



Åbent brev til
Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Strukturreformens konsekvenser for statsamterne

Kære Lars Løkke Rasmussen

Ved gennemførelsen af strukturreformen bliver der foretaget omfattende ændringer i den offentlige sektor. Disse ændringer har gennemgribende betydning for borgerne og for de offentligt ansatte, som bl.a. skal levere service til borgerne.

DJØFs fokus under reformen er vores medlemmers karrieremuligheder samt deres løn- og ansættelsesvilkår. Vi er derfor som udgangspunkt af den opfattelse, at den offentlige sektors struktur alene er et politisk anliggende. Vi kan dog konstatere, at den planlagte struktur for de regionale statsforvaltninger giver anledning til stor usikkerhed om, hvor den enkeltes job flyttes hen.

Denne usikkerhed bliver så meget større, for så vidt angår statsamterne, da den valgte struktur f.eks. indebærer, at formentlig en væsentlig del af jobbene i Århus Statsamt flyttes til Ringkøbing, hvilket giver en transporttid på 3 timer hver vej med offentlig transport. Samtidig kan vi konstatere, at forslag til lov om visse procedurermæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen ikke gælder for opgaveflytninger mellem statslige myndigheder. Det medfører, at de ansatte ved statsamterne ikke er omfattet af den beskyttelse, der ligger i det nævnte lovforslags § 5, hvoraf fremgår følgende:

Ved overførsel af opgaver til flere myndigheder på samme forvaltningsniveau sker overførslen af aktiver og passiver, rettigheder og pligter samt ansatte alene til de myndigheder, der helt eller delvis er beliggende inden for det geografiske område for den myndighed, hvorfra opgaven overføres.

DJØF har ved flere lejligheder fremført, at regeringens ansættelsesgaranti risikerer at blive en tom skal, hvis det job, man tilbydes efter reformen, er placeret så langt væk, at man reelt ikke har mulighed for at varetage jobbet. Denne risiko, mener vi, er særdeles aktuel, når man f.eks. taler om en flytning af jobbet fra Århus til Ringkøbing. Eller fra Odense til Åbenrå. Vi har derfor valgt at knytte nogle bemærkninger til strukturen for de regionale statsforvaltninger.

Ved etableringen af de regionale statsforvaltninger har man lagt vægt på, at statsforvaltningerne skal være den regionale statslige myndighed, der kan varetage statslige opgaver på områder, hvor det vurderes, at der er fordele ved at lægge

J.nr. 24.09-0281-2004

20.12.2004

Danmarks Jurist- og
Økonomforbund
Gothersgade 133
Postboks 2126
1015 København K

Telefon 33 95 97 00
Telefax 33 95 99 99

djoef@djoef.dk
www.djoef.dk

A C-J nr.

- 6 JAN. 2005 200400622/75

Medt.

sagsbehandlingen – og den dermed forbundne borger- og myndighedskontakt – i de lokale områder. Man har derfor valgt at etablere 5 regionale statsforvaltninger, hvoraf de 4 regioner ud over hovedsædet også har afdelingskontorer. Den nærmere opgavefordeling mellem hovedsæderne og afdelingskontorerne er ikke berørt i lovforslaget om regionale statsforvaltninger.

Hensynet til at borgerne kan få en optimal betjening lokalt tilsiger dog, at afdelingskontorene får en vis størrelse af hensyn til den faglige bæredygtighed i hver enhed. Princippet om faglig bæredygtighed fører naturligvis også til, at de nye hovedsæder ligeledes skal have en fornuftig størrelse. Afdelingskontorer af en vis volumen vil sikre, at borgerne kan få en god rådgivning, så lokalt som muligt, gøre hver enhed mere driftssikker, samt mindske antallet af jobs som flyttes langt.

Opmærksomheden skal endvidere henledes på, at der i de statsamter som pr. 1. januar 2004 som følge af ændringen af den kommunale styrelseslov fik tillagt tilsynet med kommunerne er opbygget et fagligt miljø, som risikerer at blive ødelagt i forbindelse med en flytning.

Da flytning af jobs over længere afstande næppe kan undgås, vil vi endvidere foreslå, at der afsættes midler til afhjælpning af generne ved en flytning af jobbene. Dette vil sende et positivt signal til de berørte medarbejdere, hvis engagement vil være afgørende for reformens succes.

Vi kan i den forbindelse foreslå, at der etableres mulighed for nogle dage om ugen at arbejde hjemme eller på afdelingskontoret, at der indgås aftale om forlængelse af den periode, hvor der kan ydes transportgodtgørelse samt, at der afsættes midler og tid til kompetenceudvikling af medarbejderne. For de medarbejdere, hvis jobs flyttes over længere afstande, vil det af personalepolitiske hensyn være naturligt også at se på kompetenceudvikling, som kan hjælpe disse medarbejdere med at finde et job lidt tættere på den nuværende bopæl.

DJØF står naturligvis til rådighed for en nærmere drøftelse af ovennævnte forslag.

Med venlig hilsen

Søren Burcharth
Formand for DJØFs Overenskomstforening

BF's bemærkninger til lovforslag inden for Indenrigs- og sundhedsministeriets område

Forslag til lov om kommunale borgerservicecentre

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at borgerservicecentre skal være borgernes entydige indgang til det offentlige. Det medfører bl.a., at borgerservicecentre skal have en åbningstid, der matcher borgernes behov, at centrene skal tilbyde borgerne digitale selvbetjeningsløsninger samt bistand til digital selvbetjening eller digital informationssøgning. Det fremgår endvidere, at borgerservicecentre kan placeres på rådhusene og at decentrale borgerservicecentre kan kombineres med "lokalcenter-lignende" funktioner.

Bibliotekarforbundet skal her bemærke følgende. I de nye kommuner får bibliotekerne mulighed for at virke som en samlende faktor for borgerne. En institution, der er med til at binde borgerne sammen i de nye kommuner. Bibliotekerne indgår allerede i dag i mange tværinstitutionelle samarbejder i kommunerne, f.eks. med skolernes pædagogiske servicecentre, daginstitutionerne, turistinformationen m.v.. Der er ingen tvivl om, at bibliotekerne i årene fremover får en større rolle at spille i lokalområderne samt i mødet mellem borgeren og det offentlige. Derudover får bibliotekerne i højere og højere grad en funktion som læringscenter.

Bibliotekerne tilbyder og formidler i dag en bred vifte af information, afholder kurser i informationssøgning, har en tæt dialog med borgerne, har sans for digitale løsninger m.v. Derudover er bibliotekerne en neutral institution, hvis åbningstider matcher borgernes behov.

Bibliotekarforbundet foreslår på den baggrund, at det i lovforslaget indføres, at de kommunale borgerservicecentre forankres i biblioteksorganisationen. Forslaget medfører ikke, at medarbejderne i borgerservicecentre nødvendigvis skal være bibliotekarer. Forslaget har derimod til hensigt at udnytte de kompetencer, der allerede ligger i biblioteksvæsenet samt de mulige synergieffekter. Et organisatorisk og teknologisk eksempel på et område, hvor dette har fundet sted er bibliotek.dk.

DEN ALMINDELIGE DANSKE LÆGEFORENING

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

Hovedbestyrelsessekretariatet

7. januar 2005

J. 302.98

S. 20040001.15

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K



Kopi til Lisa, 2.5
Maj, 20
MIS, 20
NPH
Helle, HK
Schonnam

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 offentliggjort en række lovforslag, der tager sigte på at udmønte kommunalreformen.

Lægeforeningens høringssvar er et fælles høringssvar for Den Almindelige Danske Lægeforening, Foreningen af Speciallæger, Praktiserende Lægers Organisation og Yngre Læger.

Lægeforeningen har forholdt sig til:

Udkast til lov om sundhed,
Udkast til lov om oprettelse af regioner,
Udkast til forslag om regionernes finansiering,
Udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet,
Udkast til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet,
Udkast til lov om regional statsforvaltning samt
Udkast til lov om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen.

Endvidere er der nogle få bemærkninger vedrørende samspillet mellem udkast til sundhedslov og udkast til lov om social service.

For så vidt angår forslag til lov om visse proceduremæssige spørgsmål, hvori de ansættelsesretlige konsekvenser af kommunalreformen for langt de fleste af Lægeforeningens medlemmer er skitseret, henvises der til det høringssvar, der er udarbejdet i samarbejde mellem AC og medlemsorganisationerne og fremsendt som AC's høringssvar af 7. januar 2005.

Lægeforeningens mere generelle betragtninger fremgår af høringssvarets indledning, mens de mere specifikke bemærkninger til de enkelte lovforslag findes på de efterfølgende sider.

Lægeforeningen lægger overordnet vægt på at sikre patienterne:

- et solidarisk sundhedsvæsen gennem fortsat fri og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser
- et sammenhængende sundhedsvæsen
- et sundhedsvæsen baseret på kvalitet, faglighed og planlægning
- et sundhedsvæsen baseret på forskning og uddannelse

Fri og lige adgang

Lægeforeningen har noteret sig, at der i udkast til sundhedslov, § 2, 1) nævnes en let og lige adgang til sundhedsvæsenet og ikke en fri og lige adgang. Foreningen går ud fra, at det ikke med ordvalget tilsigtes at ophæve den visitationsbaserede og behovsbestemte adgang til sundhedsvæsenets ydelser; men at den frie adgang uafhængig af betalingsevne, selv om den ikke er eksplicit nævnt, fortsat er det bærende princip for sundhedsområdet. Lægeforeningen går derfor ud fra, at "lethed" retter sig mod, at patienten på en klar og overskuelig måde fx kan få adgang til den rigtige ydelse og fx få alle relevante oplysninger om frit sygehusvalg. Lægeforeningen foreslår, at dette præciseres.

Et samlet sundhedsvæsen

I forhold til Lægeforeningens høringssvar vedrørende Strukturkommissionens betænkning vil foreningen gerne kvittere for, at der bibeholdes én indgang til sundhedsvæsenet samt et samlet myndighedsansvar for sygehus- og sygesikringsområdet. Endvidere at der lægges op til en styrkelse af Sundhedsstyrelsens rolle i den centrale planlægning og overvågning af sundhedsvæsenet, og at videreuddannelsesreformens videre forløb respekteres.

Risiko for kassetænkning

Der er fortsat behov for at sikre en optimal ressourceanvendelse gennem færre og større enheder med færre akutberedskaber, ligesom der bør anvendes finansieringsmodeller, der understøtter et fagligt funderet sundhedsvæsen og som ikke frister kommunerne til hjemtagingsprojekter. Med lovforslagene er der lagt op til en finansie-

ringsmodel med risiko for kassetænkning, således at de økonomiske hensyn kan blive dominerende i forhold til de fagligt funderede. Efter Lægeforeningens opfattelse er det væsentligt, at hensynet til økonomiske overvejelser ikke må gå forud for den optimale behandling. Dette er en etisk forpligtelse for sundhedsvæsenet.

Ny arbejdsdeling

Den nye arbejdsdeling mellem regioner og kommuner giver anledning til at understrege princippet om, at visitation til undersøgelse, diagnostik, behandling og genoptræning er en lægelig opgave, dvs. indgangen (adgangen) til det behandelende sundhedsvæsen er uændret i forhold til gældende lovgivning. Med hensyn til "udskrivningsproblematikken" er der lagt op til at kunne ændre på patientens vej fra afsluttet behandling tilbage til "samfundet". Kommunerne kan spille en rolle, bl.a. ved at tilbyde pleje, varetage genoptræning og rehabilitering eller oprette patientskoler for kroniske patienter.

Det bør være gennemgående, at den kommunale og den regionale opgaveløsning skal supplere hinanden gennem fornuftige aftaler og ikke konkurrere om at give samme tilbud. Formuleringen af § 3, hvor det præciseres, at regioner og kommuner er ansvarlige for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, sammenholdt med definitionen af behandling i § 5 skaber unødigt tvivl om kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet.

Kommunerne og den danske model

Den nye arbejdsdeling giver også anledning til at understrege, at Lægeforeningen finder det helt afgørende, at løsning af sundhedsopgaver sker på samme faglige grundlag og bedømmes ud fra den samme målestok og de samme indikatorer uanset hvilken myndighed, der har ansvaret for opgaven. Dvs. at den del af sundhedsvæsenets opgaver, der skal varetages af kommunerne - det være sig opgaver, kommunerne allerede har ansvaret for, såvel som nye opgaver - sker på et fælles sundhedsfagligt grundlag med henblik på at sikre kvaliteten af ydelserne. Foreningen ser således frem til, at kommunerne/KL som interessant på sundhedsområdet vil indgå i arbejdet med den danske model for kvalitetsvurdering.

Konflikt i styringsprincipper

Lægeforeningen har noteret sig, at styring af opgaveløsningen på sundhedsområdet med den foreslåede lovgivning vil ske efter to forskellige principper.

Styring af regionerne vil ske på en række områder, fx økonomi, positiv opgaveafgrænsning, sundhedsplanlægning og specialeplanlægning. Regionerne bliver bestyrere af et sundhedsbudget, hvor de centrale myndigheder lægger de overordnede rammer for aktiviteten, økonomisk og indholdsmæssigt. Hensigten med den strammere styring er at få en mere optimal ressourceudnyttelse i det behandlende sundhedsvæsen, herunder en bedre planlægning.

For kommunerne ses ikke tilsvarende stramme styring direkte i lovgivningen, idet styringsredskabet her er kommunalfuldmagten med de muligheder, dette giver. Spørgsmålet er, om den indre balance mellem de ansvarlige myndigheder på sundhedsområdet skrævvrides i og med, at de to parter styres efter så forskellige principper?

Sundhedsfaglig rådgivning

Forudsætningen for, at regionerne og kommunerne kan løse opgaverne på en kvalificeret måde, er faglig rådgivning. Lægeforeningen anbefaler en fælles rådgivningsstruktur for alle regioner og kommuner, således at der tilrettelægges en struktur, der bedst muligt udnytter de faglige ressourcer og sikrer en kvalitativ ensartet rådgivning til såvel store som små kommuner. Lægeforeningen opfordrer derfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet til snarest at fastsætte regler for en rådgivningsstruktur, således at ikke fem regioner og ca. 100 kommuner skal opfinde hver sin model, der kan være mere eller mindre fagligt ressourcekrævende.

Patienter som ressourcer

Det bør overvejes, hvordan patienternes erfaringer kan indgå som en nyttig ressource, fx i forbindelse med planlægning eller overvejelser om tilrettelæggelse af behandlingstilbud.

Bemyndigelsesbestemmelser

Et særligt element er den udstrakte brug af bemyndigelsesbestemmelser. Dette betyder, at det på mange punkter p.t. er vanskeligt at bedømme, hvordan kommunalreformen udmøntes i praksis. Den fordel og

fleksibilitet, som myndighederne får i kraft af bemyndigelsesbestemmelser, der senere kan udfyldes, forpligter til inddragelse af relevante parter for at sikre sig det nødvendige faglige input ved udstedelse af bekendtgørelser, vejledninger mv. Lægeforeningen går ud fra, at foreningen inddrages i den videre proces.

Bygninger

I forbindelse med kommunalreformens gennemførelse vil der opstå en unik mulighed for at træffe fagligt funderede beslutninger med national gyldighed om en rationel udnyttelse af eksisterende bygninger i sygehusvæsenet, herunder fx frasalg af eksisterende bygninger til andre formål og dermed mulighed for at finansiere nybyggeri indrettet til sygehusvæsenet og i en moderne standard. Denne mulighed bør udnyttes af hensyn til kvaliteten af patientbehandlingen og af hensyn til arbejdsmiljøet for personalet. Der bør i den kommende tid være opmærksomhed på ikke at iværksætte større præjudicerende ændringer af bygningskomplekser.

Lægeforeningens høringssvar kan sammenfattes i følgende anbefalinger til det videre politiske og administrative arbejde med udmøntning af kommunalreformen:

- Lægelig visitation som indgangsnøgle til alle niveauer i sundhedsvæsenet - både elektivt og akut.
- Fælles sundhedsfaglig rådgivningsstruktur for alle regioner og kommuner.
- Specialeplanlægningen bør styrkes og sikres relevant fagligt input.
- Uddannelse og forskning som basis for et sundhedsvæsen af høj kvalitet.
- Bedre adgang til udveksling af oplysninger af hensyn til at kunne yde mere kvalificeret og mere sikker patientbehandling med skyldig respekt for patienternes mulighed for at sige nej.
- Patienterfaringer er ressourcer, der bør indgå i tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets opgaver.

- Tilvejebringelse af ressourcer, økonomisk og personalemæssigt, således at Sundhedsstyrelsen bliver en national handlekraftig faglig styrelse.
- Sundhedsaftalerne skal anvendes til at skabe klare grænser for opgavevaretagelsen mellem regioner og kommuner, bl.a. på rehabiliteringsområdet og forebyggelsesområdet.
- Kvalitetsvurdering baseret på den danske model indgår i alle dele af sundhedsvæsenet.
- Et nyt, todelt klagesystem med et patientklagenavn og et disciplinærnavn.
- Finansieringsmodeller skal understøtte de tilbud, der sikrer patienterne en behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet og en optimal ressourceudnyttelse.

<u>INDHOLDSFORTEGNELSE</u>	<u>side</u>
Udkast til sundhedslov	8
Afsnit I, kapitel 1 (sundhedsvæsenets formål og opgaver)	8
Afsnit III (patienters retsstilling)	8
Udveksling af oplysninger	8
Opbevaring af patientjournaler i praksis	10
15-18 årige	10
Udvalg om udveksling af oplysninger	10
Afsnit VII, kapitel 27 (samråd og ankenævn)	11
Afsnit IX (kommunale sundhedsydelser)	11
Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme	11
- Børn og unge	11
- Misbrugsområdet	13
- Psykiatri	13
- Palliativ indsats	13
Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme (rehabilitering)	13
Genoptræning og rehabilitering	14
Sundhedsfaglig rådgivning og planlægning	14
Finansiering, forebyggelse og sundhedsfremme	15
Opsummering	16
Afsnit XI, kapitel 51 (tilskud)	17
Afsnit XII, kapitel 52 (præhospital indsats)	17
Afsnit XIV, kapitel 58 (kvalitetsudvikling)	18
Kapitel 59 (forskning)	19
Kapitel 61 (patientsikkerhed)	19
Afsnit XV, kapitel 62 (samarbejde)	19
Samarbejdsudvalg	20
Sundhedsaftaler	21
Kapitel 63 (planlægning)	22
Kapitel 64 (specialeplanlægning)	22
Afsnit XVII, kapitel 66 (Sundhedsstyrelsen)	23
Udkast til sundhedslov samt Udkast til lov om regionernes finansiering	24
Kommunal medfinansiering	25
Statsligt tilskud	27
Udvikling og forskning	27
Udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet	27
Udkast til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet	29
Udkast til lov om regional statsforvaltning	30

Udkast til sundhedslov

Lægeforeningen vil gerne anerkende, at lovgivningen vedrørende borgernes rettigheder og pligter nu samles i en lov.

Afsnit I, kapitel 1 (sundhedsvæsenets formål og opgaver)

Lægeforeningen går ud fra, at selv om udkast til sundhedslov ikke eksplicit nævner lægers videreuddannelse under regionernes forpligtelser, forudsætter Lægeforeningen, at § 4 også omfatter varetagelsen af lægers videreuddannelse som en del af regionernes opgaveportefølje, jf. sundhedslovens § 4.

Afsnit III (patienters retsstilling)

Udveksling af oplysninger

En lettere adgang til udveksling af oplysninger mellem sundhedsvæsenets sektorer er afgørende for en forbedret patientbehandling og for patientsikkerheden. Patienter oplever en barriere mellem sundhedsvæsenets sektorer og står uforstående over for behandlende læges manglende viden om den tidligere sygehistorie.

Med forslaget til sundhedslov indføres ændrede regler for videregivelse af udskrivningsbreve fra sygehuse til alment praktiserende læge. Efter forslaget kan udskrivningsbreve videregives uden patientens samtykke, med mindre patienten har frabedt sig en sådan videregivelse. Den nye bestemmelse bevirker en klar forbedring af samarbejdet mellem de to sektorer i sundhedsvæsenet, og Lægeforeningen hilser derfor ændringen meget velkommen.

Dette princip bør også gælde alle andre læger, der henviser patienter, fx vagtlæger, praktiserende speciallæger og ambulancelæger.

Med kommunerne som ny aktør på sundhedsområdet finder Lægeforeningen det væsentligt for et sammenhængende patientforløb, at kommunerne ligeledes omfattes af de ændrede regler for informationsudveksling mellem sekundær- og primærsektoren. Konkret foreslår foreningen, at kommunerne ved afslutning af et rehabiliteringsforløb skal give den behandlende læge meddelelse herom, med mindre patienten har frabedt sig videregivelse af helbredsoplysninger. I andre sammenhænge, fx i forlængelse af sundhedsaftaler, bør det ligeledes kunne indgå som et kvalitetssikringselement, at der udveksles nødvendig information mellem kommunale enheder, egen læge og sygehus om aftalte forløb.

I lyset af det øgede fokus på mere sammenhængende patientforløb og et tættere samarbejde mellem praktiserende læger foreslår Lægeforeningen, at den nuværende hindring for læger i netværkspraksis til at få adgang til hinandens journaler fjernes. Patienterne ville således ikke være henvist til kun at modtage "akut" behandling fra stedfortrædende læge, men kan i princippet modtage samme fuldt kvalificerede behandling som ved henvendelse til egen læge. Samtidig ville stedfortrædende læges adgang til patientjournalen kunne sikre mod medicineringsfejl mv.

Med henblik på læring og sammenhæng i arbejdet mellem primær og sekundær sektor findes det væsentligt, at den behandlende læge meddeles oplysninger om patientens sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde, når patienten er afgået ved døden under indlæggelse på sygehus. Ifølge gældende lovgivning kan den behandlende læge alene indhente oplysninger herom efter forespørgsel fra nærmeste pårørende.

Lægeforeningen vil imidlertid foreslå, at der indføres et overordnet princip om, at oplysninger som udgangspunkt og uden patientens samtykke kan videregives til - eller indhentes af - læger, der aktuelt har patienten i behandling, således at oplysninger, som er relevante i en undersøgelses- eller behandlingssituation er tilgængelige for det behandlende sundhedspersonale. Indføres dette princip, skal patienten informeres om retten til at frabede sig, at oplysningerne indhentes eller videregives, jf. princippet i det foreliggende lovforslag vedrørende udskrivningsbreve.

Tilgængelighed af relevante oplysninger vil være medvirkende til at lette diagnosticering og dæmme op for fejlbehandling. Indførelsen af princippet vil dog kræve en standardisering af data og en omlægning af systemer. Det er afgørende, at den elektroniske patientjournal (EPJ) bliver i stand til at håndtere disse problemstillinger.

Man kan forestille sig, at der i stil med Medicinprofilen etableres en samlet oversigt over journaloplysninger om patienten, som dækker både primær og sekundær sektor (et nationalt patientindeks), hvorefter disse journaloplysninger umiddelbart skal kunne hentes elektronisk. Ligesom ved Medicinprofilen bør oplysningerne være tilgængelige for patienten selv sammen med en log over, hvem der har set oplysningerne, eventuelt i kombination med et centralt register, hvor patienten aktivt skal kunne spærre for adgang til journalen. Systemerne bør indrettes, så de kan fungere både som oplysning for patienter og arbejdsredskaber for sundhedspersoner.

Lægeforeningen finder, at mulighed for udveksling af helbredsoplysninger inden for sundhedssektoren er afgørende for en forbedret behandlingsindsats og forebyggelse af fejl.

Opbevaring af patientjournaler i praksis

For så vidt angår opbevaringsreglerne og adgangen til destruktion af data ved lukning af lægepraksis, finder Lægeforeningen fortsat disse bestemmelser problematiske, som også påpeget i forbindelse med det seneste journalføringscirkulære. Det er u hensigtsmæssigt, at købende læge ikke kan overtage journalerne uden patientens forudgående samtykke. Hvis den praktiserende læge dør, ophører med at praktisere eller går konkurs, ophører journalopbevaringspligten ifølge seneste journalføringscirkulæret. Lægeforeningen finder, at der med disse regler er stor risiko for, at journaler destrueres til skade for patienternes eventuelle videre behandling. Med dette hensyn for øje har foreningen anbefalet sine medlemmer fortsat at opbevare journalerne efter fx pensionering. Lægeforeningen skal foreslå, at der - som det er sket i Norge - etableres et centralt opbevaringssted, hvortil ophørte lægers journaler kan overføres, og hvorfra patienten efterfølgende kan anmode om videreformidling til patientens nye læge eller til patienten selv.

15-18 årige

Ifølge forslaget til sundhedslovens § 60 videreføres reglen om, at personer mellem 16 og 18 år kan vælge alment praktiserende læge uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge.

Lægeforeningen finder ikke, at reglen harmonerer med den fastsatte aldersgrænse for afgivelse af informeret samtykke til behandling, som såvel i gældende lovgivning som i forslaget er 15 år.

Det anbefales, at reglen om valg af alment praktiserende læge bringes i overensstemmelse med reglen om afgivelse af informeret samtykke til behandling således, at 15-årige patienter har mulighed for at vælge egen læge. Specielt i forbindelse med rådgivning om svangerskabsforebyggelse findes det afgørende, at patienten har adgang til at vælge egen læge.

Udvalg om udveksling af oplysninger

Såfremt ministeriet afviser at medtage nogle af de konkrete forslag, vil Lægeforeningen foreslå, at der nedsættes et hurtigtarbejdende udvalg, som kan gennemgå kravene til udveksling af information og samtykke i forhold til det stigende behov for udveksling, der følger

af teknologien, kommunernes nye opgaver og en modernisering af bestemmelserne generelt, som der, jf. ovennævnte argumenter, er et tvingende behov for.

Afsnit VII, kapitel 27 (samråd og ankenavn)

Ifølge § 97 sammensættes et samråd af tre personer, hvoraf to er læger. Den ene skal enten være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

Efter Lægeforeningens opfattelse er det helt nødvendigt, at et af de lægelige samrådsmedlemmer er speciallæge i gynækologi, fordi de problemstillinger, samrådene og ankenævnene beskæftiger sig med, for en stor dels vedkommende er af gynækologisk karakter. Størrelsen af de kommende regioner vil efter Lægeforeningens opfattelse muliggøre, at der nu kan skabes lovmæssig sikkerhed for, at der altid er speciallæger i gynækologi blandt medlemmerne af samrådene og ankenævnene.

Afsnit IX (Kommunale sundhedsydelser)

Generelt finder Lægeforeningen det positivt, at der i lovforslaget er stor fokus på sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Opdelingen af indsatsen i en borgerrettet og en patientrettet del vil formodentlig være medvirkende til at præcisere opgaver og ansvar for henholdsvis kommuner og regioner.

En del af opgaverne inden for den borgerrettede sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme kan løses af kommunerne, men der er fortsat brug for nationale initiativer, fx lovgivning og afgiftspolitik med det formål at begrænse rygning og alkoholforbruget samt fremme en sund levevis.

Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme

- Børn og unge

Lægeforeningen finder det positivt, at der lægges op til særlig fokus på at skabe gode rammer for børn og unge, der er en sundhedsmæssigt sårbar gruppe.

Det havde været ønskeligt, at lovforslaget i højere grad havde taget hånd om de problemer på bl.a. børne-unge-området, som den gældende lovgivning ikke har sikret.

Derfor bør området sikres bevågenhed, hvilket kan ske ved en klar beskrivelse af den kommunale forpligtelse på området.

Det sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende arbejde bør videreføres mere systematisk efter folkeskolen og indtænkes i de videre uddannelses tilbud. Tilbudene bør desuden målrettes de enkelte befolkningsgrupper og gerne bestå i konkrete tilbud med en nedtoning af brede kampagner.

Lægeforeningen skal her henlede opmærksomheden på, at i relation til lovforslaget om social service er der på børne-unge-området flere tilfælde af indbyrdes uoverensstemmelse i forhold til sundhedsloven. Det gælder blandt andet i hhv. § 123 og § 49 om inddragelse af social og pædagogisk sagkundskab og udpegning af ansvarlig koordinator og i hhv. § 120 og § 19 om indsatsens omfang. Dette bør rettes, da det giver stor mulighed for fri tolkning og uoverensstemmelser.

I § 50 i udkast til lov om social service bør kommunallægen endvidere efter Lægeforeningens opfattelse nævnes direkte blandt gruppen af fagfolk, og i § 153 om underretningspligt bør det direkte af loven fremgå, at personer i offentligt erhverv har "skærpet" underretningspligt.

På det børne- og ungdomspsykiatriske område vil Lægeforeningen pege på, at den eksisterende indsats langt fra er tilstrækkelig. Der er betydelige problemer med pladsmangel og ventetid på rehabilitering (efterbehandling) af denne patientgruppe efter endt undersøgelse/behandling i hospitalsregi. Der er problemer med pladsmangel på specialskoler og institutioner, og der er manglende iværksættelse af familiemæssig støtte, vejledning og behandling.

En reducere af indlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien kan eventuelt ske ved en større indsats i forhold til den opsøgende og den forebyggende indsats fra kommunernes side, dvs. sundhedsplejersker, indsatsen i vuggestue/børnehave og skole. Denne opmærksomhed skal primært skærpes ved at uddanne de personer, der kommer i kontakt med målgruppen, idet det er helt afgørende, at den nødvendige kompetence hos disse medarbejdere eksisterer.

Det er vigtigt, at de centrale myndigheder på social- og sundhedsområdet sikrer, at en decentralisering af opgaver ikke fører til en svækkelse af indsatsen og sikrer, at det faglige niveau fastholdes.

- *Misbrugsområdet*

Som en del af forebyggelsesindsatsen bliver kommunerne ansvarlige for behandling af alkohol- og stofmisbrugere. Baggrunden for at tildele kommunerne et egentligt behandlingsansvar på dette område er formodentlig, at ansvaret for den generelle forebyggende indsats placeres i kommunerne. Behandlingen af alkohol- og stofmisbrugere er et specialiseret lægefagligt område, som i dag for så vidt angår stofmisbrugere varetages amtskommunalt. En række alkoholtilbud varetages ligeledes af amterne. Lægeforeningen finder, at den rette placering af denne opgavevaretagelse fremover skal være i regionerne, idet hovedparten af de patienter, der behandles for alkohol- og stofmisbrug tillige har somatiske lidelser. I den forbindelse er det endvidere væsentligt at påpege, at misbrugsbehandlingen ofte er nøje koblet til psykiatrien, hvorfor der på dette område er ganske stor risiko for, at der opstår gråzoner med incitament til kassetænkning, hvilket ideelt løses ved at samle hele området på det regionale niveau.

- *Psykiatri*

Overordnet skal det bemærkes, at i den oprindelige forligstekst blev det klart anført, at såvel somatik som psykiatri skulle organiseres sammen på det regionale niveau. Denne klarhed savnes i lovforslaget, hvilket er ganske problematisk.

- *Palliativ indsats*

Også den terminale behandling baseret på indlæggelse på hospice skal være baseret på det regionale niveau i samarbejde med smerteklinikker og palliative funktioner på hospitalerne.

Patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme (rehabilitering)

Med hensyn til den patientrettede forebyggelse er det Lægeforeningens opfattelse, at arbejdsdelingen mellem kommunerne og regionerne er mere kompliceret. Det vil være hensigtsmæssigt at tage udgangspunkt i en generel rehabiliteringsmodel og vurdere hele patientens forløb i sygdommen - den akutte indlæggelse (fase I), den specialeorienterede efterbehandling (fase II), og den langsigtede efterbehandling, hvor behandling og forebyggelse skal fastholdes (fase III).

Fase I er den akutte hospitalsindlæggelse, der er meget kort. Rehabiliteringen begynder imidlertid allerede ved indlæggelsen, men forløbet er hovedsageligt sygdomsorienteret og kræver specialviden og teknologi mv.

Fase II er den umiddelbare efterbehandling, hvor patienten fortsat har behov for behandling på specialistniveau. I fase II justeres den medicinske behandling og genoptræning med henblik på at kunne overgå til videre opfølgning i primærsektoren. Fase II bør ikke lægges ud til kommunerne, idet der ikke alene er behov for betydelig ekspertise, men patienten skal også have behandling på et ensartet højt niveau. Fasen er omkostningstung, og de forskellige patientgrupper kræver forskellige behandlingstilbud.

I fase III kan flertallet af patienterne overgå til den praktiserende læge. Flertallet af de forebyggelsestiltag, der skal vedligeholdes eller udbygges, vil være fælles for visse patientgrupper og kunne foregå i sammenhæng med de primære forebyggelsestiltag. Det er i fase III, man har den største mulighed for at forebygge genindlæggelser og etablere nye samarbejdsmodeller, hvor bl.a. de kroniske patienter kan blive bedre overvåget og vurderet.

Genoptræning og rehabilitering

Kommunerne skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter behandling på sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Lægeforeningen undrer sig over, at man konsekvent anvender begrebet genoptræning og ikke rehabilitering. Når opgaven fremover placeres i kommunerne, er det Lægeforeningens forventning, at man vil skabe tættere sammenhæng til de sociale ansvarsområder, som kommunerne allerede varetager.

Det er vigtigt at understrege, at visitationen til genoptræning skal være lægefagligt begrundet og foretages af kvalificerede læger. En egentlig genoptræning i kommunerne skal sikres et fagligt miljø, hvor nøgleordene er evidens, kvalitet og fortsat udvikling og forskning. Disse forhold samt hensynet til ensartede tilbud til patienterne indebærer, at genoptræningen bør finde sted i relativt store enheder, gerne på tværs af kommuner og med tæt relation til sygehusvæsenet. Eldre medicinske patienter er et eksempel på en svag patientgruppe uden gode muligheder for opinionsdannelse, hvorfor der skal være særlig opmærksomhed på, at sundhedsvæsenet indrettes med henblik på, at gruppen får den optimale behandling.

Sundhedsfaglig rådgivning og planlægning

Lægeforeningen anser det for positivt og nødvendigt, at der med udkastet til ny sundhedslov generelt lægges op til øget central koordinering og styring af regionernes indsats på sundhedsområdet. I forlængelse heraf er det efter foreningens opfattelse utilfredsstillende

lende, at det nye kommunale ansvar for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning ikke på tilsvarende måde er afgrænset og beskrevet.

Kommunernes nye opgaver på sundhedsområdet udgør et væsentligt bidrag til den samlede sundhedsmæssige indsats, som skal udføres i tæt samspil med de nye regioner. Fraværet af bestemmelser for kommunernes udmøntning af ansvaret på sundhedsområdet er, efter Lægeforeningens opfattelse, en mangel bl.a. set i lyset af, at de nye kommuner vil have meget forskellige forudsætninger for at løse opgaverne.

I forlængelse heraf vil kommunerne forventeligt også have forskellige ambitioner for den sundhedsmæssige indsats. Lægeforeningen er i den forbindelse bekymret for stor variation i de kommunale tilbud, således at borgerne i forskellige kommuner vil opleve store forskelle i de kommunale tilbud.

Sundhedsstyrelsen og andre centrale myndigheder bør udmelde anbefalinger for, hvordan og hvilken indsats kommunerne skal varetage. Anbefalingerne skal baseres på evidens og en solid vidensopsamling såvel nationalt som internationalt.

De kommende sundhedsaftaler, der skal indgås mellem kommuner og regioner, kommer til at spille en afgørende rolle for udmøntning og koordinering af den kommunale sundhedsindsats. Det er essentielt, at kommunerne og regionerne sammen tilrettelægger indsatsen, således at indsatsen bliver mest mulig optimal for borgerne og udnytter ressourcerne effektivt.

Det er afgørende, at kommunerne baserer deres tilbud og planlægning på professionel sundhedsfaglig rådgivning. Sygdomsforebyggelse og sundhedsarbejde bør kobles op på lægefaglige miljøer fx i sygehusvæsenet.

Finansiering, forebyggelse og sundhedsfremme

Der lægges op til, at kommunerne gennem finansieringsmodellen får et incitament til at begrænse indlæggelser i sygehusvæsenet og det nævnes, at kommunerne kan indtænke alternative løsninger i forhold til sygehusindlæggelser. Lægeforeningen vil på den baggrund foreslå, at kommunerne anvender ressourcer på dokumenteret effektiv sygdomsforebyggelse som fx forebyggelse af faldulykker i hjemmet. Dette vil medvirke til at give det ønskede incitament til at begrænse indlæggelser i sygehusvæsenet samt prioritere forebyggelse og sundhedsfremme højt.

Lægeforeningen finder det ikke sandsynliggjort, at den konkrete finansieringsmodel giver kommunerne det incitament, som skal sikre, at der i kommunalt regi oprettes evidensbaserede forebyggelses- og rehabiliteringstilbud af tilstrækkeligt omfang. Det er eksempelvis ikke entydigt, at en kommunal medfinansiering af praksissektorens ydelser i form af et fast bidrag giver kommunerne det rette incitament til forebyggelse og rehabilitering.

Lægeforeningen finder det betænkeligt, at den kommunale medfinansiering af sygehusvæsenet er begrundet i ønsket om, at kommunerne skal implementere alternative løsninger i forhold til sygehusindlæggelser og primærsektor. Lægeforeningen ser en klar risiko for en uhensigtsmæssig kommunal adfærd i relation til sygehusindlæggelser. Der er herved fare for et system, hvor det er økonomien, som bestemmer tilbuddet til borgeren, og ikke borgerens behandlingsmæssige behov. Hvis det viser sig økonomisk fordelagtigt, kan der opbygges enten kommunale alternativer til sygehusindlæggelser eller skabes tilskyndelse til sygehusindlæggelse - alt efter hvad der økonomisk kan betale sig for kommunerne. Har man som borger behov for en sygehusindlæggelse, skal dette behov imødekommes af det professionelle sygehusssystem og ikke af et kommunalt alternativ hertil. Vurderingen af, hvorvidt borgeren har behov for en sygehusindlæggelse, er - og skal også i fremtiden være - en lægefaglig vurdering.

Det er således helt afgørende at holde fast i den lægelige visitation, dvs. at det er en lægelig afgørelse, hvorvidt en patient skal indlægges eller modtage en lang række af ofte bekostelige behandlingsmæssige ydelser. Såfremt der fx oprettes sundhedscentre, er det afgørende, at der ikke brydes med dette princip. Opbygningen af sundhedscentre indebærer en risiko for unødigt økonomisk merforbrug og øget konkurrence om bl.a. de lægefaglige ressourcer. Eventuelle sundhedscentre bør derfor planlægges og iværksættes i tæt samarbejde med de øvrige ansvarlige sundhedsmyndigheder og praksissektoren i regionen.

Lægeforeningen tilslutter sig i øvrigt princippet i § 232 om, at bopælskommunens betaling for sygehusydelser tilgår bopælsregionen, der herefter fordeler midlerne.

Opsummering

Det er Lægeforeningens opfattelse, at kommunernes største opgave bliver at organisere den primære forebyggelse og udbygge den kommunale rehabilitering, der omfatter fase III. Det er vigtigt at under-

strege, at fase II er en sygehusopgave, idet den relativt intensive efterbehandling stiller betydelige krav til specialviden, samt at patientgrundlaget i de enkelte grupper er for begrænset til de enkelte kommuner.

- Kommunerne skal hovedsageligt beskæftige sig med borgerrettet primærforebyggelse samt rehabilitering af patienter efter endt sygehusbehandling.
- Kommunernes ydelser og tilbud skal baseres på sundhedsfaglig viden og evidens og for en række ydelser også lægefaglig visitation.
- Kommunernes ydelser og tilbud skal baseres på udmeldinger og vejledninger fra de centrale myndigheder.
- Sundhedsaftalerne mellem regionerne og kommunerne vil spille en vigtig rolle og bør sendes i høring i sundhedsfaglige miljøer.
- Finansieringsmodellerne skal understøtte de tilbud, der sikrer patienterne en behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet, og som samtidig sikrer en optimal ressourceudnyttelse.

Afsnit XI, kapitel 51 (tilskud)

Lægeforeningen har noteret, at det af bemærkningerne fremgår, at der ikke forventes ændret på den gældende administration af bestemmelsen, hvilket fx betyder, at der ikke ydes tilskud til lægemidler indkøbt i et andet EU-land. Lægeforeningen skal opfordre til, at ministeriet genovervejer denne beslutning og giver borgerne adgang til at indkøbe lægemidler, hvor de er billigst.

Afsnit XII, kapitel 52 (præhospital indsats)

Lægeforeningen har noteret, at indenrigs- og sundhedsministerens myndighed til at fastsætte nærmere regler om tilrettelæggelsen af den præhospital indsats og ambulancetjeneste videreføres uændret.

Af den kommende bekendtgørelse bør det fremgå, at præhospital behandling er en koordineret del af det samlede akutberedskab, ligesom det bør sikres, at der er en regional lægelig ledelse af den præhospital indsats.

Lægeforeningen finder, at al akutbetjening skal ske via lægelig visitation. Direkte adgang til lægelig rådgivning er en central forud-

sætning for at sikre, at akutte patienter visiteres til rette behandling hurtigst muligt.

Lægelig visitation indeholder således både en kvalitetsforbedring i forhold til den nuværende akutbetjening og en effektivisering bl.a. i form af frigørelse af ressourcer på de medicinske og kirurgiske skadestuer. Samtidig vil patienterne opleve det nemmere at henvende sig til sundhedsvæsenet, idet man alene skal henvende sig ét sted (kontakte lægevagten telefonisk) uden for egen læges åbningstid, eller i særlige situationer kontakte 112.

Lægelig visitation skal endvidere ses i sammenhæng med en forventet udvikling med færre og større sygehuse og dermed også færre og større akutberedskaber, hvor uvisiterede skadestuer hverken fagligt eller ressourcemæssigt er hensigtsmæssige.

Afsnit XIV, kapitel 58 (kvalitetsudvikling)

Lægeforeningen finder det hensigtsmæssigt, at der indgår et selvstændigt kapitel 58 om kvalitetsudvikling og tager det som udtryk for øget fokus på området samt vilje til kontinuerligt at tilrettelægge, støtte og gennemføre den nødvendige kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet.

Lægeforeningen skal i denne forbindelse pege på, at det med kommunernes nye rolle på sundhedsområdet bliver meget væsentligt at inddrage kommunerne i arbejdet med den danske kvalitetsmodel.

Den danske kvalitetsmodel kan således via standarder og akkreditering medvirke til at sikre, at kommunernes sundhedsydelser lever op til en standard, der er sammenlignelig med resten af sundhedssektoren. Det bliver samtidig synligt, hvis der tilbydes en dårligere kvalitet. Den danske kvalitetsmodel bør derfor være et stærkt styringsredskab for både regioner og kommuner i fremtidens sundhedsvæsen.

Lægeforeningen skal endvidere foreslå, at udmøntningen af bestemmelsen sker i samarbejde med forhandlingssystemet (§ 221) for at sikre den fortsatte kvalitetsudvikling i bl.a. almen praksis og speciallægepraksis. Der henvises til, at det eksisterende forhandlingssystem hidtil har kunnet facilitere kvalitetsudviklingen samt udbredelsen af IT-anvendelse i almen praksis.

Kapitel 59 (forskning)

Lægeforeningen har noteret, at forskningsforpligtelsen med § 189 er blevet lovfæstet, hvilket er en betydelig forbedring af forskningens vilkår. Det vil imidlertid være essentielt, at regionerne koordinerer den forskning, der foregår i regionerne sådan, at de relativt få forskningsmidler, der trods alt stadig er i regionerne, ikke anvendes inden for de samme forskningsområder.

I bemærkningen til § 189 er angivet, at regionernes forskningsforpligtelse omfatter forskning på universitetshospitaler og andre sygehuse mv. samt i praksissektoren, hvor forskningsarbejde sker som led i overenskomstaftalerne.

Lægeforeningen skal påpege, at almen medicinsk forskning også sker - og bør ske - på anden måde end som led i overenskomstaftalerne. Det er vigtigt, at forpligtelsen til forskning er generel.

Kapitel 61 (patientsikkerhed)

I forlængelse af Lægeforeningens bemærkninger om at inddrage kommunerne i arbejdet med den danske kvalitetsmodel skal det endvidere anbefales, at indenrigs- og sundhedsministeren snarest muligt anvender den i § 197 foreslåede bemyndigelse til at inddrage de kommunale sundhedsopgaver i det nationale indrapporteringssystem om utilsigtede hændelser med henblik på dokumentation og kvalitetsudvikling af de kommunale sundhedsydelser på patientsikkerhedsområdet.

Lægeforeningen skal benytte lejligheden til at gøre opmærksom på, at indrapporteringssystemet nu har fungeret i ca. et år med stor succes på sygehusområdet med p.t. over 5.000 indrapporteringer til Sundhedsstyrelsen.

Lægeforeningen kan dog med beklagelse notere, at Sundhedsstyrelsen endnu ikke har givet nogen form for tilbagemelding herpå. Lægeforeningen skal derfor opfordre til, at Sundhedsstyrelsen tager fat på at realitetsbehandle de indkomne rapporter, således at systemet dels kommer til at fungere som det læringssystem, det er tiltænkt, dels for at bevare sundhedspersonalets fortsatte lyst til at indrapportere, hvilket er forudsætningen for systemets virke.

Afsnit XV, kapitel 62 (samarbejde)

Lægeforeningen finder det positivt, at der i lovgivningen lægges vægt på at sikre det sammenhængende patientforløb mellem sundhedsvæsenet og de tilgrænsende sektorer.

Samarbejdsudvalg

Det fremgår af lovudkastets § 199, at der skal nedsættes regionale samarbejdsudvalg, og at ministeren fremsætter nærmere regler for bl.a. sammensætningen af udvalgene. Af bemærkningerne til bestemmelsen fremgår, at samarbejdsudvalget som udgangspunkt skal behandle spørgsmål af generel relevans og således ikke forholde sig til konkrete patientforløb mv.

Det foreslås, at betegnelsen Regionale samarbejdsudvalg erstattes med en anden betegnelse, fx sundhedskoordinationsudvalg. Betegnelsen "samarbejdsudvalg" er forvirrende i relation til de allerede eksisterende samarbejdsudvalg på sygehuse og arbejdspladser og de samarbejdsudvalg, der er en del af Landsoverenskomsten for almen praksis og Speciallægeoverenskomsten, hvor regionsråd og kommuner skal møde praksissektoren og sikre overenskomstgrundlag for denne.

I det nuværende Landssamarbejdsudvalg (LSU) og Speciallægelands-samarbejdsudvalg (SSU) udføres en række opgaver, som vedrører generelle overenskomstmæssige spørgsmål og den enkelte læges virksomhed, der fortsat skønnes relevante. Det er imidlertid ikke angivet, hvorledes man forestiller sig, at de opgaver, som i dag henhører under LSU og SSU, skal løses fremover. Lægeforeningen finder det hensigtsmæssigt, at der fortsat er en klar hjemmel til LSU og SSU samt et opmandssystem i loven. Denne hjemmel er i dag givet ved § 27 i sygesikringsloven.

Lægeforeningen finder, at regionsrådets kompetence skal ses i sammenhæng med overenskomstsyste­met, således at den konkrete udmøntning af de indgåede sundhedsaftaler, for så vidt angår praksissektoren, sker i forhandlingssystemet.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne, at samarbejdsudvalget bliver forum for drøftelse og eventuel forhandling af sundhedsaftaler, jf. § 200, samt det forum, hvor den regionale sundhedsplan drøftes i forhold til praksissektoren og kommunerne i regionen. Lægeforeningen vil pege på, at disse opgaver forudsætter en betydelig og bred sundhedsfaglig rådgivning. Lægeforeningen forudsætter, at ministeren gennem sin bemyndigelse sikrer dette ved udvalgets sammensætning eller en formaliseret rådgivningsstruktur.

Af bemærkningerne til § 199 fremgår endvidere, at indenrigs- og sundhedsministeren derudover bl.a. vil fastsætte regler om, at sam-

arbejdsudvalget skal sammensættes af repræsentanter fra regionen, kommunerne i regionen og repræsentanter fra praksissektoren. I lovforslaget mangler der således klare retningslinjer for repræsentation, antal medlemmer af samarbejdsudvalgene, fordelingen af medlemmerne på regioner, kommuner og praksissektor, samt hvorledes medlemmerne udpeges, og hvordan udvalget arbejder.

Lægeforeningen finder, at det bør gøres eksplicit i de kommende administrative bestemmelser, at der som minimum bør være to medlemmer udpeget af henholdsvis Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger i hvert regionalt samarbejdsudvalg.

Lægeforeningen ser gerne, at de nye samarbejdsudvalg inddrager praksissektoren og sygehussektoren. Det vil ikke være alle aftaler i regionens samarbejdsudvalg, som kan rummes inden for de eksisterende overenskomster. Det må derfor gøres eksplicit, at disse aftaler efterfølgende indgås i de i medfør af overenskomsten nedsatte samarbejdsudvalg. Lægeforeningen finder samtidig, at kommunerne skal være repræsenteret i disse overenskomstrelaterede samarbejdsudvalg.

Sundhedsaftaler

Det fremgår af lovforslagets § 200, at regionen skal indgå en sundhedsaftale med hver kommune i regionen. Ministeren fastsætter regler for indholdet af aftalerne, herunder obligatoriske områder for indholdet.

Lægeforeningen anerkender, at samarbejdet om forebyggelse, sundhedsfremme og sammenhængende patientforløb skal fremmes med sundhedsaftaler, der er en udmøntning af den del af den regionale sundhedsplan, der vedrører kommuners og regioners samarbejde. Det fremgår af dette høringssvars afsnit om de kommunale sundhedsydelser, at kommunernes opgaveløsning skal hvile på solid sundhedsfaglig viden og vurdering, hvilket naturligvis også bør gælde sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Disse aftaler bør således bygge på indhentet viden og rådgivning fra relevante parter i sundhedsvæsenet. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at Sundhedsstyrelsens godkendelse af aftalerne vil bero på, om de udmeldte obligatoriske områder indgår i sundhedsaftalerne. Der lægges således ikke op til en kvalitativ vurdering af aftalerne fra Sundhedsstyrelsens side, hvilket aktualiserer ønsket om inddragelse af sundhedsfaglig kompetence ved indgåelse af sundhedsaftalerne.

Kapitel 63 (planlægning)

Det fremgår af lovforslaget, at regionen overtager amternes opgave med at udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelse af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Regionen skal forudgående indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at der ikke skal gennemføres høring over sundhedsplanerne, idet disse forudsættes drøftet i det regionale samarbejdsudvalg. Det er efter Lægeforeningens opfattelse ikke en tilstrækkelig sikring af, at relevante synspunkter og viden indgår i sundhedsplanerne.

Lægeforeningen anerkender styrkelsen af Sundhedsstyrelsens rolle ved udformning af sundhedsplaner. Driften af sundhedsvæsenet bør hvile på et fagligt og økonomisk forsvarligt grundlag, der nyder bred opbakning i befolkningen. Derfor finder Lægeforeningen, at sundhedsplanerne bør sendes i høring, således at borgerne og relevante interessenter sikres adgang til at tilkendegive deres holdning til de sundhedsplaner, der ligger til grund for udmøntningen af den regionale og nationale sundhedspolitik.

Kapitel 64 (specialeplanlægning)

Det fremgår af de generelle bemærkninger til lovforslaget, at specialeplanlægningen skal strammes op i forhold til nuværende praksis. Centralt i dette står Sundhedsstyrelsen med nye og udvidede beføjelser i forhold til regionerne/sygehusejerne. Dette er i overensstemmelse med Lægeforeningens holdning, som den er udtrykt i høringssvaret vedrørende Strukturkommissionens betænkning.

Sundhedsstyrelsen skal i specialeplanlægningen støtte sig til et rådgivende udvalg for specialeplanlægning, hvilket Lægeforeningen kan støtte.

Det er imidlertid ikke entydigt beskrevet, hvordan udvalget skal sammensættes, idet lovforslagets bemærkninger og bestemmelse ikke er konsistente. Lægeforeningens bemærkninger tager udgangspunkt i selve lovbestemmelsen, hvoraf fremgår, at det rådgivende udvalg består af repræsentanter fra de lægevidenskabelige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Det er centralt for Lægeforeningen, at udvalget tænker ud over eksisterende grænser og rammer for specialeplanlægning, og at udvalget på én gang bliver præget af faglig indsigt og handlekraft.

For at udvalget kan yde en tilstrækkelig helhedsorienteret rådgivning, bør derfor også Lægeforeningen være repræsenteret i udvalget, idet der er behov for at sikre udvalget viden og rådgivning på de tværgående lægefaglige områder, fx videreuddannelsen og kvalitetsudvikling, som specialeselskabernes mere vertikale kompetencer og tilgang ikke nødvendigvis rummer.

Lægeforeningen vil herudover anbefale, at for så vidt angår de lægevidenskabelige selskaber udvalger Sundhedsstyrelsen et på en gang fagligt dækkende og begrænset antal af de specialebærende selskaber til at deltage i udvalgets arbejde. For at sikre det faglige grundlag skal udvalget kunne inddrage særlig sagkundskab, fx fra de specialebærende videnskabelige selskaber, der ikke har fast plads i udvalget, når dette skønnes fornødent. Den kliniske kompetence er helt afgørende for udvalget.

Lægeforeningen skal dog bemærke, at det forekommer besynderligt, at det i lovbemærkningerne forudsættes, at medicinaldirektøren skal være formand for det udvalg, der skal rådgive Sundhedsstyrelsen. En anden formandskonstruktion vil dels styrke udvalgets mulighed for at fremstå mere uafhængigt med en faglig profil, dels styrke Sundhedsstyrelsens muligheder for at agere friere i forhold til den faglige rådgivning.

Afsnit XVII, Kapitel 66 (Sundhedsstyrelsen)

Bestemmelserne om samarbejde og planlægning i lovudkastet skitserer rammerne for en klar styrkelse af Sundhedsstyrelsens rolle som en central fagligt funderet sundhedsmyndighed med endelige planbeføjelser. Lægeforeningen hilser dette velkomment og konstaterer, at det er i tråd med foreningens oprindelige anbefaling i forbindelse med høringsprocessen vedrørende Strukturkommissionens betænkning.

Med gennemførelsen af lovforslaget i den foreliggende form vil Sundhedsstyrelsen komme til at spille en ændret og langt større rolle i det danske sundhedsvæsen. Dette hilses velkomment, men Lægeforeningen vil dog samtidig gøre opmærksom på, at denne rolle forudsætter en fagligt stærkere funderet styrelse end i dag, ligesom det er nødvendigt, at der tilføres tilstrækkelige ressourcer, såvel økonomiske som personalemæssige til styrelsen. Det er vigtigt at styrke styrelsens kliniske erfaringsgrundlag i denne forbindelse. Tilsvarende vil det være nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen er i stand til at have en åben og offensiv dialog med sundhedsvæsenets forskellige parter.

Ligeledes vil Lægeforeningen gerne anerkende udkastets bestemmelser og bemærkninger om embedslægevæsenets organisering som en regional statslig myndighed i de kommende regioner, således at der skal være en institution i hver region. Det er et særkende for embedslægevæsenets virksomhed, at det dels har opgaven som de centrale sundhedsmyndigheders "forlængede arm" i en række spørgsmål vedrørende overvågnings-, tilsyns- og kontrolfunktioner, dels udfører andre opgaver for offentlige myndigheder på alle administrative niveauer. Det er en central forudsætning for disse opgavers udførelse, at regionens embedslæger besidder det fornødne regionale og lokale kendskab, hvorfor Lægeforeningen lægger vægt på, at embedslægevæsenets opgaver ikke centraliseres.

En af forudsætningerne for, at embedslægernes lokale rådgivende og tilsynsførende funktion kan opretholdes i den nye struktur, er, at det bliver muligt, at der i regioner med store geografiske afstande kan etableres filialkontorer.

For så vidt angår udmøntningen af kommunalreformen på Miljøministeriets område har der været generel tilfredshed med den vidensopbygning, der er sket i amternes forvaltning siden kommunalreformen i 1970. Lægeforeningen har ikke mulighed for at forudse, om en tilsvarende vidensopbygning kan gennemføres i de fremtidige kommuner. Med kendskabet til opgaverne kan man blive bekymret for, om kommunerne vil besidde den nødvendige ekspertise på det sundhedsrelaterede miljøområde. En flytning af sagsbehandlingen på miljø- og genteknologiområdet til de centrale myndigheder finder Lægeforeningen velmotiveret, bl.a. under henvisning til de særlige krav til ekspertise på området.

Udkast til sundhedslov samt Udkast til lov om regionernes finansiering

Lægeforeningen har noteret, at udgangspunktet for den samlede finansiering af det fremtidige sundhedsvæsen bygger på en forventet realvækst i udgifterne på 2-3 % årligt - ligesom det ikke forventes, at udligningsordningen regionerne imellem fører til nedgang i udgifter, men en forskellig vækst regionerne imellem i overgangsperioden.

Lægeforeningen er enig i, at det finansielle udgangspunkt for fremtidens sundhedsvæsen skal bygge på vækst - ikke besparelser. Det er en forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan leve op til borgernes

fremtidige forventninger og berettigede behov, når der både skal tages højde for en befolkningsudvikling, der tilsiger et væsentligt øget behov, og der må forventes en stadig forøgelse af de teknologiske muligheder. Hertil kommer et efterslæb på den fysiske bygningsmasse og udstyr.

Det er i denne sammenhæng Lægeforeningens holdning, at alle borgere skal have lige adgang til ensartet behandling på et højt fagligt niveau uden direkte udgifter for den enkelte. Det betyder bl.a., at lægens valg af undersøgelser og behandlinger skal bero på en lægefaglig vurdering og være uafhængig af den enkelte patients økonomiske formåen.

Udbuddet af offentligt finansierede sundhedsydelser skal derfor tage udgangspunkt i en lægefaglig vurdering af, hvilken behandling patienterne har behov for, og tilførslen af økonomiske ressourcer til sundhedsvæsenet skal derfor også foretages på en sådan måde, at finansieringsformen understøtter det lægelige arbejde. Hvis der indføres økonomiske incitamenter - fx via takstfinansiering - skal disse være forenelige med det lægefaglige virke og fremme en god kvalitet i behandlingen.

Finansieringsmodellen indebærer, at Finansministeriet får en afgørende rolle i forbindelse med resourceallokeringen til sundhedsområdet. Lægeforeningen skal opfordre til, at sundhedssektoren indgår i den samlede tværgående sektorprioritering, således at sundhedssektorens behov for større anlægsbevillinger til bygninger, IT, højteknologisk udstyr etc. bringes ind i en samlet overordnet prioritering.

Lægeforeningen skal på denne baggrund bemærke følgende til de foreliggende forslag til finansiering af fremtidens sundhedsvæsen:

Kommunal medfinansiering

Det er Lægeforeningens opfattelse, at der med den foreslåede finansieringsmodel, hvor kommunerne skal finansiere samlet ca. 15 % af regionernes sundhedsudgifter og heraf ca. 10 % i aktivitetsbidrag, er åbnet for en række u hensigtsmæssige og unødvendige muligheder for kassetænkning i samspillet mellem regioner og kommuner, hvor økonomiske forhold prioriteres frem for borgernes berettigede behov.

Uhensigtsmæssig da den foreliggende model med et kommunalt aktivitetsbidrag fx kan indeholde et økonomisk incitament til opbygning af

en række alternative sundhedstilbud i kommunalt regi, der reelt betyder etablering af et tostrengt sundhedssystem, jf. tidligere bemærkninger herom.

Unødvendig fordi incitamentet til gennemførelse af fx kommunale sundhedsfremmende og forebyggende initiativer lige så vel kan gives direkte gennem centralt aftalte aktiviteter, som indirekte via det foreslåede kommunale aktivitetsbidrag.

Lægeforeningen anførte allerede i sit høringssvar over Strukturkommissionens betænkning, at hvis der skal opnås positive incitamenter, er det vigtigt, at kommunerne kommer til at medfinansiere netop de sundheds- og sygesikringsudgifter, som de i realiteten har mulighed for at påvirke udbud og efterspørgsel af. Det er sygdomme som fx hoftebrud, kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes 2 og hjertelidelser, hvor forebyggelse har en dokumenteret effekt.

Hovedparten af sygehusaktiviteterne vedrører imidlertid sygdomme, som kommunerne ikke umiddelbart kan påvirke hverken forekomsten eller behandlingen af, og hvor alternativet ikke er et kommunalt tilbud i form af pleje/plejehjem eller behandling i et sundhedscenter. En kommunal betaling af disse ydelser giver således intet incitament til en kommunal sundhedsindsats i forhold til disse ydelser.

Tilsvarende gælder det inden for almen praksis, at det er vanskeligt at forestille sig, hvordan kommunen i langt de fleste af de i alt 30 mill. kontakter vil kunne medvirke konkret til at forebygge henvedelserne.

Lovforslaget læses således, at kommunernes udgifter til socialmedicinsk samarbejde (LOK § 77) vil være omfattet af kommunernes aktivitetsbetaling på 10 %, idet alle grundhonorarer, dvs. basishonorar, konsultationer, tillægsydelser, laboratorieundersøgelser samt socialmedicinsk samarbejde med kommunerne, er omfattet af LOK § 80, stk. 1.

Efter Lægeforeningens opfattelse bør der, for så vidt angår det socialmedicinske samarbejde, ske en differentiering i den interne afregning mellem kommuner og region, således at kommunen betaler alle udgifter til socialmedicinsk samarbejde, der er direkte rekvireret af kommunen.

Lægeforeningen skal derfor anbefale, at det kommunale aktivitetsbidrag målrettes sygdomme og ydelser, hvor en kommunal indsats har en dokumenteret effekt som fx forebyggelse af hoftebrud som følge af fald i hjemmet, eller socialmedicinsk samarbejde med praksis. En forhøjelse af aktivitetsbidraget hertil vil ligeledes øge incitamentet til en mere målrettet forebyggelse mv. af sygdomme, samarbejde mv.

Statsligt tilskud

Lægeforeningen skal anerkende effekten af den allerede eksisterende statslige aktivitetspulje, som har bidraget til en øget indsats hen imod de takstbaserede ydelser (ventelisteafvikling). Omvendt har prioriteringen betydet, at ydelser, der ikke er takstbaserede, fx medicinske afdelinger med langtidssyge, ikke er blevet prioriteret på grund af manglende ressourcer.

Lægeforeningen skal derfor anbefale, at de statslige tilskud fremover generelt tager højde for den "skævvridningseffekt", som den nuværende aktivitetspulje medfører - og dermed også bidrager til en mere balanceret udvikling på sygehusområdet.

Udvikling og forskning

Lægeforeningen er enig i, at statens tilskud til H:S til udvikling og forskning fremover omlægges til en pulje, der fordeles på alle fem regioner på grundlag af forskningens omfang og kvalitet.

Lægeforeningen vil endvidere foreslå, at der bl.a. af H:S' puljemidler oprettes en fond til klinisk interventionsforskning, der skal støtte såkaldte fase 4 forsøg. Fonden bør have en fælles ledelse, der koordinerer forskningsindsatserne i regionerne, og fonden bør ledes af en bestyrelse, der repræsenterer såvel regioner som lægefaglighed. Lægeforeningen vil fremlægge dette forslag separat på et møde med de relevante parter inden for nærmeste fremtid.

Lægeforeningen vil understrege, at EU's Barcelonaerklæring skal efterleves fra dansk side, idet det er en forudsætning for et velfungerende puljebaseret forskningsfinansieringssystem.

Udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Lægeforeningen kan godt have forståelse for ønsket om at give patienter et bedre overblik over deres klage- og erstatningsmuligheder

ved at samle reglerne om disse muligheder i samme lov. Lægeforeningen er imidlertid betænkelig ved den signalværdi, der kan ligge i at samle to nugældende regelsæt fra henholdsvis det disciplinære system og erstatningssystemet i samme lov. Det er af stor betydning for læger, der skal rådgive patienter om deres erstatningsmuligheder, at de ikke kan komme i tvivl om, at Patientforsikringen fungerer uafhængigt af det disciplinære system i Patientklagenævnet og Sundhedsstyrelsen.

Ved revision af lovgivningen om klageadgang inden for sundhedsvæsenet finder Lægeforeningen anledning til at stille forslag til ændring af det nuværende patientklagesystem.

Sundhedsvæsenets Patientklagenavn er i dag det mest centrale led i Sundhedsstyrelsens tilsyn med sundhedsvæsenet. Fokus er rettet på at drage den enkelte læge til ansvar for en given fejlslagen behandling og påtale denne med henvisning til lægeloven.

I det nuværende klagesystem er der ikke incitament til at vurdere behandlingsforløbet som helhed med henblik på at rette fokus på eventuelle uhensigtsmæssigheder i arbejdsgange. Hverken politikere eller administratorer inddrages i den nuværende klageproces.

Lægeforeningen støtter derfor de tanker, som Forbrugerrådet for nylig har introduceret om at indføre et nyt klagesystem, der fungerer fremadrettet og forebyggende.

Forslaget indebærer, at der etableres et nyt patientklagenavn, der behandler patienternes klager over udrednings- og behandlingsforløb, og at det nuværende Patientklagenavn ændres til et disciplinærnavn.

Efter Lægeforeningens opfattelse bør et nyt patientklagenavn have mulighed for at bedømme, om der er sket en tilsidesættelse af patientens formelle og materielle rettigheder, og om sygehusmyndigheden har levet op til sine forpligtelser med hensyn til normering og fysiske rammer for behandling. Det bør endvidere kunne tage stilling til, om behandlingsforløbet har været af tilfredsstillende kvalitet. Nævnet bør sammensættes af juridisk sagkyndige, repræsentanter for patientforeninger og forbrugerorganisationer, læger, sygehusejere og centrale sygehusmyndigheder.

Et nyt disciplinærnavn skal kunne modtage anmeldelse fra patienter om faglig uforsvarlig virksomhed. Disciplinærnavnets virksomhed bør

herudover baseres på indberetninger fra Embedslægeinstitutionerne via Sundhedsstyrelsen og fra sygehusafdelinger, sygehusmyndigheder mv. Nævnet bør i lighed med det nuværende Patientklagenævn have kompetence til at fastslå, om læger har udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i deres gerning i henhold til de forpligtelser, som fremgår af lægeloven. Nævnet sammensættes af specialesagkyndige læger og juridisk sagkundskab.

Lægeforeningen finder det afgørende for kvalitetsforbedringer i udrednings- og behandlingsforløb, at disse vurderes særskilt og uafhængigt af den enkelte sundhedspersons ansvar, hvorfor en opdeling af klagesystemet i to selvstændige enheder vil være den anbefalede løsning.

Udkast til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet

Lægeforeningen finder det overordentlig positivt, at de tre videreuddannelsesregioner opretholdes, jf. lægelovens § 4b.

Speciallægeuddannelsen er ikke eksplicit nævnt i udkast til sundhedslov, hvorfor det må antages, at opgaven vedr. administration og koordination af turnusuddannelsen samt speciallægeuddannelsen i almen medicin flyttes til regionerne.

Lægeforeningen så imidlertid gerne, at specialet almen medicin samt turnus fremover administreres i videreuddannelsesregionerne sammen med samtlige andre specialer, således at alle opgaver på videreuddannelsesområdet samles i videreuddannelsesregionerne.

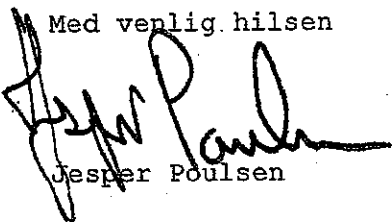
Administrationen af turnus og almen medicin bør overgå til videreuddannelsesregionerne, fordi der med gældende lovgivning har vist sig at være en række koordineringsproblemer i forbindelse med, at de uddannelsessøgende læger i almen medicin skal tilbydes fx generelle kurser og forskningstræning, der administreres i videreuddannelsesregionerne. Et af formålene med den nye speciallægeuddannelse i almen medicin var at bringe denne på niveau med de øvrige speciallægeuddannelser, både med hensyn til struktur og kvalitet. Det vil have en positiv signalværdi, at også almen medicin administreres i videreuddannelsesregionerne.

Udkast til lov om regional statsforvaltning

Lægeforeningen har ikke bemærkninger til de foretagne tilpasninger i § 34 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, jf. forslag til lov om regional statsforvaltning, § 10, der er en konsekvens af en ændret struktur og ændrede geografiske afstande.

Lægeforeningen skal imidlertid anbefale, at de lokale psykiatriske nævn styrkes fagligt ved i videst muligt omfang at beskikke psykiatere til deltagelse i sagers afgørelse ved de lokale psykiatriske patientklagenævn.

Med venlig hilsen



Jesper Poulsen

Bianca Lund Sørensen

Fra: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sendt: 7. januar 2005 12:16
Til: Kontorpostkasse 1 økonomiske kontor; Charlotte Bidsted
Emne: VS: Høringssvar over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen
Prioritet: Høj

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

Fra: Marie Borgstrøm [mailto:MB@DADL.DK]
Sendt: 7. januar 2005 11:51
Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Emne: Høringssvar over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen
Prioritet: Høj

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2.s.kt.

Hermed følger Lægeforeningens høringssvar over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen.

I bedes se bort fra den tidligere fremsendte word-fil.

Med venlig hilsen
Marie Borgstrøm
Sundhedspolitisk Sekretariat
Den Almindelige Danske Lægeforening
Trondhjems-gade 9
2100 København Ø

telefon direkte 3544 8222
e-mail mb@dadl.dk
www.laegeforeningen.dk

<<0800_001.pdf>>

7. januar 2005

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

INDGÅET I
-7 JAN. 2005

1.Ø

3348 3750
3348 3899

Kopi til Maw 20

Nils 20

Lisa 25

Helle TK

Schønau

Lina 1 K

Louise TK

2x Henrik 40

Marie 20

Pemille TK

Anja TK

Julie TK

NFH

Lise STAB

H:S er med diverse skrivelser af 1. december 2004 fra Indenrigs- og sundhedsministeriet og andre ressortministerier anmodet om at udtale sig om lovforslagene i forbindelse med kommunalreformen. Nedenfor følger H:S Direktionens generelle kommentarer til de relevante lovforslag, som relaterer sig til sundhedsvæsenet. H:S Direktionen har endvidere i vedlagte notat udarbejdet uddybende kommentarer, herunder primært faglige og tekniske forslag til ændringer til de enkelte lovbestemmelser.

H:S Direktionen er enig i, at der med dannelsen af Region Hovedstaden skabes mulighed for at sikre et fremtidigt stærkere, regionalt sundhedsvæsen i Hovedstadsområdet. H:S Direktionen finder på baggrund af erfaringerne fra H:S, at etableringen af større enheder på sygehusområdet muliggør såvel kvalitets- som effektivitetsforbedringer.

Reformen på sundhedsområdet skaber et forbedret grundlag for at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af administrative grænser samt let og lige adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau. Endvidere skabes der grundlag for en stærkere indsats for at sikre kvalitet, effektivitet og faglig udvikling i sundhedsvæsenet i et samspil med de centrale sundhedsmyndigheder, der tildeles styrkede beføjelser.

H:S Direktionen finder det positivt, at der sker en generel styrkelse af Sundhedsstyrelsens muligheder for at sikre en landsdækkende koordinering og en bedre kvalitet, herunder opstilling af krav og kriterier for, at de enkelte afdelinger/sygehuse kan udføre relevante specialiserede behandlinger.

Koordinationsopgaven inden for sundhedsvæsenet er betydelig på grund af den store grad af kompleksitet i opgaveløsningen og de mange aktører. Tæt koordinerede behandlingsforløb mellem den primære og den sekundære sektor er en væsentlig forudsætning for en samlet set god opgaveløsning. Det vil blive understøttet af, at der med forslaget lægges op til, at regionerne får ansvaret for både sygesikringsområdet og sygehusvæsenet.

H:S Direktionen finder det desuden positivt, at regioners og kommuners forpligtelse til kvalitetsudvikling er gjort eksplicit i forslaget til Sundhedslov, som også indeholder et selvstændigt kapitel om kvalitetsudvikling, så denne opgave kommer til at fremstå som en

del af det almindelige driftsansvar, og så rammerne for den fortsatte kvalitetsudvikling lovfæstes bl.a. gennem omtale af etableringen af Den Danske Kvalitetsmodel.

H:S Direktionen har noteret sig, at der etableres et evalueringsinstitut for kommuner m.v., og at instituttet også skal beskæftige sig med evalueringer af de kommende regioners opgavevaretagelse. H:S Direktionen er enig i behovet for at samle erfaringer samt sikre metodeudvikling og videndeling i relation til de opgaver, som er skitseret for det nye institut. H:S Direktionen har imidlertid en række bemærkninger, der vedrører såvel instituttets meget brede formålsbeskrivelse som instituttets samarbejde med/inddragelse af de nuværende og kommende sygehusejere, herunder bemærkninger vedrørende den meget omfattende adgang til data, som det nye institut påtænkes tildelt, og som vil pålægge de evaluerede parter et ganske betydeligt arbejde.

Hospitalerne i H:S – med Rigshospitalet som landets absolut største forskningsproducerende hospital - vil også fremover have en særlig opgave indenfor sundhedsforskningen i Danmark. H:S Direktionen finder det positivt, at tilskuddet til udvikling af forskning m.v. efter de almindelige bemærkninger til forslaget vil blive fordelt til regionerne på grundlag af forskningens omfang og kvalitet. H:S Direktionen finder det samtidig vigtigt, at der følger tilstrækkelige midler til den udvidede, lovfæstede forskningsforpligtelse, som ligger i forslaget, således at man hindrer et tilbageslag for de eksisterende forskningsmiljøer, som kan få langsigtede konsekvenser for udvikling af behandlingsmulighederne i det danske sundhedsvæsen. H:S Direktionen skal samtidig påpege, at jo større den økonomiske ubalance er for Region Hovedstaden, jf. bemærkningerne til Lov om regionernes finansiering, desto vanskeligere vil det være at tilvejebringe nye forskningsmidler inden for rammen.

H:S Direktionen finder det uforståeligt, at forslaget til lov om regionernes finansiering indeholder en model, der betyder, at Region Hovedstaden vil tabe 451 mio. kr. ved kommunalreformen. Region Hovedstaden er den eneste region, der vil tabe økonomisk på reformen – de øvrige tilføres enten flere midler eller vil opretholde deres nuværende økonomiske niveau. Hovedstadens sygehusvæsen er ikke dyrere pr. indbygger end landsgennemsnittet, når der tages højde for sociale vilkår og psykiatri. For H:S' vedkommende er dette sandsynliggjort i en række analyser, som også Indenrigs- og sundhedsministeriet samt Finansministeriet har medvirket i. H:S Direktionen skal derfor foreslå, at der ved udarbejdelse af den endelige finansieringsmodel i højere grad tages hensyn til de særlige forhold i hovedstadsområdet.

H:S Direktionen er enig i, at der er behov for at etablere et velfungerende samarbejde mellem fremtidens regioner og kommuner. Nye snitflader, potentielle gråzoner og flere "fælles patientforløb" vil medføre et øget behov for samarbejde og koordinering mellem regioner og kommuner, så den nødvendige sammenhæng i indsatsen sikres. Regionale samarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og planer kan være med til at sikre denne sammenhæng.

Det er imidlertid bekymrende, at det ikke i forslaget til Sundhedslov i højere grad er afklaret, hvordan den konkrete opgavevaretagelse på forskellige områder i fremtiden vil blive fordelt mellem kommuner og regioner.

Dette gælder ikke mindst på genoptræningsområdet, som er et af de store gråzoneområder i den nuværende struktur. H:S Direktionen tilslutter sig helt hensigten med forslaget og ønsket om at skabe mere sammenhængende genoptræningsforløb, større klarhed om

ansvarsplaceringen og om at undgå kassetænkning. Men det aktuelle forslag medfører en række uafklarede forhold for så vidt angår definitioner, opgaveplacering og økonomi, som bør søges præciseret.

Bl.a. kan det påpeges, at de udgående funktioner, der er etableret gennem de seneste år for at styrke genoptræning i hjemmet for patienter, netop er etableret som udgående fra et hospitalsmiljø for dermed at sikre en nødvendig faglige forankring, tværfaglighed og kontinuitet i forløbet, som kan risikere at blive svækket ved overflytning af ansvaret herfor til kommunalt regi.

Indsatsen for psykisk syge omfatter opgaver, der hører hjemme i socialvæsenet og tilgrænsende sektorer, herunder bl.a. det sociale område. Der vil også inden for psykiatrien være grænseflader med ansvarsmæssige gråzoner, om hvilke der skal samarbejdes mellem de kommende regioner og kommuner. H:S Direktionen forudsætter, at ansvaret for behandlingspsykiatrien placeres i regionerne, og foreslår, at dette kommer ind i sundhedsloven, som et minimum i dennes bemærkninger, og at der i bemærkningerne til loven bliver forsøgt en afklaring af begrebet. Den behandlende psykiatri omfatter bl.a. stationær og ambulant sygehusbehandling, distriktskykiatri og opsøgende psykose-team. Sidstnævnte for H:S' vedkommende i dag i et tæt og formaliseret samarbejde med Frederiksberg og Københavns Kommuner.

H:S Direktionen skal, under hensyn til at H:S har status om selvstændig offentlig driftsmyndighed og under hensyn til, at H:S har status som selvstændig overenskomstpart på det offentlige område (og ikke er medlem af hverken KL eller ARF), foreslå, at delingsrådet for så vidt angår Region Hovedstaden udvides med et medlem efter indstilling fra H:S.

Endelig skal H:S Direktionen henvise til og fremhæve det vedlagte notats bemærkninger side 9 vedr. tinglysningsafgift samt overførsel af mindreforbrug som følge af forskydninger og af øvrigt overskydende beløb til følgende års drift.

Med venlig hilsen

Helle Ulrichsen

Notat vedr. H:S Direktionens bemærkninger til de enkelte lovforslag i forbindelse med kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område

INDHOLDSFORTEGNELSE

Forslag til Sundhedslov.	Side 2 – 7
Forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.	Side 8
Forslag til Lov om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen.	Side 8 – 11
Forslag til Lov om regioners finansiering.	Side 11 – 12
Forslag til Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab.	Side 13
Forslag til Lov om et evalueringsinstitut for kommuner m.v.	Side 13 – 15
Forslag til Lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet.	Side 16
Forslag til Lov om ændring af Lov om Begunstigelser for en Krediforening af Kommuner i Danmark.	Side 16
Forslag til Lov om kommunale borgerservicecentre.	Side 16
Forslag til Lov om revision af den kommunale inddeling.	Side 16
Forslag til Lov om forpligtende kommunale samarbejder.	Side 16
Forslag til Lov om regional statsforvaltning.	Side 16

Forslag til Sundhedslov

H:S Direktionen har følgende bemærkninger:

ad § 3:

H:S Direktionen ønsker det præciseret, at der med den nye bestemmelse i § 3 ikke lægges op til, at kommuner også skal tilbyde egentlige lægefaglige behandlingsydelser.

ad kapitel 2 og 3:

Lovudkastets bestemmelser om personkreds, bevis for ret til ydelser og adgang til sygehusvæsenets ydelser gentager gældende bestemmelser på området, således at der i relation til visse af sundhedsvæsenets ydelser lovgives meget detaljeret om adgangen hertil, mens det på andre områder er overladt til Indenrigs- og sundhedsministeren at fastsætte nærmere regler herom.

Fx fastslås det i § 7, at personer, der har bopæl her i landet, har ret til lovens ydelser. I § 9 findes en specialbestemmelse, der henviser til § 80, hvori – samt i § 81 - er gengivet bestemmelserne i den hidtidige ydelsesbekendtgørelse § 9, stk. 1 - 3 (akut sygehusbehandling til personer uden bopæl og ret til behandling, hvis det ikke skønnes rimeligt at henvise til behandling i hjemlandet). Disse bestemmelser er velkendte, men for så vidt angår denne persongruppes adgang til lovens øvrige ydelser, er det i lovudkastets § 9, stk. 2 og flere andre steder overladt til ministeren at fastsætte nærmere regler herom.

Man savner således i loven et samlet ensartet regelsæt om i hvilket omfang, personer uden bopæl har adgang til lovens ydelser. I det omfang, disse personer afskæres fra nogle af lovens ydelser, kan det selvsagt føre til et pres på sygehusvæsenet for at få ydelser her frem for i den primære sektor.

Dette medfører, at loven ikke bliver overskueligt for borgerne, og det kunne være ønskeligt, at der i lovudkastets indledende bestemmelser blev givet nogle samlede regler om adgangen til lovens ydelser, herunder således at beviset efter § 13 umiddelbart kunne anvendes af de administrerende myndigheder uden en egentlig prøvelse af personens ret til ydelsen.

ad § 42:

H:S Direktionen har noteret sig den foreslåede ændring i § 42 vedr. tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger, der regulerer, at sundhedspersoner skal indhente samtykke før patienters helbredsoplysninger kan videregives i forbindelse med behandlingen af patienten. I forhold til tidligere er der sket den udvidelse, at udskrivningsbreve fremover vil kunne videregives til patientens alment praktiserende læge uden samtykke. Dog kan patienten frabede sig, at udskrivningsbrevet videregives. Det fremgår af de specielle bemærkninger til § 42, at patienten skal informeres om sin ret til at nægte videregivelse. H:S Direktionen finder, at dette forslag vil imødekomme længere tids ønsker om en forenkling i forhold til udveksling af udskrivningsbreve mellem hospitaler og praktiserende læger. H:S Direktionen har med tilfredshed noteret bemærkningernes understregning af, at patienten skal informeres om retten til at nægte videregivelse. H:S Direktionen savner i lovforslaget regler for videregivelse af helbredelsesoplysninger i forbindelse med praksisophør. I dag skal sådanne oplysninger efter eksisterende lov destrueres, hvilket er u hensigtsmæssigt. Endelig finder H:S Direktionen, at der bør skabes lovhjemmel til, at alment praktiserende læger i relation til deres egne patienter automatisk får besked om dødsårsagen i de tilfælde, hvor patienterne dør under indlæggelse.

ad § 78:

§ 78 synes at lægge op til en meget stram styring af regionernes virksomhed på dette område, herunder især hvis også mindre samarbejdsforhold skal godkendes af Indenrigs- og sundhedsministeren.

ad § 80 og 81:

I § 80 findes bestemmelsen om, at der ydes akut behandling til personer, der ikke har bopæl her i landet, og at der herudover kan ydes behandling til disse personer, når det under de foreliggende omstændigheder ikke skønnes rimeligt at henvise dem til behandling i hjemlandet. Endvidere findes i § 81, stk. 2 en bestemmelse om, at behandling efter § 80, stk. 2 kan ydes vederlagsfrit, når det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt. Dette svarer til ydelsesbekendtgørelsens § 9, stk. 1 - 3.

I § 81 findes en bestemmelse om, at sygehusbehandling efter bestemmelserne i lovens sygehusafsnit samt lovens afsnit om svangerskabsafbrydelse og sterilisation er vederlagsfri for patienten med den nævnte modifikation vedrørende ikke akutte patienter uden bopæl her i landet.

Imidlertid er bestemmelsen i § 80 noget uklar, når den henviser til afsnittene om svangerskabsafbrydelse og sterilisation, hvor betalingsspørgsmålet kun indirekte er omtalt i § 102 og i § 113, hvor det nævnes, at en kvinde/person, der har bopæl her i landet, har ret til at få svangerskabet afbrudt, eller blive steriliseret. Det synes at kræve en god del forkundskaber at kunne udlede, at meningen med § 81 er, at det kun er de kvinder/personer, der har bopæl her i landet, der har adgang til gratis svangerskabsafbrydelse, henholdsvis sterilisation. Endvidere er bemærkningernes korte omtale af disse forhold formuleret således, at det kun er akut svangerskabsafbrydelse, der er vederlagsfri. Bemærkningerne udelader således den situation, som er omtalt i bemærkningerne til den seneste ændring af svangerskabsafbrydelsesloven, men ikke i Justitsministeriets vejledning, at også kvinder i en situation, som beskrevet i ydelsesbekendtgørelsens § 9, stk. 2, har en egentlig ret til at få svangerskabet afbrudt dog mod efterfølgende betaling, som patienten dog kan fritages for efter ydelsesbekendtgørelsens § 9, stk. 3.

H:S Direktionen skal foreslå, at kravet om bopæl nævnes i § 81, og at der derefter henvises til de bestemmelser, hvor bopælskravet fraviges.

H:S Direktionen skal endvidere foreslå, at der i relation til bemærkningerne i § 81 udtrykkeligt gøres opmærksom på, at Udlændingestyrelsen skal yde betaling for alle fødsler, medmindre fødslen er akut, dvs. før terminen.

ad § 102:

H:S Direktionen skal foreslå, at det af bemærkningerne til § 102 eksplicit kommer til at fremgå, at sygehusvæsenet også har en forpligtelse til at yde abort til kvinder uden bopæl her i landet, hvis det under de foreliggende omstændigheder ikke synes rimeligt at henvise til abort i udlandet.

ad § 133:

I lovforslagets § 133 nævnes det, at opgaven vedr. specialiseret tandplejetilbud til sindslidende m.v. med de nye bestemmelser flyttes fra amterne til kommunerne. Samtidig hedder det imidlertid, at regionsrådet skal drive specialiseret tandplejetilbud til samme personkreds. Forklaringen findes i de specielle bemærkninger, hvoraf det fremgår, at regionen har opgaven i forhold til kommuner, der ikke kan eller vil løse opgaven selv. Denne reelle uklarhed i opgave- og ansvarsfordelingen er uhensigtsmæssig.

ad § 140:

Ifølge lovforslagets § 140 overgår myndigheds- og finansieringsansvaret for at tilbyde genoptræning efter sygehusindlæggelse fra amterne/H:S til kommunerne.