

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

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

Ny §

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

Ny §

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

Ny §

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

#### Der skal forskes inden for alle sundhedsprofessioner

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

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

§ 189

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

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

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

## Samarbejde og planlægning (afsnit XV)

### Der skal skabes ét sammenhængende sundhedsvæsen

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

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

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

§ 188  
§ 197

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

§ 75 og  
§ 118

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

Lov om  
regioner-  
nes finan-  
siering

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

### Samarbejdsudvalg og sundhedsaftaler skal hvile på sygeplejefaglig ekspertise

De nye samarbejdsudvalg mellem region og kommuner bliver et vigtigt forum for dialog om sammenhængen i sundhedsvæsenet.

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

§ 199

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

§ 200

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

### Sundhedsstyrelsen skal fastsætte bindende retningslinjer for sundhedsaftalerne

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

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

§ 200

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

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

planlægning under indlæggelse, patientinformation, udskrivelse og koordinet og koo-  
rdination.

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

§ 200

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

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

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

Ny §

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

### Sygeplejersker spiller en vigtig rolle for sammenhængende patientforløb

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

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

Dansk Sygeplejeråd er enig i, at almen praksis spiller en vigtig rolle. Det gør andre fag-  
grupper – herunder sygeplejersker – også. F.eks. fungerer sygeplejersker som personlige  
forløbskoordinatore, sikrer sammenhængen mellem hospital og hjemmesygepleje i for-  
bindelse med indlæggelse og udskrivning og har en koordinerende rolle på bl.a. det psy-  
kiatriske område.

§ 42  
§ 119

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

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

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

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

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

§ 202

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

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

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

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

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

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

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

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

§§ 208  
- 209

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 209

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

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

#### Infektionshygiejnen må ikke forringes

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

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

§ 209  
stk. 3

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

§ 209,  
stk. 3

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



## Finansiering (afsnit XIX)

### Det nye finansieringssystem skal understøtte kvalitet og sammenhæng

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

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

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

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

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

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

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

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



Ny §

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

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

Kopi til Lisa, 2S

## Bianca Lund Sørensen

**Fra:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
**Sendt:** 7. januar 2005 10:45  
**Til:** Kontorpostkasse 1 økonomiske kontor; Charlotte Bidsted  
**Emne:** VS: Amdsrådsforeningens høringsvar på sundhedsområdet



470521 -



171614 - Ændringer



474784 -



482087 -



482112 -

ensigtsmæssig incit i den nye s... iringsvar vedrørendøringssvar over forsøringsvar over fors.

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

**Fra:** Helle Dencker Unold, HDU [mailto:HDU@ARF.DK]

**Sendt:** 7. januar 2005 10:42

**Til:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet

**Cc:** Sundheds- og Socialafdelingen; Otto Larsen, OL; Direktionssekretariatet; Amgros; Astma-allergiforbundet; Danmarks Lungeforening; Dansk Handel og Service; Dansk Industri; Dansk Medicinsk Selskab; Dansk Selskab for Sygehusledelse; Dansk Socialrådgiverforening; Dansk Sygeplejeråd; Dansk Tandlægeforening; Danske Fysioterapeuter; De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI); Lægeforeningen; Det Kommunale Kartel; Diabetesforeningen; DSI - Dansk Institut for Sundhedsvæsen; Ergoterapeutforeningen; Falck; Forbundet af Offentligt Ansatte; PS; Foreningen Af Yngre Læger; Frederiksberg Kommune - Amt; Gigtforeningen; H:S; Hjertenytt; Kommunernes Landsforening; Kontaktudvalget for Mindre Sygdoms- og handicapforeninger (KMS); Kræftens Bekæmpelse; Københavns Kommune; LO; Lægemedelindustriforeningen; Praktiserende Lægers Organisation; Scleroseforeningen; Socialministeriet - departementet; Socialpædagogernes Landsforbund; Sundhedsstyrelsen - institution; Tandlægenes Nye Landsforening; Bent Michaelsen (E-mail); Bent Peter Larsen (E-mail); Bo Johansen (E-mail); Erik Lohmann-Davidsen (E-mail); Jeanette Birkelund (E-mail); Jens Chr. Sørensen (E-mail 2); Jens Peter Sørensen (E-mail); Lars Hansson (E-mail); Niels Højberg (E-mail); Niels Johannesen (E-mail); Niels Rasmussen (E-mail); Niels Aalund (E-mail); Palle Lund (E-mail); Per Okkels (E-mail); 96351100Orla Hav (E-mail); Annette Nisbeth (E-mail); Bent Hansen (E-mail); Bente Nielsen (E-mail); Carl Holst (E-mail); Hans Jørgen Holm (E-mail); Ib Dalsfledt (E-mail); Jan Boye (E-mail); Johannes Flensted-Jensen (E-mail); Knud Andersen (E-mail); Knud Munk Nielsen (E-mail); Kristian Ebbensgaard (E-mail); Niels Kr. Kirketerp (E-mail); Otto Herskind Jørgensen (E-mail); Poul-Erik Svendsen (E-mail); Søren Eriksen (E-mail); Vibeke Storm Rasmussen (E-mail); Finn Jensen; Flemming Nielsen; Henning Bruun-Schmidt; Jens Elkjær; Jesper Christensen; Karsten Hundborg; Kjeld Martinussen; Leif Vestergaard Pedersen; Leila Lindén; Martin Gregersen; Michael Nørgaard; Niels Mortensen; Peter Orebo Hansen; Svend Skov Jensen; Bornholms Regionskommune; Amter - Frederiksborg Amt; Amter - Fyns Amt; Amter - Københavns Amt; Amter - Nordjyllands Amt; Amter - Ribe Amt; Amter - Ringkjøbing Amt; Amter - Roskilde Amt; Amter - Storstrøms Amt; Amter - Sønderjyllands Amt; Amter - Vejle Amt; Amter - Vestsjællands Amt; Amter - Viborg Amt; Amter - Århus Amt; Ernst Greve; Karen Baungaard; Karin Falkencrone; Karsten Meyer Olesen; Kirsten Devantier; Steen Møller; Anne Grethe Lund Hansen (E-mail); Carl Johan Rasmussen (E-mail); Christian Møller-Nielsen (E-mail); Conny Jensen; Dorthe la Cour; Jette Skive (E-mail); Karl Bornhøft (E-mail); Leif Flemming Jensen (E-mail); Nina Berrig (E-mail); Aage Koch-Jensen (E-mail)

**Emne:** Amdsrådsforeningens høringsvar på sundhedsområdet

Vedhæftet fremsendes Amdsrådsforeningens høringsvar med bilag vedrørende:

- Lov om offentlig sundhed.
- Lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet.
- Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

13-12-2004

J.nr. 104-458422

David Arbirk/

Tommy Kjelsgaard

Tel. 3529 8192

Internet: [dar@arf.dk](mailto:dar@arf.dk)

## **Uhensigtsmæssig incitamentsstruktur på psykiatriområdet efter strukturreformen**

### **1. Resumé**

De sidste 25 år har psykiatrien arbejdet målrettet på at skabe sammenhæng for den enkelte patient, således at tilbuddene – uanset prisen – løbende bliver tilpasset patientens almene tilstand. Men i fremtiden ændres finansiering og ansvar.

Kommunerne skal efter regeringens forslag stå for 100 pct. af finansieringen i socialpsykiatrien, og inddrages også i finansieringen af sygehuse. Det ændrer de økonomiske incitamentter for kommunerne, og det vil kunne betyde voldsomme forringelser for den enkelte.

Det koster f.eks. fremover kommunerne 761 kr. (under 67 årig) om dagen at beholde færdigbehandlet patient med en lidt tungere sindslidelse på et psykiatrisk sygehus. Det koster derimod mellem 1.300 og 2.500 kr. om dagen at tilbyde sindslidende et egnet botilbud i socialektoren uden for sygehuset. Som det er i dag, skal kommunen dog kun – på grund af grundtakstmodellen – betale de 823 kr. af dette beløb. Efter 01-01-2007 skal kommunerne betale hele beløbet.

Den kommunale udgift for en færdigbehandlet patient og for et botilbud er dermed i dag rundt regnet den samme. Men dette vil ændre sig drastisk i fremtiden på grund af regeringens forslag om nye finansieringssystemer. Det sociale tilbud bliver mellem dobbelt og fire gange så dyrt for kommunerne.

### **2. Indledning**

- Ved indlæggelse forpligtes kommunen til, at betale 60 % af sengedagstaksten, dog kun i maksimalt 4 dage. For en psykiatrisk sengeplads giver det en kommunal betaling på 1.597 kr. pr. dag og maksimalt 6.398 kr. i alt.
- Efter endt behandling er kommunerne forpligtede på en obligatorisk plejetakst, også beregnet på grundlag af sengedagstaksten. Den obligatoriske plejetakst er sat til 761 kr. pr. dag for brugere under 67 år og 1.522 kr. pr. dag for brugere over 67 år. I de følgende eksempler ses kun på brugere under 67 år.

Den første takst træder i kraft ved indlæggelse, og løber derfra 4 dage i alt. Denne takst vil i langt de fleste tilfælde, hvor en bruger i den kommunale socialpsykiatri er indlagt til psykiatrisk behandling, udløbe inden afsluttet behandling. Da taksten dermed er uden betydning for kommunernes generelle økonomiske incitament til at hjemtage færdigbehandlede brugere, vil der i de følgende eksempler ses bort fra denne takst.

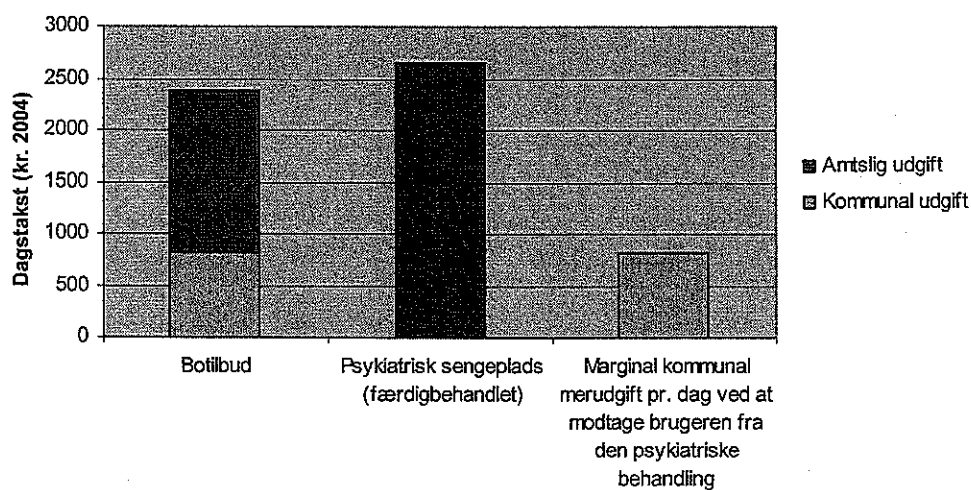
### **3. Eksempler på uhensigtsmæssig incitamentsstruktur på psykiatriområdet efter strukturreformen**

I dette eksempel vil incitamentet til at hjemtage brugeren efter endt behandling bliver forværret efter strukturreformen.

### Københavns Amt – Pilekrogen

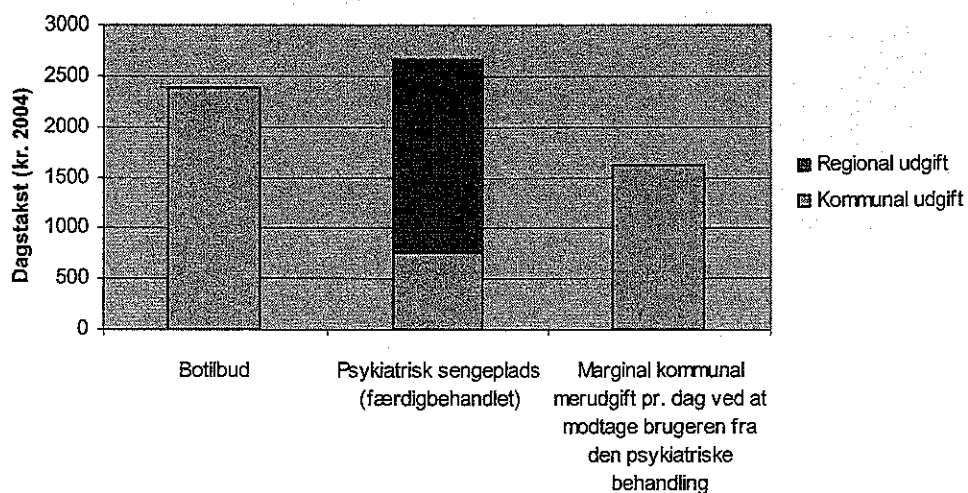
Botilbud til sindslidende – 16 egenboliger til en dagstakst på 2.382 kroner. Før strukturreformen er udgifterne fordelt således:

Figur 3: Fordeling af udgifter til botilbud og behandling før strukturreformen



Efter strukturreformen er fordelingen af udgifterne således:

Figur 4: Fordeling af udgifter til botilbud og behandling efter strukturreformen

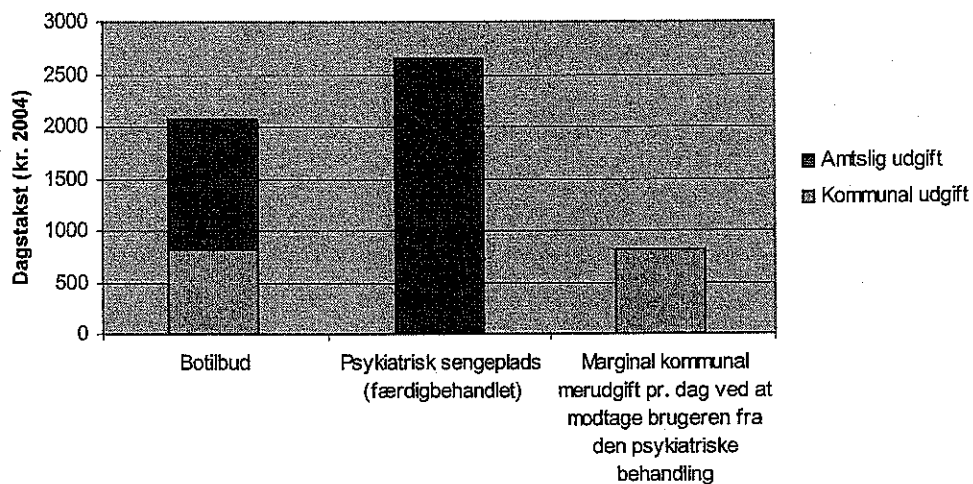


I dette eksempel forbliver incitamentet til at hjemtage brugeren efter endt behandling stort set uændret efter strukturreformen, men kommunerne har stadig udgifter ved at hjemtage brugeren.

**Københavns Amt – Vestervænget**

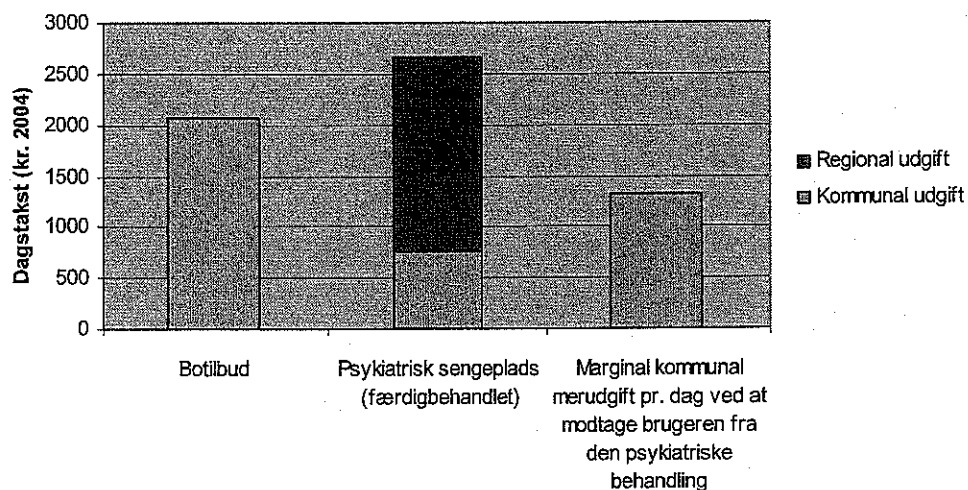
Botilbud til sindslidende. 30 egenboliger og 11 eneværelser. Gennemsnitlig dagstakst er 2075 kroner. Før strukturreformen er udgifterne fordelt således:

**Figur 7: Fordeling af udgifter til botilbud og behandling før strukturreformen**



Efter strukturreformen er fordelingen af udgifterne således:

**Figur 8: Fordeling af udgifter til botilbud og behandling efter strukturreformen**

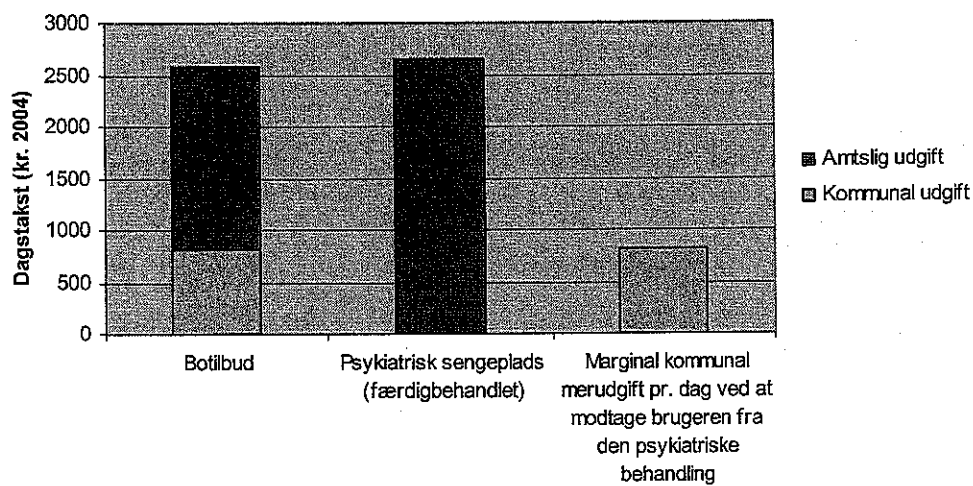


I dette eksempel vil incitamentet til at hjemtage brugeren efter endt behandling bliver forværret efter strukturreformen.

### Vejle Amt - Pomona

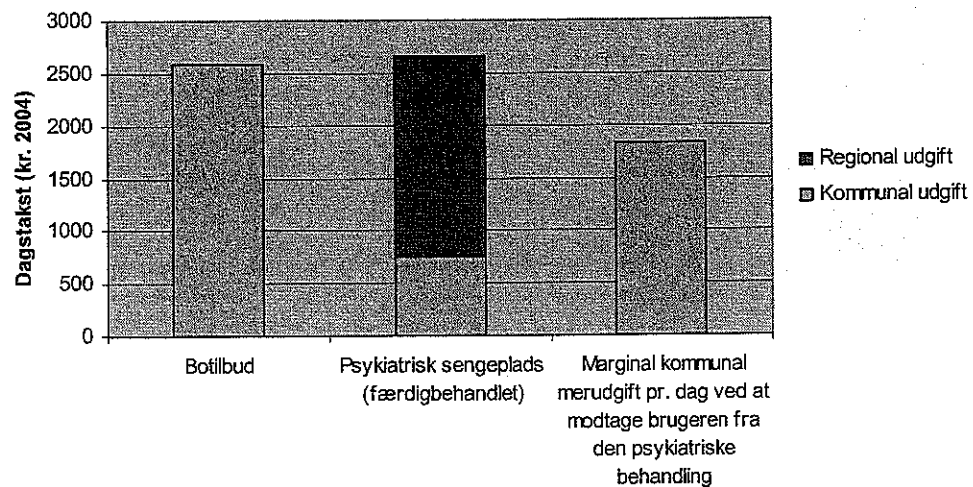
Botilbud til brugere med spiseforstyrrelser. Dagstaksten er 2.587 kr. Før strukturreformen er udgifterne fordelt således:

Figur 11: Fordeling af udgifter til botilbud og behandling før strukturreformen



Efter strukturreformen er fordelingen af udgifterne således:

Figur 12: Fordeling af udgifter til botilbud og behandling efter strukturreformen





I dette eksempel, er det kommunale incitament til at hjemtage brugeren efter endt behandling forbedret i forhold til situationen før strukturreformen. Det koster dog stadig kommunerne mere end 600 kr. om dagen at hjemtage brugeren.

Side 11

#### 4. Konklusion

Eksemplerne viser, at det kommunale incitament til hjemtagelse forværres eller forbedres alt efter størrelsen af dagstaksten i socialpsykiatrien. I et af tilfælde blev incitamentsstrukturen forbedret, men i flere af eksemplerne blev incitamentet til, at hjemtage brugerne efter endt behandling forværret.

Tabel 1: Fordelingen af sindslidende brugere af botilbud (2003)

	Sindslidende i kommunale tilbud		Sindslidende i alt
	Sindslidende i den amtslige botilbud	medfinansieret af amterne	
Brugere med døgntakst over 1.500 kr.	841	94	935
Brugere med døgntakst over 761 kr.	2980	517	3497
Brugere i alt	3429	523	3952

Kilde: Amdsrådsforeningens Grundtakstanalyse

Tabellen viser fordelingen af sindslidende brugere af amtslige og kommunale botilbud. For brugerne med døgntakster over 1.500 kroner vil incitamentet for, at hjemtage brugeren efter endt psykiatrisk behandling blive forværret i den nye struktur. Disse brugere udgør op mod 25 % af den samlede antal og disse brugere står for over 30 % af udgifterne til botilbud.

Ved overgangen til den nye struktur på social- og psykiatriområdet overtager kommunerne myndighedsansvar og finansiering af socialpsykiatrien. Amterne afholder i dag både udgifterne til psykiatrien og til socialpsykiatrien over grundtaksten. Derfor har amterne direkte incitament til, at hjemtage brugerne efter endt behandling, da udgifterne til botilbud deles med kommunerne, modsat udgiften til den psykiatriske behandling. I den nye struktur finansierer kommunerne 100 % af socialpsykiatrien, men, som eksemplerne viste, kun en mindre del af den psykiatriske behandling. Dermed risikerer den uheldige incitamentsstruktur at slå

<b>Gennemgang af Sundhedslov</b>		
§ med kort angivelse af indhold	Ændringer ift. gældende ret	Amtsrådsforeningens bemærkninger
<b>Afsnit I</b>		
<b>Indledende bestemmelser</b>		
<b>Kapitel 1. Formål og opgaver mv.:</b>		
§ 1: Sundhedsvæsenets formål: Sundhedsfremme, forebyggelse og behandling.	Ny bestemmelse.	Ingen bemærkninger.
§ 2: Krav om dels respekt for det enkelte menneske (integritet og selvbestemmelse) og dels krav om let og lige adgang, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelser, valgfrihed, let adgang til information, gennemsigtighed og kort ventetid på behandlingen.	Ny bestemmelse, dog indgår kravet om respekt i dag i patientrettighedsloven.	Amtsrådsforeningen går ud fra, at udtrykket "let og lige adgang" benyttes frem for den gængse terminologi "fri og lige adgang", idet udkastet til sundhedslov også omfatter ydelser, hvortil er knyttet egen betaling (diverse sygesikrings-ydelser). Amtsrådsforeningen finder at punkt 7 i paragraffen om "kort ventetid på behandling" bør formuleres mere generelt, så målet også omfatter kort ventetid på eksempelvis genoptræning.
§ 3: Ansvaret for tilbud om sundhedsfremme, forebyggelse og behandling i sundhedsvæsenet.  Sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne, og øvrige offentlige og private institutioner mv..	Ny bestemmelse.	Der er ikke fuld overensstemmelse mellem paragraffen og lovbestemmelserne. I bemærkningerne til §§ 1-4 anføres, at regionerne har det overordnede ansvar for sundhedsvæsenet og for samarbejde og kvalitet. Amtsrådsforeningen skal opfordre til, at § 3 omformuleres, så det regionale hovedansvar for sundhedsvæsenet fremgår tilsvarende klart.
§ 4: Fastsætter, at udvikling af kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse skal ske i	Ny bestemmelse.	Amtsrådsforeningen går ud fra, at der med formuleringen af denne paragraf ikke er lagt op til, at kommunerne også skal tilbyde egentlige lægefaglige behandlingsydelser.  Ingen bemærkninger.

Gennemgang af Sundhedslov		
§ med kort angivelse af indhold	Ændringer ift. gældende ret	Amtsrådsforeningens bemærkninger
	(bemyndigelse udmøntet i bkg. 2003 nr. 564) Det nye i bemyndigelsen § 9 stk. 2 er, at hjemlen i vaccinationslovens § 1 ikke er benyttet endnu til at medtage andre personsgrupper end de som har bopæl i Danmark. Hjemlen er der, men er endnu ikke benyttet.	
§ 10: Søfarende samt deres medsejlede ægtefæller og børn	Videreførelse af sygesikringslovens regler. Dog nu direkte lovhjemmel for at medsejlede ægtefæller/børn er omfattet. Bemyndigelse udmøntet i bkg. 1982 nr. 732 dog således at det ved en ny bkg. vil blive beskrevet (i dag) for søfarende - man lægger ikke op til indholdsmæssige ændringer.	Ingen bemærkninger.
§ 11: Personer fra militær, udenlandsk repræsentation eller international organisation samt disses familie	Videreførelse af sygesikringslovens og sygehuslovens regler. Bemyndigelse udmøntet i bkg. 1973 nr. 183, bkg. 1990 nr. 115, bkg. 2002 nr. 299 og lov 2003 nr. 383	Ingen bemærkninger.
§ 12: Personer indkaldt til værnepligtjeneste samt personer optaget i Kriminalforsorgen	Videreførelse af sygesikringslovens regler. Bemyndigelse udmøntet i bkg. nr. 1976 nr. 119 og bkg. 1990 nr. 115.	Ingen bemærkninger.
Kapitel 3. Bevis for retten til ydelser efter loven:		
§ 13: Kommunalbestyrelsen udsteder bevis for ret til ydelser efter loven. Ministeren fastsætter nærmere regler for beviset.	Er en konsekvens af sammenskrivningen af sygesikringsloven og sygehusloven.  § 13 er i vidt omfang en videreførelse af sygesikringslovens § 5. Der er dog	Indenrigs- og Sundhedsministeriet har tilkendegivet, at udvidelsen af sygesikringskortet ikke vil indebære, at sygehusejerne skal anskaffe nyt hardware. Amtsrådsforeningen forudsætter, at evt. medudgifter i medfør af § 13, må udløse en kompensation via DUT.