalitet i opgaveløsningen?
4. Er der lagt op til øget bureaukratisering (mindre demokrati) og flere ministerbeføjelser?
5. Er der for mange gråzoner og risiko for lovsjusk?

Det er LO's opfattelse, at den samlede politiske bedømmelse af kommunalreformen og gennemførelsesprocessen afgøres af, hvordan der kan svares på ovennævnte spørgsmål.

Under en høringsrunde er det naturligt at gøre opmærksom på de mangler, der findes i lovgivers udkast/forslag. Derfor vil en væsentlig del af gennemgangen nedenfor være kritisk.

Udgangspunktet for LO er imidlertid fortsat de tilkendegivelser, som blev udtrykt med Fællesudvalgets (LO, FTF og AC) rapport fra december 2003. Heri tilslutter LO sig oprettelsen af færre regioner med en justeret opgaveportefølje som erstatning for amterne, og at der arbejdes henimod større kommunale enheder. Det kan øge såvel den faglige som den økonomiske bæredygtighed i opgaveløsningen. Og dermed give grundlag for en endnu bedre offentlig sektor.

Dette hovedsigte er indfriet med reformudspillet, som det ser ud nu, men der er elementer i den ny opgaveplacering – særlig om kommunernes øgede ansvar over for beskæftigelsesindsatsen, natur og miljø – LO ikke kan tilslutte sig. Derudover er der efter LO's vurdering sket en for vidtgående opgaveglidning fra regioner/amter til kommuner vedr. børn med særlige behov, og så vil LO udtrykke bekymring for, om kommunerne kan håndtere ansvaret for erhvervsservice.

Endelig er der, som det fremgår nedenfor, betydelig bekymring for, om gennemførelsen af reformen kommer til at foregå tilfredsstillende, og om personalets vilkår og inddragelse har tilstrækkelig opmærksomhed.

### 1. De økonomiske forhold

Den nuværende regering har indført et skattestop, som reelt indebærer faldende skattetryk og det betyder, at de offentlige udgifter holdes i et meget stramt greb. LO har tidligere vist,

at der er blevet færre offentligt ansatte under den nuværende regering, når der ses på det samlede timetal, der præsteres. Det er hovedsagelig i staten, at der er set nedskæringer.

De seneste nationalregnskabsstal viser endda et fald i det offentlige forbrug, som er en indikator for den offentlige service. I de tre første kvartaler af 2004 faldt det offentlige forbrug med 0,1 pct. sammenlignet med den tilsvarende periode i 2003.

De økonomiske konsekvenser af den meget omfattende reform til ny offentlig struktur bør naturligvis være velbelyste. Både på de enkelte områder, der berøres, og samlet. Udgangspunktet er imidlertid, at det ikke er tilfældet. Der ligger ikke økonomiske konsekvensberegninger til de enkelte lovforslag, og set i lyset af den stramme udgiftsstyring er det stærkt bekymrende.

Det betyder f.eks., at omstillingsudgifterne ikke er finansierede. Eftersom opgave- og personaleflytninger nødvendigvis må indebære investeringer til uddannelse, omskoling, personaleudvikling og evt. nye bygninger og udstyr, vil den manglende finansiering indebære risiko for afskedigelser og nednormeringer samt udhuling af råderummet til løndannelse som følge af strukturreformen, fordi udgifterne så skal findes inden for den i forvejen snævre ramme for offentlig service.

Det betyder på sin side risiko for, at der vil ske forringelser i den offentlige service.

Som et eksempel på omstillingsudgifternes størrelse kan nævnes, at der på skatteområdet - der overgår fra kommunerne til staten pr. 1. juli 2005 - regnes med et beløb på 270 mill.kr. På langt de fleste områder sker myndighedsskiftet først i 2007, og her er der altså ikke skønnet over udgifternes størrelse, men da områderne til sammen er langt større end skatteområdet, må der forventes omstillingsudgifter på flere milliarder kr. i løbet af de kommende år.

Lovudkastene løser ikke problemet med manglende afklaring af de fremtidige forhold for kommunernes økonomi.

Der er ikke taget stilling til, i hvilken udstrækning kommunernes udgifter til ledige, syge og sociale brugere skal refunderes af staten, ligesom der ikke foreligger en beskrivelse af den fremtidige mellemkommunale udligning.

I dag er der 35-100 pct. statslig refusion af kommunernes udgifter på de forskellige områder. Helt overordnet er problemstillingen, om kommunerne kan påvirke udgifterne eller ej. De offentlige udgifter skal overordnet garanteres af staten gennem finanslov og økonomiaftaler, men i den udstrækning, den enkelte kommune kan gøre en indsats for at nedbringe udgifterne, bør refusionen til den enkelte kommune være mindre end 100 pct. (selv om de er fuldt dækket som gennemsnit over bloktilskud mv.).

Det er imidlertid vanskeligt at finde de rigtige niveauer for refusion, f.eks. i forhold til det kommunale systems indsats over for personer uden arbejde, fordi kommunerne kun delvist kan påvirke udgifterne. På sundhedsområdet kan en forebyggende kommunal indsats og genoptræning/efterbehandling i et vist omfang medvirke til at nedbringe udgifter i andre dele af sundhedssektoren og den specialiserede sociale sektor, som typisk vil være et anliggende for regionerne og omvendt vil en manglende indsats kunne foranledige øgede udgifter i regionerne.

Både i det ene og det andet tilfælde er der risiko for kassetænkning, men det er altså uvist, hvordan regeringen vil imødegå risikoen.

En anden og nok så væsentlig risiko er, at kommuner afstår fra at gøre den nødvendige indsats over for borgerne, hvis det f.eks. bliver for dyrt at aktivere dem, behandle dem eller indlægge dem på sygehus.

Den manglende finansierings- og udligningsreform gør det helt uoverskueligt at foretage en vurdering af omfanget af disse risici. Men foreløbige modeller for en ny udligningsordning har indeholdt en overgang fra udligning baseret på skattegrundlag til udligning baseret på indbyggertal. Beregninger viser, at det især vil skade kommunerne på den københavnske vestegn, mens provinskommuner vil have størst gavn af en sådan omlægning. I forhold til integration og anden social indsats vil det være nødvendigt med supplerende udligningskriterier, hvis man skal undgå nye problemer.

Det forstørrelser uklarhederne, at udkastet til lovforslag om kommunal inddeling åbner op for, at kommunerne - som følge af en ministerbemyndigelse - internt kører med forskellige skatte- og serviceniveauer i en overgangsperiode med en opdeling, der svarer til de gamle kommuner.

Regionernes økonomi er uklar, men den bliver fastlagt af staten. Regionerne udstyres ikke med en fuldmagt til selv at prioritere inden for egne budgetter. I princippet skal budgettet være opdelt i tre vandtætte dele: 1) Sundhedsområdet, 2) Det specialiserede sociale område og 3) Øvrige (udviklingsområder), hvor der ikke kan overføres midler fra en del af budgettet til en anden. Og inden for de enkelte områder vil der være flere øremærkede og aktivitetsbestemte statstilskud, f.eks. den såkaldte "Løkkepose" på sundhedsområdet.

Desuden sker der en beskæring af regionernes muligheder for at optage lån, og staten får mulighed for at reducere bloktilskuddene. Det mest problematiske kan vise sig at være bestemmelsen om, at der ikke automatisk bliver efterreguleret for fejlagtige løn- og prisskøn. Med den nuværende praksis har der været en klar tendens til for lave skøn.

På sundhedsområdet vil 80 pct. af udgifterne blive dækket af staten, og yderligere 10 pct. i form af kommunale grundbidrag, der besluttet af staten. Fordelingsprincipperne i forslaget til regioner kan medføre en omfordeling fra Hovedstadsområdet til provinsen.

Der vil med stor sandsynlighed ske en stigning i budgetusikkerheden og dermed svækkes planlægnings- og udviklingsmulighederne på sundhedsområdet.

På socialområdet vil udgifterne blive finansieret af kommunernes anvendelse af regionernes tilbud. Derved vil regionerne med sikkerhed have meget stor budgetusikkerhed på dette område.

Det skal også nævnes, at der - selvom der er opstillet et regelsæt i udkast til forslag om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen - er stor usikkerhed om fordelingen af de nuværende amters aktiver og passiver samt likvide beholdning på de kommende regioner, og hvorledes disse i den enkelte region fordeles på de 3 økonomisk og administrativt, selvstændige områder - sundhed, drift af sociale institutioner og øvrige "udviklingsopgaver" - som regionernes virksomhed opdeles i.

Det forventes, at regeringen indleder DUT-forhandlinger med amter og kommuner om økonomien i den ny opgavefordeling. På skatteområdet har der vist sig at være meget stor



afstand mellem regeringens opfattelse af, hvor stor en administrativ belastning, man fratager kommunerne, og KL's opgørelse over de nedsatte administrative udgifter. Forskellen beløber sig ifølge de første tilkendegivelser til 1 mia.kr.

Økonomidrøftelserne i det nye år vil give nye muligheder for at skære i udgifterne til den kommunale service.

## 2. Personalepolitikken

Kommunalreformen er netop kendetegnet ved, at store grupper af ansatte skal skifte arbejdsgiver, og for nogles vedkommende også fysisk vil opleve ændrede vilkår.

Ifølge en opgørelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i alt 145.800 personer kunne indtræde i ny overenskomster som følge af strukturreformen. Hertil skal lægges ansatte i Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS). Desuden vil skønsmæssigt 100.000 ansatte, der berøres af primærkommunale sammenlægninger skulle skifte arbejdsgiver, (jf. tabel 1).

**Tabel 1. Personale, der skal skifte arbejdsgiver efter strukturreformen**

	1.000 personer
Fra amter til regioner	108,2
Fra amter til stat	16,9
Fra amter til kommuner	14,5
Fra kommuner til stat	6,2
Fra HS til regioner	18,1
Kommunesammenlægninger	100,0
<b>I alt</b>	<b>263,9</b>

Derfor er det naturligt, at reformens indflydelse på de nuværende ansattes fremtidige beskæftigelses- og ansættelsesvilkår bliver af afgørende betydning for vurderingen af reformen, herunder processen ved reformens gennemførelse.

Usikkerheden for de berørte ansatte skyldes en mulig udvidelse af deres ansættelsesområde, nye arbejdssteder og nye arbejdsopgaver. Det stiller krav om, at man går tålmodigt til værks og beslutningerne er gennemsigtige.

Politiske udsagn om jobgarantier, der ikke har hold i personalejuraen, kan ikke kompensere for usikkerheden. Det bør derfor som minimum i lovbemærkningerne anføres, at evt. personalereduktion skal ske ved naturlig afgang. Kravet er at betragte netop som et minimum, da naturlig afgang ikke kun indebærer fratreden til pension, men også omfatter personer der - evt. som konsekvens af strukturreformen - finder et nyt arbejde. En række nylige undersøgelser peger på, at ca. 10 pct. af de offentligt ansatte skifter arbejdsgiver hvert år.

En henvisning til, at Lov om virksomhedsoverdragelse er gældende i forbindelse med gennemførelsen af reformen, må ikke forveksles med en beskæftigelsesgaranti. Loven fastlægger som bekendt alene vilkårene for ansættelsen efter overdragelsen, men forpligter ikke til at beskæftige de berørte lønmodtagere.

Der er ikke garanteret tilpasningsforhandlinger for de ansatte, som overgår til nye vilkår. Det har f.eks. konsekvenser, når man overgår fra kommunale til statslige overenskomster. På skatteområdet er der taget stilling til pensionsbidragene, som loves fastholdt på det (højere) kommunale niveau, men der er ikke taget stilling til f.eks. omsorgsdage.

Samlet set er der ingen effektiv løngaranti. Der vil være adgang til modregning i overgangstillæg mv. i forbindelse med lokale reguleringer fremover, og denne risiko forstærkes, når man forsømmer at sikre tilpasningsforhandlinger med de ansattes organisationer.

Det er for øvrigt uafklaret i hvilket omfang reformen giver anledning til nye kollektive overenskomster. Særligt på det nuværende amtslige område, hvor størsteparten af de berørte grupper er ansat, jf. tabellen ovenfor, er det usikkert om virksomhedsoverdragelsesloven betyder, at de nuværende amtslige overenskomster i medfør af § 4a skal fortsætte, idet der er tale om en sådan identitet mellem regioner og amter, at regionerne fortsat vil være forpligtet som overenskomstpart.

Efter LO's opfattelse bør man også præcisere, hvilke ansættelsesvilkår man vil tilbyde de virksomhedsoverdragne medarbejdere, når deres tidligere overenskomstfastsatte rettigheder udløber i henhold til den kollektive overenskomst.

Der er ikke i *udkast til lovforslag om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen* givet løfter om tryghed fremover og altså heller ikke, om der vil ske tilpasningsforhandlinger mellem de kollektive parter om overenskomstspørgsmål.

I lovudkastet nævnes, at de ansatte senest i august 2006 skal have meddelelse om, hvilken myndighed de skal overføres til, men forvaltningsloven vil ikke blive anvendt, hvilket bl.a. betyder, at de ansatte ikke bliver partshørt, og at de almindelige regler om aktindsigt med videre ikke er gældende.

De umiddelbare personalerelaterede spørgsmål knytter sig til lovudkastene på skatteområdet særligt forslag til *lov om skatte- og ejendomsvurderingsforvaltning og lov om opkrævning og inddrivelse af visse fordringer*, idet disse forslag gennemføres allerede 1. juli 2005, og derfor kan betragtes som en lakmusprøve på, hvordan personaleforholdene reguleres.

LO's vurdering er, at det ikke er tilfredsstillende.

I forbindelse med etableringen af det *enstrengede inddrivelsessystem* er budgetteret med en besparelse på 125 mill. kr. i 2005 og yderligere besparelser de efterfølgende år. På sigt regnes med en reduktion af mandskabet på 1.200 årsværk, hvilket er godt en halvering i forhold til den nuværende bemanning på ca. 2.300 årsværk. Alligevel forventes en mere effektiv indsats, men embedsmændene indrømmer dog i bemærkningerne, at inddrivelsesindsatsen kan blive reduceret i en overgangsperiode, hvor systemerne skal lægges sammen.

Disse besparelser vil ifølge regeringen kunne opnås ved ændret organisering af arbejdet og "naturlig afgang", men der er ikke udtrykt nogen formel ansættelsesgaranti. Hverken for de kommunalt ansatte, som skal overføres, eller over for de allerede ansatte i staten. Dertil kommer, at der ikke er afsat midler til tilpasning af aftaler, om f.eks. pensionsrettigheder, som led i overflytningen.

Samtidig indebærer omlægningen, at de berørte ansatte vil få udvidet deres ansættelsesområde, arbejdsopgaver og arbejdssted.

Der er heller ikke angivet, hvorledes man vil tilrettelægge processen, herunder hvornår det berørte personale kan forvente en afklaring af den fremtidige placering, samt over hvor stor geografisk afstand medarbejderne kan forvente at blive flyttet.

Der er ikke givet bindende tilsagn om at inddrage personaleorganisationerne.

Særligt for tjenestemænd fastslås det i lovforslaget, at tjenestemænd bevarer deres ansættelsesvilkår, herunder deres tjenestemandspension, idet forslaget samtidig indeholder en udvidelse af de kommunale tjenestemænds ansættelsesområde, og at tjenestemændene fremover vil kunne være forpligtede til at overtage en anden passende stilling inden for den nye organisation, men uden for deres gamle ansættelsesområde.

I udkastet til *lov om erhvervsfremme og ophævelse af lov om kommuners og amtskommuners deltagelse i erhvervsudviklingsaktiviteter* vedrører opgaveflytningen fortrinsvis ansatte i de selvejende erhvervsservicecentre, som i dag finansieres med 50 pct. af staten og 50 pct. fra amter og kommuner. De ansatte får ifølge udkastet ikke garanti for at flytte med opgaverne eller blive omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en ringe håndtering af personalets vilkår og inddragelse ved omstillingsprocesserne kan give risiko for voksende søgning væk fra den offentlige sektor. Derved forøges det i forvejen udbredte rekrutteringsproblem, som kendetegner store dele af amter og kommuner allerede i dag. Det vil oven i købet ikke kunne udelukkes, at de mest kompetente medarbejdere, der må formodes at have bedst mulighed for at opnå anden beskæftigelse, vil forlade sektoren i forholdsvis stor grad.

### **3. Borgernes service og kvaliteten i opgaveløsningen**

De større kommuner og den glidende centralisering er med til at fjerne borgernes kontakt til den politiske ledelse af det kommunale/offentlige system. Dette indebærer ikke, at den offentlige service behøver at blive forringet, men risikoen er til stede.

Årsagen er, at kvaliteten i opgaveløsningen hænger sammen med den service, som det offentlige kan yde den enkelte borger, og her er nærhed et af kriterierne. Kriteriet er ikke snævert knyttet til nærhed af politikere, men i højere grad til nærhed af ansatte, der kan yde den nødvendige service. Det er snarere i forbindelse med klager o. lign., at geografisk nærhed til politikere kan blive vigtig.

LO's udgangspunkt er dog, som nævnt indledningsvist, at det er positivt med større regionale og kommunale enheder i den offentlige sektor.

Det er imidlertid tre andre årsager til, at LO kan have tvivl om, hvorvidt reformen tilgodeser det overordnede formål med bedre service. De to første er allerede påpeget.

For det første er der grund til at frygte manglende økonomiske ressourcer til reformens gennemførelse.

For det andet er der risiko for afvandring af personale inden for områder, hvor omstillingsprocessen håndteres utilfredsstillende.

For det tredje viser flere af de løsningsforslag, der er foreslået i kommunalreformen, at man ikke altid har valgt opgaveplacering ud fra den optimale løsning i forhold til borgerservice og kvalitet. Hensynet til de kommunale interesser og den politisk taktiske manøvreedygtighed i Folketinget har spillet en større rolle på nogle områder.

Det er mest oplagt på *beskæftigelsesområdet*, hvor man lægger mere fokus på den kommunale del af indsatsen, selv om alle analyser, netop viser, at det er her, resultaterne er ringest. Det skyldes bl.a. ringere evne til jobformidling over større geografiske arbejdsmarkeder og en væsentlig billigere aktivering end i AF-systemet.

Et andet område vedrører *miljø- og planlægning*. Her har man lagt for mange opgaver over til kommunerne. Fremover skal en række kommuner forhandle sig frem til indsatsen for et bedre vandmiljø i de store å-systemer, f.eks. Gudenåen. Hver enkelt kommune kan have særlige interesser vedr. placering af landbrug og udledningstilladelser til spildevand. En kommune "oppe i å-systemet" kan have tilskyndelse til at være særlig lempelig med tilladelser for at tiltrække erhverv og skatteindtægter, men miljøomkostningen vil i høj grad blive båret af kommunerne længere "nede i å-systemet".

Derudover er det et problem, at netop godkendelser af virksomheder mv. ofte kræver særlig faglig og teknisk ekspertise, som ikke man kan forventes at have i selv ganske store kommuner.

De foreslåede servicecentre, *jf. udkast til lovforslag om kommunale servicecentre*, rejser flere problemer, der alle berører borgernes retstilstand.

I henhold til lovforslaget giver servicecentrene bl.a. vejledning og information inden for hele skatteområdet, herunder også told, moms og afgifter.

Det fremgår, at denne service alene er af administrativ karakter, men hvorledes skelner borgeren mellem administrativ sagsbehandling, egentlig sagsbehandling og reel myndighedsudøvelse.

Som eksempel kan nævnes en borger, der henvender sig til kommunens servicecenter for at få en forhåndstilkendegivelse om, en udgift til særlig pensionsindbetaling eller køb af andeparter kan give anledning til et skattefradrag af en bestemt størrelse.

Hvorledes er borgeren stillet, hvis den "afgørelse", som er truffet af servicecentret senere bliver "omstødt" af fagforvaltningen under den statslige myndighed.

Det fremgår ikke af lovforslaget eller bemærkninger hertil, hvordan man vil forebygge, at disse situationer opstår, herunder hvilke tiltag med hensyn til opkvalificering af personalet, man har overvejet.

LO er ligeledes skeptisk over for, at kommunerne står til at overtage eneansvaret for *erhvervsservice*. Det forekommer usandsynligt, at der vil kunne eksistere en tilstrækkelig faglig bæredygtig organisation i hver kommune, og det giver samtidig problemer i forhold til at koordinere med og implementere den indsats, som efter lovudkastet skal tilrettelægges i de regionale vækstfora.

#### 4. Udvidet bemyndigelse og kompetence til ministre

I forbindelse med høringer er det alene muligt at tage stilling til selve lovteksten. Såfremt lovforslaget indeholder bemyndigelser til ministeren, opstår der uklarhed med hensyn til, hvorledes reformen/loven i sidste ende vil blive udmøntet.

Antallet af bemyndigelser til ministre er i de udsendte udkast til lovforslag meget vidtgående. Ifølge professor Jacob Torfing fra Roskilde UniversitetsCenter er der kommet over 200 nye ministerbemyndigelser i den samlede lovpakke. Dette bidrager til indtrykket af, at mange forhold er uafklarede og begrænser bl.a. fagbevægelsens adgang til at gennemskue konsekvenserne af reformen.

*Udkast til lovforslag om regionernes finansiering* indeholder på væsentlige områder for regionerne bemyndigelser og kompetence til henholdsvis finansministeren og indenrigs- og sundhedsministeren.

Således fastsættes det generelle statstilskud til regionerne af finansministeren, ligesom indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer reglerne for beregning af regionernes udgiftsbehov og tidspunktet for afregning.

Endvidere bemyndiges ministeren til i ganske særlige tilfælde at ændre tilskud eller bidrag, hvis der efterfølgende konstateres fejl i beregningsgrundlaget.

Også på det sociale område er eksempler på udvidede bemyndigelser, *jf. udkast til forslag til lov om social service og Ændring af lov om retssikkerhed og administration og andre love.*

En række besværlige problemer i forbindelse med kommunalreformen på det sociale område er midlertidigt udskudt ved at foreslå en bemyndigelse til socialministeren.

Det gælder for eksempel 1) Den årlige rammeaftale mellem kommunerne om indhold og omfang af de regionale tilbud, hvor socialministeren kan fastsætte nærmere retningslinjer, 2) udformningen af den fremtidige rådgivningsorganisation VISO, 3) kommunernes overtagelse af regionale institutioner, 4) det centrale informations- og analysesystem samt 5) rammerne for drøftelserne af opgavefordelingen i 2006.

*Udkastet til lov om opkrævning og inddrivelse af visse fordringer*, der består af 13 paragraffer, indeholder 8 bemyndigelser til henholdsvis skatte- og finansministeren.

Også vedrørende *beskæftigelsesindsatsen* og i *lovudkast om ungdomsuddannelser mv.* er der tilføjet en række nye bemyndigelsesbestemmelser.

*Sundhedsområdet*, som er et omdrejningspunkt for hele strukturreformen, får med *lovudkast om ny sundhedslov og lovudkast om regionernes finansiering* en voldsom centralisering af både den indholdsmæssige og økonomiske styring. Ministeren skal gennem Sundhedsstyrelsen godkende sundhedsaftaler mellem region og kommuner, ministeren fastsætter på samme måde regler for de aktivitetsbestemte tilskud og griber detaljeret ind i regionernes planlægning af sygehusenes specialopgaver.

Det forekommer umiddelbart paradoksalt, eftersom hovedformålet med de større regioner netop var at gøre dem bedre i stand til at udvikle sundhedsvæsenet inden for overordnede rammer.

Bemyndigelserne giver foruden uklarhed om reformens konsekvenser også risiko for mindre demokrati i styringen af den offentlige sektor. I praksis sker mange ministerbemyndigelser på foranledning af embedsmændene, hvilket ikke behøver skade kvaliteten, men der er stor risiko for, at det fører til mindre gennemsikkelighed og dermed ringere demokratisk opsyn med selve lovprocessen.

## 5. Lovsjusk og gråzoner

Den hastighed, reformen gennemføres med, betyder, at det demokratiske - og fejlkorrigende - element som høring af relevante organisationer m.fl., ikke virker. Høringsfristerne er urimeligt korte, og processerne bliver mere staffage end reelle.

Dette indebærer en åbenbar risiko for, at lovgivningsapparatet overanstreges med lovsjusk til følge. Der har allerede, også fra juridisk ekspertise, være advaret herom.

På *beskæftigelsesområdet* og *erhvervsfremmeområdet* har LO taget konsekvensen og sigter mod at aflevere høringssvar inden jul. Altså et godt stykke tid inden udløbet af høringsfristen.

Et markant eksempel på risikoen for lovsjusk vedrører forslaget til *lov om skatte- og ejendomsvurderingsforvaltning*. Her fremlægges forslag, før man ifølge bemærkningerne gennemfører en analyse af forslagets konsekvenser.

Udkastet til *forslag om kommunernes fremtidige varetagelse af visse opgaver på kørekort- og pasområdet som led i kommunalreformen* kan blive et eksempel på, at der opstår grænseproblemer med hensyn til opgavevaretagelsen mellem forskellige offentlige myndigheder.

Borgerne skal i henhold til forslaget ansøge om pas og kørekort ved henvendelse til kommunen. Det vil imidlertid fortsat være politiet som prøver, tilkender og evt. frakender et kørekort, hvorfor administrationen vil være delt mellem kommunen og politiet.

Da de kommunale myndigheder ikke har adgang til kriminalregistret vil alle sager med anmærkninger i pas- og kørekortregistret skulle sagbehandles hos politiet, hvorfor kommunerne i hvert enkelt tilfælde skal sikre disse oplysninger indhentet hos politiet.

Problemerne karakter har en stor grad af lighed med den manglende afklaring af *servicecentrenes* kompetencer.

I begge tilfælde risikerer man forringet kvalitet i den offentlige opgaveløsning.

I forhold til *beskæftigelsesindsatsen* har LO peget på en lang række af uklarheder i forhold til arbejds- og kompetencefordelingen mellem forskellige myndigheder. Her skal fremhæves, at der ikke er placeret et entydigt ansvar for metode- og redskabsudviklingen, der i dag udføres af AF. Den risikerer derfor at "falde ned mellem to stole". Man har heller ikke defineret vilkårene for beskæftigelsesindsatsen, hvis to kommuner indgår samarbejdsaftale.

På det *særlige sociale område* sker der en opsplittning, når det gælder børn og unge med særlige behov. Institutioner til handicappede børn skal som udgangspunkt drives af regionerne, mens institutioner og tilbud til børn/unge, som på grund af sociale eller adfærdsmæssige problemer har behov for at blive anbragt uden for hjemmet, skal varetages af beliggenhedskommunen. Udkastet til lovforslag anfører blot, at man er i gang med en

"kortlægning", så man senere kan tage stilling til, hvilke institutioner der hører til det ene og det andet sted.

I udkast til forslag til *lov om forpligtende kommunale samarbejder* bemyndiges Indenrigs- og sundhedsministeren til at udpege (under hensyn til kommunernes ønsker), hvilken kommunalbestyrelse, der skal varetage ansvaret for de enkelte opgavers udførelse, idet der lægges op til, at kun én af kommunerne kan varetage opgaverne. De øvrige kommuner delegerer dette ansvar. Lovudkastet indeholder ikke mulighed for, at samarbejdet kan opløses, men en sådan mulighed vil måske blive indarbejdet i den efterfølgende ny inddelingslov, som ministeren ifølge dette forslag vil bekendtgøre inden 1. juli 2005.

Delegationen indebærer også risiko for, at personalets loyalitet og tilhørsforhold havner i en gråzone. En ansat, der i dag arbejder i en kommune, der uddelegerer en opgave til en nabokommune og derfor virksomhedsoverdrages, vil kunne få problemer, fordi den politiske beslutning om serviceniveauet, fortsat er et anliggende for den enkelte kommune, mens selve udførelsen af opgaven lægger hos delegationskommunen.

Man kunne nedbringe risikoen for lovsjusk ved at give bedre tid til høringsprocessen. Derudover kunne man i højere grad have benyttet sig af forsøgsprojekter. LO har tidligere foreslået, at beskæftigelsesindsatsen ikke ændredes, før man havde overblik over de igangværende forsøg med større samspil mellem kommuner og AF. Derudover forekommer det oplagt, at de mange uklarheder omkring servicecentrenes kompetencer burde søges løst gennem forsøg, før man hengav sig til lovgivning.



## Personaleforhold ved den forestående kommunalreform

LO har modtaget udkast til en række af regeringens lovforslag i forbindelse med den forestående kommunalreform med henblik på vores bemærkninger. LO vil kommentere flere af de enkelte lovforslag hver for sig. Imidlertid vil LO i dette notat samle op på nogle generelle synspunkter om regeringens håndtering af personalet og organisationernes forhold.

Overordnet er det LOs opfattelse at regeringens model for overflytning af medarbejdere og inddragelse af personale og organisationer er særdeles mangelfuld.

Kommunalreformen er netop kendetegnet ved, at store grupper af ansatte skal skifte arbejdsgiver, og for nogles vedkommende også fysisk vil opleve ændrede vilkår.

Ifølge en opgørelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i alt 145.800 personer kunne indtræde i ny overenskomster som følge af strukturreformen. Hertil skal lægges ansatte i Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS). Desuden vil skønsmæssigt 100.000 ansatte, der berøres af primærkommunale sammenlægninger skulle skifte arbejdsgiver, (jf. tabel 1).

**Tabel 1. Personale, der skal skifte arbejdsgiver efter strukturreformen**

	1.000 personer
Fra amter til regioner	108,2
Fra amter til stat	16,9
Fra amter til kommuner	14,5
Fra kommuner til stat	6,2
Fra HS til regioner	18,1
Kommunesammenlægninger	100,0
<b>I alt</b>	<b>263,9</b>

De ansatte er hovedressourcen i den offentlige sektor. Derfor er det naturligt, at reformens indflydelse på de nuværende ansattes fremtidige beskæftigelses- og ansættelsesvilkår bliver af afgørende betydning for vurderingen af reformen, herunder processen ved reformens gennemførelse.

I de fleste lovforslag har regeringen lagt op til den samme model for overflytning af de ansatte, som er kendt fra det allerede fremsatte forslag til en samlet statslig told- og skatteforvaltning. Og som personaleorganisationerne dengang gjorde opmærksom på er modellen på en række områder ikke god nok. Det er blevet tydeligere ved en gennemgang af hele regeringens reformpakke. Der burde have været lagt mere vægt på en grundig forberedelse, en garanti for personalets vilkår og bedre inddragelse af det berørte personale og deres organisationer. Nu skaber reformpakken i stedet



usikkerhed om personaleforholdene fremover. Man må frygte at reformen vil følges af afskedigelser og afvandring af de bedst kvalificerede, forringelser af de overflyttedes løn- og ansættelsesvilkår, urimeligt store geografiske forflytninger og manglende forankring hos de ansatte og organisationerne.

LO har tidligere sammen med FTF og AC i brev til Statsministeren givet udtryk for bekymring over den vægt, der tilsyneladende lægges på nedskæringer i antallet af offentligt ansatte som følge af strukturreformen. Bekymringen er blevet bekræftet med bl.a. det underbudgetterede forslag til en statslig told- og skattemyndighed og ved at der ikke i nogle af lovforslagene er afsat penge til selve omstillingsprocessen.

En anden væsentlig usikkerhed for de berørte ansatte, skyldes en mulig udvidelse af deres ansættelsesområde, nye arbejdssteder og nye arbejdsopgaver. Det stiller krav om, at man går tålmodigt til værks og beslutningerne er gennemsigtige.

Politiske udsagn om jobgarantier, der ikke har hold i personalejuraen, kan ikke kompensere for usikkerheden. Det bør derfor som minimum i bemærkningerne til alle lovforslag anføres, at evt. personalereduktion skal ske ved naturlig afgang. Kravet er at betragte netop som et minimum, da naturlig afgang ikke kun indebærer fratræden til pension, men også omfatter personer der - evt. som konsekvens af strukturreformen - finder et nyt arbejde. En række nylige undersøgelser peger på, at ca. 10 pct. af de offentligt ansatte skifter arbejdsgiver hvert år.

En henvisning til, at de ansatte følger med opgaven og at lov om virksomhedsoverdragelse er gældende i forbindelse med gennemførelsen af reformen, må ikke forveksles med en beskæftigelsesgaranti. Loven fastlægger som bekendt alene vilkårene for ansættelsen efter overdragelsen, men forpligter ikke til at beskæftige de berørte lønmodtagere. LO anerkender, at selve omlægningen for overenskomstansatte sker efter virksomhedsoverdragelsesloven. Det bør dog efter LO's opfattelse fremhæves, at alle medarbejdere i den forbindelse er sikret mod lønnedgang og forringelser i fx pensionsvilkår som følge af overgangen. Det bør også afklares hvilken sikkerhed der skal gælde for de ansatte som flyttes mellem f.eks. statslige myndigheder. Endelig bør det afklares hvordan man vil håndtere den situation, at medarbejdere med forskellige løn og ansættelsesvilkår kan komme til at skulle udføre samme arbejdsopgaver hos samme ansættelsesmyndighed.

Loven om en statslig skatteforvaltning er fremsat som en lakmusprøve på regeringens reformmodel, og viser klart, at der ikke er nogen garanti for løn- og ansættelsesvilkår. I dette lovforslag fremgår det udtrykkeligt, at de tidligere kommunalt ansatte vil få fastfrosset deres løn indtil den statslige overenskomst har indhentet dem, ligesom deres pensionsmæssige forhold forringes. For de statsansatte vil det også være uacceptabelt, at der bliver ulige ansættelsesvilkår for de samme arbejdsopgaver, ligesom det er uacceptabelt at stille de statslige organisationer i en situation, hvor de ved overenskomstforhandlingerne skal betale for kommunalreformens følger.

Det er for øvrigt uafklaret i hvilket omfang reformen giver anledning til nye kollektive overenskomster. Særligt på det nuværende amtslige område, hvor størsteparten af de berørte grupper er ansat, jf. tabellen ovenfor, er det usikkert om de nuværende amtslige overenskomster umiddelbart skal fortsætte, idet der er tale om en sådan identitet mellem regioner og amter, at regionerne fortsat vil være forpligtet som

overenskomstpart. LO antager, at henvisningen til virksomhedsoverdragelsesloven ikke omfatter de kollektive overenskomsters overgang. Men dette behandles ingen steder i lovforslagene. Regeringen bør allerede nu melde ud, om nogle myndigheder ensidigt agter at frasige sig de overenskomster, som de overflyttede medarbejdere tidligere har været omfattet af.

Efter LOs opfattelse bør man også præcisere, hvilke ansættelsesvilkår man så vil tilbyde de virksomhedsoverdragne medarbejdere, når deres tidligere overenskomstfastsatte rettigheder udløber i henhold til den kollektive overenskomst.

Særligt for tjenestemænd fastslås det i forslaget på den ene side, at tjenestemænd som flyttes mellem myndigheder bevarer deres ansættelsesvilkår, herunder deres tjenestemandspension. På den anden side fremgår det udtrykkeligt af bemærkningerne, at i hvert fald de kommunale tjenestemænds ansættelsesområde udvides, og at tjenestemænd fremover vil kunne være forpligtet til at overtage en anden passende stilling inden for det nye, men uden for deres gamle, ansættelsesområde. For en stor del af tjenestemændene vil det umiddelbart indebære en voldsom stor geografisk udvidelse af deres ansættelsesområder. Eneste begrænsning er ifølge lovbemærkningerne, at flytninger ikke må være særligt indgribende overfor den enkelte, svarende til den almindelige beskyttelse i tjenestemandreglerne om at en stillingsændring skal være passende for den enkelte. For de overenskomstansatte, er der ikke nævnt noget om hvor store geografiske flytninger, de risikerer at skulle tåle.

Regeringen har selv fremhævet, at den lægger afgørende vægt på tryghed for de ansatte, der berøres af kommunalreformen, og at reformen skal gennemføres på en god og ordentlig måde. Set i det lys bør ministeriet genoverveje, hvilke geografiske udvidelser de ansatte skal pålægges. For overenskomstansatte indeholder ansættelsesforholdet i sig selv en geografisk grænse. Tilsvarende skal LO fremhæve, at tjenestemandreglerne ikke forhindrer, at ansættelsesområdet for de overflyttede tjenestemænd afgrænses til mindre geografiske enheder end f.eks. samlede statslige myndighed.

For så vidt angår tjenestemandspensionen, fremgår det af lovforslagene, at tjenestemændenes pensionsret ikke vil blive forringet med sammenlægningen. LO går ud fra, at pensionsretten dækker både pensionsalder og pensionsbeløb. Således forstår LO bemærkningerne sådan, at den enkelte tjenestemand ikke vil opleve nogen ændring i sine pensionsmæssige vilkår. Andet ville da også have karakter af ekspropriation.

For den enkelte medarbejder vil der som nævnt kunne blive tale om væsentlige ændringer i arbejdsopgaver og arbejdssted. Det gør det særligt nødvendigt at den enkelte inddrages i processen. Det giver derfor anledning til store betænkeligheder, når det i *udkast til lovforslag om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen* nævnes, at de ansatte senest i august 2006 blot vil få en meddelelse om, hvilken myndighed de skal overføres til, men at forvaltningsloven ikke vil blive anvendt, hvilket bl.a. betyder, at de ansatte ikke bliver hørt. Disse bemærkninger viser for det første, at når man "flytter med opgaven" betyder det blot, at man får at vide hvilken myndighed, man skal flytte til. Heri ligger intet om den ansattes placering og opgaver hos den nye ansættelsesmyndighed. For det andet vil nogle ansatte blive pålagt væsentlige ændringer i deres ansættelsesvilkår, som må sidestilles med en afskedigelse. Det er uacceptabelt, hvis de sædvanlige

forvaltningsretlige og tjenestemandretlige sagsbehandlingsregler ikke skal anvendes i sådanne tilfælde. Tværtimod bør den enkelte medarbejder meget mere aktivt inddrages i planlægningen af sine fremtidige arbejdsopgaver og placering end forvaltningslovens minimumsregler tilsiger det.

Generelt er det afgørende, at de ansatte så tidligt som muligt får endelig klarhed over deres præcise fremtidige placering og arbejdsopgaver. For de medarbejdere som får ændret deres ansættelsesvilkår væsentligt vil august 2006 ikke være tidligt nok, da nogle har individuelle opsigelsesvarsler på op til 6 måneder. Sidste frist for varsling af de præcise ansættelsesvilkår vil altså være i juni 2006. LO skal også opfordre til at man orienterer alle medarbejdere på samme tid i de enkelte myndigheder/institutioner, så der på én gang er skabt klarhed over alles vilkår efter 1. januar 2007.

I udkastet til *lov om erhvervsfremme og ophævelse af lov om kommuners og amtskommuners deltagelse i erhvervsudviklingsaktiviteter* vedrører opgaveflytningen fortrinsvis ansatte i de selvejende erhvervsservicecentre, som i dag finansieres med 50 pct. af staten og 50 pct. fra amter og kommuner. De ansatte får ifølge udkastet ikke garanti for at flytte med opgaverne eller blive omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven. LO er meget betænkelig ved at personale i selvejende institutioner, som udfører offentlige opgaver, tilsyneladende ikke får samme rettigheder ved reformen, som de øvrige ansatte. Herunder en garanti for at ingen bliver afskediget som følge af reformen.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en dårlig håndtering af personalets vilkår og inddragelse ved omstillingsprocesserne kan give risiko for voksende søgning væk fra den offentlige sektor. Derved forøges det i forvejen udbredte rekrutteringsproblem, som kendetegner store dele af amter og kommuner allerede i dag. Det vil oven i købet ikke kunne udelukkes, at de mest kompetente medarbejdere, der må formodes at have bedst mulighed for at opnå anden beskæftigelse, vil forlade sektoren i forholdsvis stor grad.

Tidligere erfaringer med sammenlægninger og fx skattesamarbejder på tværs af kommuner har vist, at en succesfuld omlægning i vidt omfang afhænger af, om personalet og organisationerne inddrages i processen. Derfor efterlyser LO, at regeringen i sine udkast forholder sig til vigtigheden af, at personalet og organisationerne på et tidligt tidspunkt inddrages og får indflydelse på processen. Herunder er det også vigtigt, at der skabes rammer for fælles drøftelser mellem MED/SU-udvalgene på tværs af det statslige og kommunale område. I den forbindelse bør det også præciseres, at tillidsrepræsentanterne får bedst mulige vilkår for at udføre deres hverv i forbindelse med strukturreformen.

Det er ikke nok med ren og skær underretningsfunktion, som der lægges op til i lovforslaget om *proceduremæssige spørgsmål*. Tværtimod er det nødvendigt at inddrage personalet og deres repræsentanter aktivt i processen, herunder som deltagere i delingsråd og forhandlingerne om overførsel af personale, aktiver og passiver.

Ifølge *lovforslagene om den kommunale inddeling og lov om regioner* får Sammenlægningsudvalgene og de regionale Forberedelsesudvalg mulighed for at ansætte og afskedige medarbejdere til administrativ bistand f.eks. i "overgangsperioden 2006". Der tages ikke stilling til, om disse medarbejdere skal

komme fra de allerede eksisterende forvaltninger, eller om der er tale om nye ansættelser. Hvis man vælger, at ansætte nye folk til sammenlægnings- og forberedelsesudvalgene, er der en risiko for, at de bliver bedre stillet end medarbejdere, som allerede er ansat i de gamle kommuners og amters sekretariater. LO mener, at der er tale om endnu et uacceptabelt usikkerhedsmoment for de nuværende ansatte at de sådan kan overhales inden om i forhold til sammenlægnings- og forberedelsesudvalgenes administrationer. Dertil kommer, at der skal tages stilling til, om nyansatte i sammenlægnings- og forberedelsesudvalgene er omfattet af regeringens såkaldte jobgaranti.

Efter kommunalreformen kan det forventes, at der i de offentlige myndigheder vil blive arbejdet med nye styreformer i f.eks. kommuner og regioner. Det fremgår bl.a. klart af Kommunernes Landsforenings høringssvar. Hvis der i den forbindelse eksperimenteres med nye ledelsesformer, skal myndighederne være særligt opmærksomme at sikre en fortsat reel mulighed medindflydelse og dialog mellem ledelse og de ansatte.

I øvrigt kan LO generelt bakke op om KTO's og CFU's høringssvar.

Kopi til Lisa, 2.5

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

CENTER FOR SMÅ HANDICAPGRUPPER

INDGÅET I

-7 JAN 2005

6. januar 2005


1. Ø

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

Den 1. december 2004 modtog Center for Små Handicapgrupper oven-  
nævnte lovforslag til høring.

Vedlagt er Center for Små Handicapgruppers høringssvar.

Med venlig hilsen

  
Elisabeth Kampmann Hansen  
Centerleder

Bredgade 25  
Sct. Annæ Passage,  
opg. F, 5. sal  
1260 København K

Telefon 33 91 40 20  
Fax 33 91 40 19

csh@csh.dk  
www.csh.dk

Centre for Rare  
Diseases and  
Disabilities

Center for Små Handicap-  
grupper informerer og  
rådgiver mennesker med  
handicap, pårørende og  
fagfolk om sjældne sygdomme  
og handicap. Centret er en  
landsdækkende, selvejende  
institution under Social-  
ministeriet.

# Høringssvar til Lov om Sundhed

Det følgende er Center for Små Handicapgrupper (CSH) høringssvar til Lov om Sundhed. Høringssvaret indeholder en række specifikke kommentarer til to af kapitlerne i loven.

## Kapitel 48 – Odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion

*Specifikt til § 158 og 159:*

Til bemærkningerne: Ifølge "Lov om tandpleje" § 6c skal der tilbydes en højt specialiseret, odontologisk rådgivning, udredning og behandling, hvis den til grund liggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænderne, munden eller kæberne. En række sjældne sygdomme og handicap indebærer svære tandmangler eller tandmisdannelser, og patienterne har behov for omfattende rehabilitering af protetisk karakter (f.eks. ektodermal dysplasi, osteogenesis imperfecta, amelogenesis imperfecta).

Desværre har amterne hidtil kun været forpligtet til at tilbyde denne højt specialiserede, odontologiske rådgivning, udredning og behandling vederlagsfrit til børn og unge under 18 år. Mennesker med sjældne sygdomme og handicap har ofte tandmisdannelser og – eller tandmangler af en sådan sværhedsgrad, at omfattende protetisk behandling bør udføres i tidlig alder. Ingen kan dog forvente, at denne behandling har livslang holdbarhed, og der vil senere i livet opstå behov for revisioner og ændringer. Med de gældende regler har amtsrådene ikke mulighed for at tilbyde den nødvendige, højt specialiserede behandling til sådanne revisioner, idet tilbuddet om protetisk rehabilitering i mundhulen kun gives som en én-gangsydelse. Samtidig efterlader disse regler helt den gruppe i stikken, hvor problemerne ikke opstår i en tidlig alder, men først senere i livet.

Af Lov om Sundhed fremgår det, at det er intentionen at fastholde amternes forpligtelser i regionsrådene. Regionsrådene får således pligt til at tilbyde højt specialiseret rådgivning, udredning og behandling af patienter med sjældne sygdomme og handicap, som har specielle problemer i tænder, mund eller kæber. Andet vil ikke forekomme rimeligt og står i stærk kontrast til regler og praksis, når det gælder anden form for protetisk rehabilitering (ben-, hofte-, øjen-, hjerteklap- mv), behandlinger der alle er omfattet af sygehusloven.

CSH støtter denne forpligtelse, men opfordrer samtidig Sundhedsministeriet til, at de reviderede retningslinierne for den kommende regionstandpleje, giver mulighed for at tilbyde livslang behandling til de mennesker med sjældne handicap, der ofte er hårdt ramt på grund af deres sygdom eller handicap, så de får et værdigt og kvalificeret behandlingsforløb.



Hospice

Kopi til Lisa, z.s.

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

INDGÅET I

Frederiksberg d. 6. januar 2005

7 JAN. 2005

1. Ø

Vedr. 2.s.kt.j.nr. 2004-1200-59 - Høringssvar

Med henvisning til "Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område" har vi fra Den Danske Diakonissestiftelse og Diakonissestiftelsens Hospice følgende kommentarer.

Kapitel 6 Selvbestemmelse i særlige tilfælde

**Kommentar til afsnittet:** Behandling af uafvendeligt døende

Da det ikke altid er muligt at indhente informeret samtykke hos uafvendeligt døende patienter ville det være ønskeligt om disse patienters retsstilling blev præciseret i lovforslagets kapitel 6.

Eksempelvis ved at inddrage dele af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20.12.02:

"Vejledning i medikamentel palliation i terminalfasen"

*"Ved beslutninger om palliative interventioner, hvor det ikke er muligt at indhente informeret samtykke skal behandlingsindikationen, information, teknik, dosering, ændring heraf, samt begrundelse herfor journalføres tillige med en løbende beskrivelse af patientens tilstand.*

*Patienten skal så vidt muligt være informeret om forventede virkninger og bivirkninger ved behandlingen og have givet samtykke til sådanne beslutninger. Hvis patienten ikke kan informeres og give sit samtykke, kan lægen handle i varetægelse af patientens interesse, såfremt de øvrige kriterier er opfyldt.*

*En samlet fælles information kan være hensigtsmæssig da tæt dialog og samarbejde ubetinget er et grundlag for at sikre patient og pårørende det bedste forløb, velvidende at pårørende dog ikke har et lovgivningsmæssigt krav på dette."*



## Hospice

### Kapitel 10 Tolkebistand

#### **Kommentar**

Vi har enkelte gange haft patienter indlagt, hvor det har været nødvendigt at anvende tolk. Udgifterne hertil har vi hidtil dækket. Det er imidlertid temmelig bekosteligt, da vores behov for tolkebistand som oftest er meget omfattende. Lovforslaget mangler en præcisering af, at Regionerne også yder vederlagsfri tolkebistand til patienter indlagt på Hospice, dvs. på en selvejende institution som drives med offentlig driftsoverenskomst.

### Kapitel 17 Sygehusbehandling mv. og Kapitel 73 Ydelser i sygehussektoren

#### **Kommentar til § 79, stk. 2, § 81, stk. 2, § 229, stk. 1 og 4**

Siden juli 2000 har det været gratis for alle patienter at være indlagt på Diakonissestiftelsens Hospice. Indenfor den årlige fastsatte økonomiske ramme ydes der således vederlagsfri behandling til patienter indlagt på Hospice.

Vi anser det for tvingende nødvendigt, at den økonomiske ramme som Regionerne skal afsætte tilpasses de faktuelle udgifter, som palliativ pleje og behandling af høj kvalitet på et hospice koster.

### Kapitel 19 Frit sygehusvalg

#### **Kommentar**

Siden vi kom ind under sygehusloven i juli 2000 har det været muligt for alle borgere i Danmark at søge indlæggelse på Diakonissestiftelsens Hospice.

I praksis har det vist sig kun at være et mindretal udenfor Københavnsområdet, som benytter sig af denne mulighed. Årsagen hertil skal ses i, at patienter også i den sidste fase af deres liv har et helt naturligt behov for at være tæt på det netværk, som altid har været en del af deres liv. Kun i de tilfælde, hvor familien bor i Københavnsområdet giver det mening for den patient, som er bosiddende langt herfra at søge om ophold her.

Vi ønsker at bevare det frie sygehusvalg i relation til Diakonissestiftelsens Hospice, men det ville være ønskeligt om også de fremtidige hospicer blev omfattet af frit valg, således at alle borgere i Danmark får lige mulighed for at vælge, hvor de vil tilbringe deres sidste tid.





## Hospice

### Kapitel 58 Kvalitetsudvikling og Kapitel 59 Forskning

#### **Kommentar**

Udviklingen indenfor det palliative felt er i hastig udvikling. Det er vigtigt vedvarende at gøre brug af den store viden og erfaring, der allerede er etableret i de eksisterende palliative tilbud.

Det henstilles derfor, at hver region nedsætter et tværfagligt råd bestående af relevante fagpersoner, ansat i det palliative felt, dvs. på hospice, palliative enheder og palliative teams med henblik på at sikre:

- samme kvalitative tilbud til borgerne i hele regionen
- en hensigtsmæssig koordination af opgaverne i regionen
- en bedst mulig udnyttelse af de økonomiske ressourcer
- en samlet indsats vedrørende uddannelses tilbud til det tværfaglige personale

#### **Kommentar**

"Et klart formuleret mål med kommunalreformen er at sikre en høj kvalitet i sundhedsydelserne og en ensartet høj kvalitet på landsplan."

Almindelige bemærkninger til lovforslaget side 9

På det palliative område er der også et stort behov for at styrke udviklings- og forskningsarbejdet for at sikre en høj og ensartet kvalitet i den palliative indsats på landsplan. For at imødekomme dette behov arbejdes der blandt andet med at få etableret én fælles elektronisk patientjournal til brug for hospice, hjemmehospice og palliative teams i Danmark.

Vi henstiller til, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet støtter op om dette initiativ.

Med venlig hilsen

Helle Tingrupp  
Hospicechef  
Diakonissestiftelsens Hospice

Hanne Thomsen  
Generalsekretær  
Den Danske Diakonissestiftelse