

Med disse overordnede betragtninger in mente har foreningen derfor nogle konkrete bemærkninger til høringsudkastet:

Konkrete bemærkninger:

Loven tager sigte på at sikre, at mindre kommuner med under 20.000 indbyggere skal indgå forpligtende samarbejde om en række lovadministrationsområder, såfremt de ikke lader sig sammenlægge til større enheder.

Af § 11 fremgår nogle særlige betragtninger vedrørende ø-samfund, som ønsker at være selvstændige kommuner. Det fremgår af § 11, at Indenrigs- og Sundhedsministeren kan fravige reglerne i denne lov for så vidt angår øerne. I bemærkningerne til § 11, stk. 1 fremgår, at en sådan fravigelse vil kunne bestå i, at det forpligtende samarbejde ikke skal omfatte alle de opgaveområder eller dele heraf, som er nævnt i § 1, stk. 2. I § 1, stk. er bl.a. nævnt en lang række beføjelser på natur- og miljøområdet, som kommunerne fremover får som følge af kommunalreformen.

Af ovenstående følger, at ministeren kan beslutte, at mindre øer selv får kompetencen på natur- og miljøområdet uden for et forpligtende kommunalt samarbejde.

Dette finder Danmarks Naturfredningsforening er ekstremt uheldigt. Det er i forvejen foreningens opfattelse, at selv de store kommuner er for små enheder til at administrere natur- og miljøområdet. Hvis mindre ø-samfund selv får kompetencen til at forvalte natur- og miljølovgivningen på deres øer, frygter foreningen, at kortsigtede udviklingsinteresser helt vil dominere over langsigtede natur- og miljøinteresser.

Foreningen anbefaler derfor, at § 11 forfattes således, at der ikke er mulighed for at fravige reglerne i loven for så vidt angår samarbejde indenfor natur- og miljøområdet, nærmere bestemt de i § 1, stk. 2, nr. 3 nævnte opgaver.

Med venlig hilsen

Thomas Færgeman
Afdelingsleder
Direkte: 39 17 40 44, tf@dn.dk



DANSK SYGEPLEJRÅD

Høringssvar

7. januar 2005

Høringssvar vedr. forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet

Dansk Sygeplejeråd er positive over for, at alle de nuværende love om patienters klageadgang på sundhedsområdet samles i én lov. Det vil efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse styrke borgernes retssikkerhed, hvis der er en forenklet adgang til at klage.

Efter Dansk Sygeplejeråd opfattelse er det dog væsentligt, at borgerne oplever en faglig kompetent og korrekt sagsbehandling.

Derfor er det afgørende nødvendigt, at Patientklagenævnets sekretariat, der sagsbehandler sagerne, før de forelægges for nævnet, er fagligt rustet til at varetage disse nye opgaver. Dette gælder såvel medarbejderantal som kompetencer.

Det fremstår imidlertid uklart af lovgivningen, hvordan Patientklagenævnet skal løfte opgaverne, uden at det samtidig sikres, at der tilføres nye ressourcer og kompetencer til at håndtere de nye opgaver.

Selvom Patientklagenævnet tilføres ressourcer fra de pågældende områder har Patientklagenævnet på nuværende tidspunkt alene erfaring med at behandle klagesager over sundhedspersoners faglige virksomhed. Med overførslen af de nye sociale sager skal Patientklagenævnet også tage sig af sociale områder såsom begravelseshjælp, befordringsgodtgørelse, indplacering i sikringsgruppe I og II, garant tid ved tilflytning til Grønland og Færøerne, ret til ydelser til forskellige behandlinger hos speciallæger, fodterapeuter m.v. samt tilskud til briller m.v.

Dette er områder, som Patientklagenævnet ikke i dag har kompetence til at varetage, idet Patientklagenævnet alene har sagkyndige med en sundhedsfaglig baggrund.

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at det sikres, at Patientklagenævnets sekretariat er i besiddelse af de rette faglige kompetencer til at løse de nye opgaver, frem for et fokus på at opgaven skal løses udgiftsneutralt.

Samtidig finder Dansk Sygeplejeråd, at det er væsentligt for borgernes retssikkerhed, at der laves præcise rammer for, hvornår formanden træffer afgørelser, som ikke forudgående har

været behandlet i sekretariatet. Det er Dansk Sygeplejeråds erfaring, at sådan en klarhed vil styrke retsfølelsen og afgørelsernes legitimitet.



Januar 2005/SSP/LPr

Dansk Sygeplejeråds høringssvar vedr. forslag til Sundhedslov

Sammenfatning

Danmark skal have et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen i verdensklasse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Læsevejledning

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

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

Indledende bestemmelser (afsnit I)

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

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

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

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

§ 2

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

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

§ 2

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

Sundhedsloven skal sætte fokus på sygepleje

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

§ 5

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

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

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

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

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

§1

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

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

Patienters retsstilling (afsnit III)

Patienterne skal have stor selvbestemmelse

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

Sygehusydelse (afsnit VI)

Hospitalerne skal sikres frihedsgrader og udviklingsmuligheder

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

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

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

Specialiserede hospitaler kræver kompetente sundhedspersoner og stærk faglig ledelse

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

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

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

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

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

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

Hospitalerne skal fortsat udøve sundhedsfremme og forebyggelse

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

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

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

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

Ny §

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

§ 119

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

Kommunale sundhedsydelser (afsnit IX)

Kommunerne skal være en integreret del af sundhedsvæsenet

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

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

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

§ 118

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

§ 118

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

Kommunerne skal styrke de sygeplejefaglige kompetencer

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

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

§ 118

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

§ 118

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

Sundhedscentre skal være et centralt element i fremtidens sundhedsvæsen

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

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

§ 119

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

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

§ 119

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

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

Kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats skal reguleres tæt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ny § 119,
stk. 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En investeringspulje til sundhedsfremme og forebyggelse er nødvendig

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

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

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

Lov om regionernes finansiering

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

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

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

Sundhedsplejen skal spille en større rolle i sundhedsfremme og forebyggelse

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

§ 120,
stk. 2

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

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

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

§§ 120
– 126

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

Ny §

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

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

§ 121

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

§ 126

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

Ny §

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

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

Hjemmesygeplejens centrale betydning skal fremgå af loven

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

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

§ 139

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

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

§ 139

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

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

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

Hjemmesygepleje skal ydes efter sundhedsfaglig vurdering

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

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

§ 138

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

Lov om forebyggende hjemmebesøg skal integreres i Sundhedsloven

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

Ny §

For at sikre den nødvendige sammenhæng til den øvrige del af hjemmesygeplejen foreslår Dansk Sygeplejeråd, at Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv. (lov nr. 117 af 20.12.1995) skrives ind i Sundhedsloven, eventuelt som et nyt kapitel efter kapitel 38.

Genoptræning og rehabilitering skal sikres de nødvendige ressourcer

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

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

§ 140

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

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

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

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

§ 140

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

Den faglige bæredygtighed på misbrugsområdet risikerer at gå tabt

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

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

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

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

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

§§ 141
- 142

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

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

Den faglige kvalitet i socialpsykiatrien risikerer at lide skade

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ny §

Lov om social service

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

Præhospital indsats og befordring og befordringsgodtgørelse (afsnit XII)

Den præhospital indsats skal styrkes

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

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

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

Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed (afsnit XIV)

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

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

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

§ 188

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

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

§ 188

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

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

Kommunerne skal forpligtes til at sætte fokus på patientsikkerhed

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

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

§§ 193
- 195

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

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

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

§ 194

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

Kravet om dokumentation skal lovfæstes

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