

### **Supplerende høringsvar fra delegationskommunerne i Centerlederforeningen.**

Som nævnt har social behandling af stofmisbrugere over 18 år været en amtskommunal opgave siden 1996, mens det er kommunerne, som med den umiddelbare kontakt til borgerne har ansvaret for forebyggelse, tidlig opsporing og den løbende sociale indsats for misbrugere i kommunen.

Ved lovens ikrafttræden blev der åbnet mulighed for at de større kommuner, der allerede havde opbygget et kvalificeret behandlingstilbud til målgruppen, kunne delegeres kompetencen fra amtsrådene til at udføre opgaven på samme vilkår som amtskommunerne. Dags dato drejer det sig om fem kommuner, Aalborg, Århus, Fredericia og Odense. De behandlingserfaringer der fra de fem delegationskommuner viser at kommunerne er i stand til at løfte opgaven under de rigtige betingelser.

Forslagene til ændring af Lov om social service i forhold til behandling af stofmisbrugere hvori der foreslås en ændring i opgave- og ansvarsfordelingen fra amtskommunerne til kommunerne, vil kræve at de erfaringer der ligger hos delegationskommunerne videregives og vid udstrækning overføres til de nye kommuner.

Det nuværende krav om behandlingsgaranti for stofmisbrugere over 18 år, og med indførelse af behandlingsgaranti for misbrugere under 18 år i løbet af 2006, kombineret med indførelse af krav om kvalitetsstandarder, vil samlet være vigtige garantier for at nuværende serviceniveau fastholdes.

Det skal også understreges at de behandlingserfaringer og de behandlingstilbud der siden 1996 er opbygget i amtskommunerne så vidt muligt skal forsøges bevaret, enten gennem overdragelse til kommunerne eller gennem de nye regioners forsyningsansvar.

På delegationskommunernes vegne

Johnny Friis  
Centerleder  
Aalborg Kommune, den 21. december 2004.

**Centerlederforeningen**  
c/o Bakkevej 6  
6700 Esbjerg

---

Esbjerg, den 20. december 2004

**Socialministeriet**  
**Departementet**  
**Holmens Kanal 22**  
**1060 København K**

## **Centerlederforeningens høringssvar vedr. forslag til Lov om social service i forhold til social behandling af stofmisbrugere**

### **1.0 Indledning**

Dette høringssvar har til hensigt at fremføre Centerlederforeningens bemærkninger til det fremsatte lovforslag til Lov om social Service 01.12.2004/socialområdet specifikt i forhold til social behandling for stofmisbrugere.

### **2.0 Ændringer i opgave- og ansvarsfordelingen på stofmisbrugsområdet – jf. forslag til SL §5 og §101**

Det er kommunernes opgave, efter lovforslaget i §101, at tilbyde social behandling af stofmisbrugere. Kommunerne kan som følge heraf selv vælge at etablere tilbud eller købe disse hos private og/eller offentlige godkendte leverandører. Kommunerne finansierer selv samtlige udgifter. Indholdet og omfanget i tilbudet efter §101 viderefører den nuværende behandlingsgaranti og borgerens ret til frit at vælge et andet godkendt tilbud.

Samtidig er regionerne omfattet af et leverandøransvar fastsat efter § 5 med forpligtigelse til at tilvejebringe tilbud om social behandling af misbrugere efter §101.

Samlet set rejser ændringerne flere problemstillinger og risici i forhold til udmøntningen, som tematiseres i det følgende.

### **3.0 Konsekvenser af myndigheds- og visitationsansvaret placeres i kommunerne**

Kommunerne har ret og pligt til at udrede og træffe afgørelse om, hvilke foranstaltninger, der skal iværksættes.

- **Der er risiko for utilstrækkelig visitation og ressourcespild som følge af manglende faglige ekspertise i kommunerne.**

At foretage kvalificeret udredning og visitation af stofmisbrugere til rette behandlingstilbud kræver en specialiseret ekspertise. Der er risiko for, at kommunerne samlet set ikke er i stand til at videreføre kvaliteten i amternes visitationspraksis på grund af manglende faglig ekspertise. Det kan frygtes, at nogle kommuner, på grund af spredningen og segmenteringen, af den faglige viden ikke i tilstrækkelig grad er i stand til fx at udrede og vurdere indhold, intensitet og varighed af stofmisbrugernes behov for ambulante tilbud samt dag- og døgntilbud.

I økonomisk henseende kan den manglende ekspertise frygtes at medføre manglende ressourceudnyttelse og ressourcespild.

Det er afgørende vigtigt for en kvalificeret og effektiv visitation, at der i vid udstrækning anvendes forskningsbaseret viden og dokumentation i visitationsarbejdet. Personalet skal gennem systematisk kompetenceudvikling og kvalitetssikring have mulighed for at udvikle specialiseret viden.

- **Der er risiko for, at gruppen af stofmisbrugere ikke får tilstrækkelig hjælp i kommunerne i forhold til en større gruppe af borgere på normalområdet.**

Stofmisbrugere vil, som en lille udsat gruppe, indgå i en samlet politisk prioritering sammen med en større gruppe af borgere på normalområdet. Det kan frygtes, at gruppen af stofmisbrugere ikke prioriteres højt nok til at amternes nuværende kvalitetsniveau kan videreføres i kommunerne.

#### **4.0 Kommunernes ret til at oprette behandlingstilbud eller anvende private/offentlig godkendte tilbud**

Kommunerne kan fuldt ud eller delvist vælge at løse opgaven med social behandling af stofmisbrugere.

- **Der er risiko for mangel på specialiseret ekspertise og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen.**

Det kan frygtes, at den specialiserede ekspertise og kvalitet, der siden 1996 er opbygget i få amtslige centre<sup>1</sup> vil gå tabt med en spredning og segmentering til mange forskellige og mindre enheder i kommunerne. Det vurderes, at kommunerne under ét, trods forestående sammenlægninger, ikke kan have tilstrækkelig volumen på dette konkrete område til at kunne videreføre det nuværende kvalitetsniveau og ekspertise i stofmisbrugsbehandlingen.

Det er i denne sammenhæng vanskeligt at se, hvordan alle kommunerne i fremtiden vil kunne sikre grundlag for, at kvaliteten og rækkevidden i amternes specialiserede og tværgående funktioner kan videreføres. Det kan frygtes, at kommunerne generelt set ikke er i stand til at kunne tilbyde den nødvendige misbrugsfaglig rådgivning og behandling på f. eks. ungeområdet.

<sup>1</sup> Med undtagelse af de kommuner, der har delegeret kompetence til at udføre opgaven.

Det kan fremhæves, at der i flere nationale rapporter er påpeget, at opbygningen af amternes specialiserede ekspertise i stofmisbrugsbehandlingen siden 1996 har ført til en et betydeligt kvalitetsløft i behandlingen af stofmisbrugere.

- **Der er risiko for svækket koordinering og sammenhæng i indsatsen som følge af spredning og segmentering af den faglige ekspertise.**

Der er siden 1996 opbygget et samarbejde mellem institutioner i og på tværs af amtslige og kommunale skel samt med politiet, kriminalforsorgen, sygehus psykiatri mv. Spredningen af kompetencer og ekspertise forøger risikoen for, at koordinering og sammenhæng i indsatsen svækkes.

### **5.0 Konsekvenser af forsyningsforpligtigelsen placeres i regionerne**

Regionerne skal kunne levere behandlingstilbud i det omfang og med den kvalitet, som kommunerne efterspørger.

- Der er risiko for, at de regionale myndigheder ikke kan leve op til forsyningsansvaret, hvis mange kommuner selv vælger at løse opgaven uden at gøre brug af regionens tilbud.

Kvalitet og specialisering i behandlingsindsatsen kræver, som omtalt ovenfor, en vis ressourcemæssig volumen. Det kan frygtes, at de regionale myndigheders muligheder for at leve op til forsyningsansvaret vil blive vanskeliggjort, hvis mange kommuner selv vælger at løse opgaven uden at gøre brug af regionens tilbud.

En sådan udvikling kan betyde, at der udvikles stor forskellighed og ulighed i behandlingstilbuddene mellem kommunerne, uden at regionen har mulighed for at afhjælpe dette.

Centerlederforeningen i Danmark står som nævnt tidligere, gerne til rådighed med yderligere oplysninger, såfremt dette måtte ønskes.

Med venlig hilsen

Jan Jørgensen  
Formand/centerleder



INDGÅET I  
- 7 JAN. 2005  
1.0

Kopi til Lisa, 2.5.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Hellerup, den 5. januar 2005

## **Kommentar til forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet**

Ved brev af 1. december 2004, 2.s.kt.nr. 2004-1200-59, har ministeriet fremsendt forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet og anmodet om eventuelle bemærkninger.

Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring skal alene udtale sig om forslag til *lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet*.

Det fremgår, at formålet med lovforslaget blandt andet er at skabe et samlet overblik for patienterne, over deres adgang til at klage og modtage erstatning i forbindelse med given behandling mv. Den eksisterende lovtekst, i såvel patientforsikringsloven som lov om erstatning for lægemiddelskader, er uændret.

### **Klager vs. erstatning**

Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring har altid lagt meget vægt på, at der er en både formel og processuel adskillelse af klager og godtgørelser.

Det findes fortsat at være meget vigtigt, at der er fastholdes denne klare adskillelse mellem klage/sanktionssystemet og patientforsikring, som altid har været det gældende princip. Princippet er af professor, dr. jur. Bo von Eyben i afhandlingen "Patientforsikring" oplistet, som en "no-fault" forsikringsordning, der bygger på følgende hovedelementer:

1. Ret til erstatning beror ikke på andres eventuelle fejl eller undladelser.
2. Erstatning ydes gennem en obligatorisk forsikringsordning.
3. Erstatningen skræddersys til det konkrete område.



4. Behandling af sagerne foregår i et særligt skaderegulerende system, således at tvister om kravet ikke skal afgøres ved domstolene.

I "Betænkning om revision af lov om patientforsikring, betænkning nr. 1346" fremhævedes det, at patientforsikringsloven bygger på et helt nyt erstatningssystem, der bl.a. hviler på at "patientens ret til at få erstatning beror ikke på, om nogen læge mv. har pådraget sig et personligt ansvar for skaden."

Denne klare ret for patienten har ikke hvilet på en vurdering af lægens eller andres fejl eller undladelser, men alene på en vurdering af, om der er en erstatningsberettiget skade. Således har der ikke været nogen latent konflikt mellem lægen eller andre og patienten, men begge parter har været motiveret til at deltage i sagens bedst mulige løsning.

Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring finder det derfor uheldigt at samle lov om patientforsikring, og lov om sundhedsvæsnets centralstyrelse mv. i en lov med betegnelsen "lov om klage- og erstatningsadgang enden for sundhedsvæsnets."

Vedtages loven vil det underbygge den fejlagtige opfattelse, at erstatning for patientskader er betinget af en klage over en sundhedsperson.

Det vil kunne afholde de patienter, der ikke finder deres skade skyldes en fejl, fra at søge erstatning. Det vil også kunne medføre, at den sundhedsperson der har forårsaget en skade, vil være mindre tilbøjelig til, at medvirke til anmeldelse af skaden og oplysning af sagen.

Samlet vil sagerne få en ganske anden karakter, og der vil opstå risiko for, at patienter mister erstatning, når en erstatningstilkendelse uberettiget kan bliver opfattet som et medhold i en klage, dvs. at lægen eller andre har begået en fejl.

Det bemærkes i den forbindelse, at der næppe kan formodes, at sammenkædning af klage- og erstatningsreguleringen vil have nogle positive effekter, idet der netop forefindes en fuldstændig og fuldt finansieret "no-fault" forsikringsordning. Der henvises i den forbindelse til professor, dr. jur. Bo von Eybens afhandlings afsnit om culpareglens formentlig manglende præventive funktion.

## Overblik

Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring finder ikke, at der opnås et bedre overblik for patienterne ved den foreslåede sammenlægning.

Tværtimod vil sammenlægningen gøre reglerne om patienterstatning uklare både for patienter og sundhedspersoner. Derimod vil forslaget om regionale patientkontorer være en stor og tilstrækkelig hjælp til de patienter, der mener, at de er kommet udfor et uhensigtsmæssigt forløb i forbindelse med en sundhedsydelse.



Derudover findes det, at en ren videreførsel af den nugældende lovs bestemmelser til en ny samlelov vil medføre mere uoverskuelighed og forvirring, end nødvendigt. Antallet af allerede afgjorte sager med præjudikatværdi er ganske stor, og disse sager vil i mange år efter en eventuel vedtagelse af den nye lov, skulle oversættes til de nye bestemmelsers paragrafhenvisninger mv.

## Konklusion

Konkluderende finder Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring, at det fremsendte lovforslag ikke vil medføre en ny og bedre retstilstand. Det findes tværtimod, at der er en ikke ubetydelig risiko for patienters stilling og for forbrugernes evne til at gennemskue retsgrundlaget for afgørelser mv.

Risikoen for at bevæge sig tilbage til den retstilstand, der herskede før indførelse af "no-fault" forsikringsordningerne er forholdsvis stor, og gennemskueligheden i de nugældende regler vil forsvinde.

Har Ministeriet spørgsmål til dette brev eller spørgsmål i øvrigt, er Ministeriet meget velkommen til at kontakte os.

Jahn Legarth  
Formand for  
Dansk Tandlægeforenings  
Patientskedeforsikring

Joakim Lilholt  
Direktør for  
Dansk Tandlægeforenings  
Patientskedeforsikrings  
Sekretariat

Kopi til Lisa, 2.S.



Ældremobiliseringens sekretariat Suomisvej 3, 1927 Frederiksberg C  
Tlf. 35 35 26 99 - Fax: 35 35 26 44  
www.aeldremobiliseringen.dk

7. januar 2005

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

**Vedr. høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område. J. nr. 2004-1200-59**

Ældremobiliseringen har ved brev af 1. december 2004 modtaget ovennævnte forslag til høring.

Vedr. udkast til Sundhedslov finder Ældremobiliseringen det positivt, at reglerne for videregivelse, i form af fremsendelse af udskrivningsbreve til den praktiserende læge, smidiggøres.

Herudover har Ældremobiliseringen alene valgt at forholde sig til spørgsmålet om genoptræning. Vi finder det hensigtsmæssigt, at ansvaret for al genoptræning nu helt entydigt overføres til kommunerne. Vi skal dog anbefale, at det yderligere præciseres, at kommunerne er forpligtet til at lægge de genoptræningsplaner, der er udarbejdet for den enkelte patient, til grund for det kommunale tilbud samt præcisere i hvilket omfang, der kan klages over kommunens afgørelse set i forhold til sygehusets anbefalinger.

Ældremobiliseringen har ingen bemærkninger til forslagene til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og til ændring af forskellige love på sundhedsområdet (konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen).

Med venlig hilsen

Knud Kingo Christensen  
Formand

CVR 26 13 90 31 Bank 53 01-09 12 356 Giro 16 89 14 36

Ældremobiliseringen består af: Sammenslutningen af Pensionistforeninger i Danmark - Den fynsk/jyske Sammenslutning af Pensionistforeninger - Omsorgsorganisationernes Samråd - LO Faglige Seniorer og Pensionisternes Samvirke





**MarselisborgCentrets høringssvar  
vedr. lovforslag om strukturreformen**

INDGÅET I  
- 7 JAN. 2005

t.Ø

MarselisborgCentret er et dansk center for rehabilitering, forskning og udvikling. Centret er etableret i et samarbejde mellem offentlige og private organisationer på bl.a. sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet og er således i berøring med flere af de områder, lovforslagene omhandler. (For yderligere beskrivelse af centret, se [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk))

MarselisborgCentret har med interesse læst de mange lovforslag og vil i det følgende komme med bemærkninger i f.t. de områder, der har størst relevans for centret.

Høringssvaret fremsendes til følgende ministerier:

- \* Socialministeriet
- \* Indenrigs- og sundhedsministeriet
- \* Beskæftigelsesministeriet
- \* Undervisningsministeriet

### **Generelle bemærkninger**

#### **Rehabilitering**

I oktober 2005 udkom hvidbogen "Rehabilitering i Danmark". Hvidbogen er resultatet af arbejdet i en tænketank nedsat af Rehabiliteringsforum Danmark og med deltagelse af repræsentanter fra en række offentlige myndigheder, brugerorganisationer og faglige organisationer på rehabiliteringsområdet. Hvidbogen er præsenteret på en faglig konference i august måned og på en politisk høring med deltagelse af folketingsmedlemmer ultimo oktober. Bogen indeholder en afklaring af rehabiliteringsbegrebet og dets indhold og bringer følgende definition på rehabilitering:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og /eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."*

Hvidbogen har fået en positiv modtagelse af såvel politikere, embedsmænd, brugerrepræsentanter som fagfolk, der alle finder, at der hermed er tilvejebragt et godt grundlag for arbejdet med rehabilitering i Danmark. Modsat situationen i andre lande - f.eks. Norge, Sverige, Tyskland - har rehabilitering ikke hidtil udgjort et egentligt felt i Danmark. F.eks. kan nævnes, at i Norge er rehabilitering sat på dagsordenen via Stortingsmeldinger, indarbejdelse i sektorlovgivningen, etablering af et forsknings og udviklingscenter (Statens Kunnskaps- og Udviklingscenter for helhetlig Rehabilitering/SKUR) mv.

Ofte anvendes i Danmark begrebet "genoptræning" (f.eks. i forslag til sundhedslov, servicelov). Dette begreb er dog ikke fyldestgørende, jfr. definitionen ovenfor, og vil ikke sikre den helhedsindsats overfor brugeren, som de nye love ellers kan give god baggrund for.



Med de mange og omfattende lovrevisioner, der nu er fremlagt, ser MarselisborgCentret det som en enestående chance at få begrebet "rehabilitering" og begrebsapparatet omkring rehabilitering indarbejdet i den danske lovgivning.

Af lovforslagene fremgår, at man prioriterer sammenhæng mellem sektorer og sammenhæng i patientforløb højt. Dette er helt i overensstemmelse med rehabiliteringsdefinitionen. Det samme gælder fokus på den evidensbaserede indsats, samt fokus på "borgeren i centrum".

Samtidig kan det også konstateres, at rehabiliteringsområdet, som i lovtæksten falder ind under begreber som behandling, genoptræning/træning, forebyggelse, støtte mv. fortsat vil udføres på såvel det nye regionale niveau som på det kommunale niveau. Dog med den store ændring, at kommunerne nu får et større og bredere ansvar for varetagelsen og finansieringen af rehabiliteringsindsatsen.

MarselisborgCentret vurderer, at der vil være et stort behov for kompetenceudvikling navnlig på det kommunale niveau, ligesom der vil være et stort behov for specialrådgivning, vidensformidling, forskning og evaluering.

### **MarselisborgCentret**

MarselisborgCentret er et center bestående af private og offentlige organisationer, der arbejder indenfor rehabiliteringsområdet. Centret blev etableret i 1996 og har siden vist sin bæredygtighed gennem fortløbende udvikling af centret og dets opgaveområder og samarbejdsparter. I dag er centret et landsdækkende center for rehabilitering, forskning, udvikling og evaluering.

MarselisborgCentret samarbejder med en række offentlige og private organisationer og løser pt. opgaver for Sundhedsstyrelsen, Socialministeriet, Styrelsen for Social Service, Beskæftigelsesministeriet, Arbejdsmarkedsstyrelsen, forskellige brugerorganisationer, uddannelsesinstitutioner, amter og kommuner. Opgaverne er forsknings-, evaluerings- og analyseopgaver, metodeudvikling, undervisning og kompetenceudvikling samt konsulent-, rådgivnings- og vejledningsopgaver. Desuden har centret gennem de seneste 3 år som udviklingsprojekt drevet et jobcenter med formidling af jobs og kompetenceudvikling i f.t. personer med funktionsnedsættelse.

*MarselisborgCentrets fremtidige status og forankring bør sikres i den nye struktur.*

*Det er vurderingen, at dette bedst kan ske ved at centret fremover sikres en central, landsdækkende og bredt funderet platform for sit videre arbejde som landsdækkende center for forskning, udvikling og evaluering indenfor rehabiliteringsområdet.*

*MarselisborgCentrets tværfaglige tilgang har vist sig at udgøre et vigtigt supplement til de eksisterende sektorbaserede og monofaglige udviklings- og forskningsmiljøer.*

*Det er vigtigt for centrets virke, at der sikres en national forankring, der gør at centret fremover kan udgøre en tværfaglig koordinering af rehabiliteringsindsatsen på såvel sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområderne i Danmark.*



### **Sundhedsområdet**

MarselisborgCentret finder det positivt, at forslaget til Sundhedslov samler en række love på sundhedsområdet i én lov, hvilket er med til at give et øget overblik på sundhedsområdet.

Sundhedsloven er en af de helt centrale love i f.t. rehabiliteringsområdet. Vi forslår derfor følgende tilføjelse: §1 tilføjes "....med det mål at skabe et godt liv, oplevet af den enkelte borger"

### *Genoptræning og rehabilitering*

Det synes imidlertid ikke langtidsholdbart for en ny sundhedslov, at "genoptræning" er det ord, der gennemgående bliver brugt, når det i den verden, der omgiver os og i de fleste faglige sammenhænge er almindeligt accepteret, at rehabilitering er andet og mere end genoptræning.

Det gælder således Sundhedslovens formålsparagraffer (§1- §5), samt de relevante steder i kapitel 17, 35, 39 og 58. Her vil en mere konsekvent brug af begrebet rehabilitering kunne skabe klarhed og præcisering af opgaverne.

Endvidere skal MarselisborgCentret konkret foreslå, at der i Sundhedsloven enten tilføjes et særskilt kapitel om rehabilitering, eller at kapitel 35 (§ 119) om sundhedsfremme og forebyggelse udvides med rehabilitering såvel i overskrift som i indhold.

Der henvises i øvrigt til at man i den norske lovgivning konsekvent bruger begreberne rehabilitering, habilitering og funktionshæmning som begreber, og derved har opnået en synliggørelse af feltet, som man kunne ønske sig tilsvarende i den danske lovgivning. Se bl.a. "Lov om Helsetjenesten i kommunene" og "Lov om Specialisthelsetjenesten mm" samt diverse Stortingsmeldinger.

### *Gråzoner og samarbejde*

Der kan være bekymring for, at der skabes nye gråzoneområder med forslaget, idet lovforslaget indebærer, at al genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse, fremover skal varetages af kommunerne. Her er det dels vigtigt, at det kommunale personale er "klædt på" til opgaven, dels at samarbejdet på tværs af de to sektorer fungerer godt.

I kapitel 62 omtales samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet. I f.t. sundhedsaftaler er der i bemærkningerne til § 200 nævnt de områder, der skal indgå i en sådan. Her kunne det således være hensigtsmæssigt at nævne rehabilitering, som netop er et område, der går på tværs af regional- og kommunalområdet.

En anden mulighed ville være at få beskrevet, hvorledes de af forligspartierne omtalte sundhedscentre - som har været omtalt i forbindelse med lovens tilblivelse, men ikke er indeholdt i lovforslaget - reelt skal virke. Det kunne netop være i sådanne centre, at megen faglig ekspertise om forskellige relevante elementer i en given rehabiliteringsindsats kunne samles.



## Socialområdet

Lov om social service er en anden af de centrale love i f.t. rehabiliteringsindsatsen. Selvom udgangspunktet for strukturreformen har været, at der ikke foretages ændringer i indholdet i sociallovgivningen, kan det være vanskeligt at forudse reformens samlede konsekvenser for tilbuddene i forhold til personer med funktionsnedsættelse, handicap og kroniske sygdomme.

Her kan vi være bekymrede for, om der også fremover vil være tilstrækkelig faglig ekspertise til rådighed, når kommunerne bliver de eneste "myndigheder" på området. Amterne har hidtil været garant for tilbud til de svageste brugere - det er usikkert hvordan kommunerne vil tackle denne opgave - om de specialiserede tilbud, der i dag findes i amterne, vil "overleve". Dette gælder f.eks. i f.t. børn med handicap, personer med erhvervede hjerneskader m.fl.

De regionale tilbud bevares ganske vist i overgangsfase, men vil kommunerne kunne udhule de regionale tilbud?

Endvidere kan nævnes, at nogle målgrupper er så små, at der ikke vil være basis for tilbud i de enkelte kommuner.

Som på sundhedsområdet kan der opstå nye gråzoner - f.eks. på børneområdet, hvor kommunerne fremover skal drive tilbud til børn og unge med sociale og adfærdsmæssige problemer, mens regionerne skal etablere tilbud til børn og unge med handicap. Her kan der opstå uklarhed i forhold til opgaveløsning omkring børn med autisme, DAMP mv., hvor handicappet medfører sociale og adfærdsmæssige problemer.

MarselisborgCentret finder lovens § 1 god, men synes ikke den afspejler, at der også på socialområdet ofte er tale om rehabilitering, herunder træning i f.t. såvel børn som voksne.

I nogle af lovens paragraffer tales om sundhedsfaglig behandling og træning. MarselisborgCentret ønsker at påpege, at der også er tale om støtte og hjælp til at vedligeholde og genvinde funktionsevner, samt at tilegne sig nye, hvilket også kan være sociale kompetencer, sproglige kompetencer, faglige kompetencer, som ofte indlæres i sociale miljøer med passende støtte.

Service-loven anvender begreberne "støtte", "behandling", "pleje" og "omsorg" om de forskellige typer af indsats, som gives til både børn og voksne i døgn og dagtilbud. Disse begreber er taget med fra Bistandslovens gamle formuleringer. MarselisborgCentret finder det relevant, at begrebet rehabilitering i stedet bruges aktivt i lovteksten, hvor det er hensigtsmæssigt. F.eks. for at præcisere at flere af de former for indsats, der gives til handicappede børn og voksne, indeholder rehabiliteringselementer.

Ved at indskrive rehabilitering og definitionen af begrebet i de relevante kapitler og paragraffer, understreges det helhedssyn og den sammenhæng i indsatsen samt samspillet med brugeren som en væsentligt og aktiv medspillede part i indsatsens tilrettelæggelse og udførelse.

Særligt skal nævnes kapitel 16, 18 og 20 hvor vi finder, at rehabilitering er en væsentlig del af den sociale indsats for de omfattede persongrupper. Imidlertid er begrebet fuldstændig fraværende i lovteksten, som derfor fastholder en forældet forståelse af det sociale arbejde og den støtte, der gives indenfor disse områder til forskellige brugergrupper.



### VISO

Vidensformidlings- og rådgivningsfunktioner bør baseres på evidens og forskning. Med etableringen af det kommende VISO bliver der mulighed for at samle og koordinere viden og specialrådgivning på handicap-området. MarselisborgCentret vil foreslå, at alle landsdækkende videns- og rådgivningscenterfunktioner med overordnede opgaver samles i VISO, og at VISO bliver dækkende for hele handicap-området. Vi finder det vigtigt, at den decentrale rådgivning løses tæt på praksis med udgangspunkt i de kommunale og regionale tilbud. Samspelet mellem VISO og de decentrale enheder skal derfor afklares nærmere.

### Handicapråd

MarselisborgCentret finder det positivt, at der lovgives om handicapråd i samtlige kommuner.

### Beskæftigelsesområdet

Der er behov for at styrke indsatsen i f.t. målgrupper med særlige behov, herunder personer med forskellige former for funktionsnedsættelse.

MarselisborgCentret foreslår, at der udformes et værdigrundlag for beskæftigelsesindsatsen i forhold til denne målgruppe byggende på rehabiliteringsdefinitionen, således at beskæftigelse ikke nødvendigvis kun er et spørgsmål om forsørgelsesgrundlag, men også et spørgsmål om at kunne se ressourcer og kompetencer hos mennesker, kende til løsninger og muligheder på arbejdsmarkedet og at iværksætte relevante, individuelle og fagligt bæredygtige indsatser. Herunder fjerne barrierer for ledige med funktionsnedsættelse. Indsatsen for disse personer skal varetages i alle jobcentre. Det foreslås, at der sikres tilstrækkelig faglig bæredygtighed hertil i jobcentre, bl.a. ved at kvalitets- og målsikre centrenes indsats samt ved at etablere en national kvalitetsenhed i f.t. jobformidling for disse målgrupper.

### Specialundervisning

Specialundervisningen bliver fremover alene en kommunal opgave. Dette enstrengede system kan have sine fordele, men der kan også være bekymring for kvaliteten i indsatsen, idet antallet af personer med behov for specialiseret og individualiseret støtte, pleje og undervisning selv i større kommuner vil være meget begrænset. Derfor kan man frygte, at der i en lang række kommuner ikke vil være grundlag for at opbygge faglige miljøer, der kan varetage og sikre specialundervisningens nødvendige udvikling af kvalitet.

## Bianca Lund Sørensen

---

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



MarselisborgCentre  
ts høringssv...

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

**Fra:** Tove Clemmensen Madsen [mailto:TCM@marselisborgcentret.dk]  
**Sendt:** 7. januar 2005 10:46  
**Til:** Beskæftigelsesministeriet - departementet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet; Undervisningsministeriet - departementet  
**Emne:** Høringssvar

Hermed fremsendes MarselisborgCentrets høringssvar elektronisk. Det er ligeledes fremsendt m. alm. post mvh

Tove Clemmensen Madsen  
Projekt- og udviklingschef  
MarselisborgCentret  
Tlf. 89491203

Kopi til Lisa, 2.5.

**Bianca Lund Sørensen**

---

**Fra:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet**Sendt:** 7. januar 2005 10:44**Til:** Kontorpostkasse 1 økonomiske kontor; Charlotte Bidsted**Emne:** VS: Vedr. høring om tre lovforslag på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område (AAU journalnr. 2004-402/01-0058)

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

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

**Fra:** Niels Dahl Thellufsen [mailto:ndt@adm.aau.dk]**Sendt:** 7. januar 2005 10:17**Til:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet**Cc:** Journalen**Emne:** Vedr. høring om tre lovforslag på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område (AAU journalnr. 2004-402/01-0058)

Vedr. høring om tre lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område.

Aalborg Universitet modtog den 15. december 2004 udkast til følgende tre lovforslag:

- Forslag til Sundhedsloven.
- Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.
- Forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet. (Konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen).

Efter en intern høring skal jeg meddele, at der ikke er bemærkninger til de tre fremsatte lovforslag.

Med venlig hilsen

Niels Dahl Thellufsen

Aalborg Universitet

Ledelsessekretariatet

Fredrik Bajers Vej 5, Postboks 159

9100 Aalborg

E-mail: ndt@adm.aau.dk

Tlf.:9635 9485

Kopi til Lisa, 2.5.

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

INDGÅET I  
-7 JAN. 2005

1.Ø

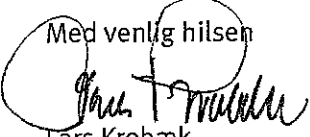
Dato: 6. januar 2005  
Deres ref.: J.nr. 2004-1610-12  
Vores ref.: LAK/JPR/abr

■ Høring over forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

HTS skal opfordre til, at der også etableres en ankemulighed på lægemiddelområdet. Som lovgivningen i dag eksisterer der ikke en uafhængig ankeinstans til vurdering af de faglige og proceduremæssige spørgsmål vedrørende Lægemiddelstyrelsens beslutninger om tilskud.

HTS skal endvidere foreslå, at bestemmelsen i §29 stk. 1 præciseres, således at det klart fremgår, at der menes den driftsansvarlige *offentlige myndighed*.

Med venlig hilsen

  
Lars Krobæk  
adm. direktør



Kopi til Lisa, 2.S.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

Dato: 6. januar 2005  
Deres ref.: J.nr. 2004-1200-59  
Vores ref.: LAK/JPR/abr

1.Ø

### Høring over udkast til forslag til Sundhedsloven

Som udgangspunkt er HTS positive over for samling af lovgivningen på sundhedsområdet i Sundhedsloven og ser kommunalreformen som en mulighed for at sikre borgere en ensartet adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje. HTS skal dog opfordre til, at lægemiddelområdet i langt højere grad indarbejdes med henblik på at sikre optimal kvalitet. Der henvises til LIFs betragtninger herom.

Derudover ønsker HTS at fremføre følgende konkrete bemærkninger til enkelte bestemmelser i lovforslaget:

#### Afsnit VI. Sygehusydelse

Bestemmelserne i § 78 åbner mulighed for forskellige samarbejdsformer mellem private virksomheder og regionsrådet, herunder også at regionsrådet kan godkende samarbejde mellem private virksomheder og offentlige myndigheder, bl.a. i selskabsform, om løsning af opgaver på sundhedsområdet, hvilket HTS finder meget positivt for den fortsatte udbygning af offentligt-privat samarbejde.

HTS skal gøre opmærksom på, at størstedelen af den præhospitale indsats i dag varetages i privat regi. Dette forhold reguleres i en særlig bekendtgørelse, men har i udkastet til sundhedsloven sit eget afsnit. HTS går ud fra, at der med lovforslaget ikke er tilsigtet nogen ændring på området, og at bekendtgørelsen om den præhospitale indsats m.v. fortsat vil være det konkrete regelgrundlag herfor.

HTS er positive i forhold til lovforslagets bemærkninger om at kommunerne kan løse forpligtelser i samarbejde med "private institutioner eller sygehuse", hvilket vil være relevant på bl.a. genoptræningsområdet.

#### Afsnit IX. Kommunale sundhedsydelse

Kommunalreformen vil være et godt grundlag for at tilbyde borgerne en sammenhængende og forstærket indsats for så vidt angår forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning. Reformen vil kunne fungere som en platform for udviklingen af nye samarbejdsformer og ydelser mellem offentlige og private leverandører, bl.a. ved etablering af sundhedscentre.

#### Afsnit XII. Den præhospitale indsats

Jf. bemærkningerne ovenfor er det HTS' forventning, at bekendtgørelsen om den præhospitale indsats fortsat vil udgøre grundlaget for ambulancetjenesten m.v.

Udarbejdelsen af udkastet til Sundhedsloven burde dog i større omfang inddraget udviklingen af og erfaringerne med det præhospitale område, som i de senere år har fået en langt større betydning end tidligere.

**Afsnit XIV. Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed**

HTS lægger vægt på, at også den præhospitale indsats inddrages i kvalitetsudviklingen af ydelser efter Sundhedsloven, ikke mindst i forbindelse med udviklingen af elektroniske patientjournaler.

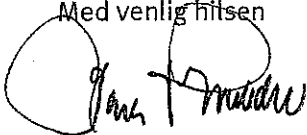
**Afsnit XVI. Planlægning og gennemførelse af sundhedsberedskabet**

Det er HTS' opfattelse, at den præhospitale indsats i langt højere grad skal indarbejdes i planlægningen af og gennemførelse af sundhedsberedskabet. Hverken i de enkelte bestemmelser eller i bemærkningerne nævnes den præhospitale indsats således eksplicit.

**Afsnit XVII. Statslige myndigheder mv.**

HTS skal benytte endelig anledningen til at efterlyse en samlet plan for Statens Serum Instituts fremtid, herunder mulighederne for at privatisere eller udlicitere (dele) af instituttets nuværende arbejdsområder/ydelser.

Med venlig hilsen



Lars Krobæk  
adm. direktør

## DET ETISKE RÅD

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Den 6. januar 2005  
J.nr. ER 2003-6.4-537 dok.: 2

INDGÅET I

-7 JAN. 2005

1.0

**Høring over forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.**

Det Etiske Råd har den 2. december 2004 modtaget udkast til forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, og er blevet bedt om at komme med eventuelle bemærkninger til lovforslaget senest 7. januar 2005. Rådet har drøftet udkastet på rådsmøde den 16. december 2004. Rådets bemærkninger følger hermed.

**Baggrund for lovforslaget**

*Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det om formålet med lovforslaget*

Lovforslaget er et led i udmøntningen af regeringens aftale fra juni 2004 om en strukturreform og den efterfølgende aftalte udmøntningsplan fra september 2004.

Formålet med lovforslaget er dels at tilpasse eksisterende lovgivning til den regionale struktur, dels at skabe et samlet overblik for patienterne over deres adgang til at klage og modtage erstatning i forbindelse med en given behandling i det danske sundhedsvæsen.

Formålet er endvidere at styrke patienternes retsstilling ved at indføre en enklere klageadgang på sundhedsområdet. Dette søges opnået gennem en begrænsning af antallet af myndigheder, der behandler klager over forhold inden for sundhedsvæsenet. Opgaver, der tidligere har ligget hos Ankestyrelsen og de sociale nævn, foreslås i lovforslaget derfor overført til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Lovforslaget indebærer, at de centrale lovbestemmelser vedrørende patienters adgang til at klage og få erstatning i forbindelse med behandling, undersøgelse m.v. inden for sundhedsvæsenet bliver samlet i én lov. Lovforslaget omfatter områder, der tidligere har været reguleret i

- Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (kap. 3)
- Lov om patientforsikring
- Lov om erstatning for lægemiddelskader
- Lov om sygehusvæsenet
- Lov om offentlig sygesikring

### **Det Ethiske Råds kommentarer**

Det Ethiske Råd ser positivt på ønsket om at skabe en enklere og mere overskuelig klageadgang for patienter i det danske sundhedsvæsen, idet rådet deler den overbevisning, at en sådan forenkling rummer muligheden for en styrkelse af patienternes retsstilling. Rådets bemærkninger til specifikke formuleringer i lovforslaget følger nedenfor.

#### *Bemærkninger i relation til §§ 6-8*

Ifølge lovforslaget (§§ 6-8) skal det fremover være Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der behandler klager fra borgere over administrative afgørelser, truffet af kommuner, regioner og Søfartsstyrelsen, der hidtil har været behandlet af Ankestyrelsen og de sociale nævn.

Det Ethiske Råd støtter dette forslag, under forudsætning af, at der allokeres de fornødne midler til udvidelsen af antallet af klager, der skal behandles af Patientklagenævnet, således at udvidelsen ikke vil betyde en yderligere forlængelse af den sagsbehandlingstid, som for de berørte parter allerede synes lang. I lovforslagets bemærkninger er udvidelsen estimeret til ca. 160 sager årlig.

Det fremgår af forslaget, at de afgørelser, der vil være omfattet af Patientklagenævnets kompetence, vil være af administrativ karakter. Nævnets opgave i disse sager bliver således at foretage en juridisk vurdering af afgørelserne. Det bliver derfor foreslået, at disse afgørelser kan træffes som formandsafgørelser, idet der i disse sager som

udgangspunkt ikke vil være behov for en særlig sundhedsfaglig vurdering. Det bliver i denne forbindelse nævnt, at Patientklagenævnet vil kunne tiltræde, omgøre eller hjemvise sagen til fornyet behandling (bemærkningerne, side 23).

For at sikre patienternes retssikkerhed finder Det Ethiske Råd, at det vil være formålstjenligt at fastsætte regler for, hvorledes en sådan mulighed udmøntes i praksis. Der bør være klarhed over, hvem der har kompetence til at omgøre formandskabets afgørelse og kræve en ny behandling af sagen - og hvorledes denne kompetence skal udøves.

#### *Bemærkninger til § 10*

Af lovforslagets §10 fremgår det, at klager over administrative afgørelser skal indgives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn inden 4 uger efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen, idet nævnet dog kan se bort fra fristen, hvis særlige grunde taler for det. For afgørelser, der er sundhedsfagligt begrundede, gælder en henholdsvis 2-årig og absolut 5-årig klagefrist.

Det Ethiske Råd finder, at denne 4 ugers frist ikke yder patienten tilstrækkelig retssikkerhed. Diskrepansen mellem klagefristen i forbindelse med administrative afgørelser og sundhedsfagligt begrundede afgørelser er overordentligt stor og næppe rimelig ud fra patientens synsvinkel, som oplever den afgørelse, der ønskes klaget over, væsentlig - hvad enten der er tale om en administrativ eller en sundhedsfagligt begrundet afgørelse.


Det Ethiske Råd foreslår derfor, at klagefristen i forbindelse med administrative afgørelser udvides, så de to tidsfrister nærmer sig hinanden, og det derved anerkendes, at også administrative afgørelser er væsentlige for patienten og at der følgelig gives patienten fornøden tid til at tage stilling til, hvorvidt han eller hun ønsker at gøre brug af sin mulighed for at klage over afgørelsen.


#### *Bemærkninger i øvrigt*

Størstedelen af lovforslaget består i forslag om uændrede videreførelser af de fem ovenfor nævnte love og lovbestemmelser (blot med sproglige konsekvensrettelser som følge af

kommunalreformen). Disse tænkes ophævet i forbindelse med vedtagelsen af lovforslaget, der samler bestemmelserne i én lov. For så vidt angår disse uændrede videreførelser har Det Etske Råd ingen bemærkninger.

Med venlig hilsen,

 Ole J. Hartling  
Formand for Det Etske Råd

  
Berit Andersen Faber  
Sekretariatschef

# DET ETISKE RÅD

Kopi til  
Lisa, 2.S.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Den 6. januar 2005  
J.nr. ER 2003-6.4-537 dok.: 3

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø


## Høring over Forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet (Konsekvensrettelser som følge af kommunalreform)

Det Etiske Råd har den 2. december 2004 modtaget "Forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet" og er blevet bedt om at afgive eventuelle bemærkninger senest 7. januar 2005. Rådet har drøftet forslaget på rådsmøde den 16. december 2004.

Lovforslaget er en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af den nye kommunalreform. Ved lovforslaget ændres de regler i lovene, der regulerer amtskommunernes opgavevaretagelse, herunder regler, der tillægger amtskommunerne myndighedskompetence, idet det bliver foreslået, at regionsrådet i de nye regioner fremover skal varetage denne opgave. Der er således tale om mindre konsekvensrettelser, hvor f.eks. "amtskommuner" ændres til "regioner" og "amtsråd" til "regionsråd". Det Etiske Råd har ingen yderligere bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen,

 Ole J. Hartling  
Formand for Det Etiske Råd

  
Berit Andersen Faber  
Sekretariatschef

RAVNSBORGGADE 2-4, 2200 KØBENHAVN N. TELEFON + 45 35 37 58 33. FAX + 45 35 37 57 55.

E-mail: [etiskraad@etiskraad.dk](mailto:etiskraad@etiskraad.dk) Homepage: [www.etiskraad.dk](http://www.etiskraad.dk)

CVR-nr: 11 80 66 19

# DET ETISKE RÅD

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Den 6. Januar 2005  
J.nr. ER 2003-6.4-537 dok.: 7

INDGÅET I  
-7 JAN. 2005  
1.Ø

## Høring over Udkast til forslag til Sundhedsloven

Det Etiske Råd har den 2. december 2004 modtaget *Udkast til forslag til Sundhedsloven*, med anmodning om at afgive eventuelle kommentarer senest den 7. januar 2005. Rådet har drøftet udkastet på rådsmøde den 16. december 2004.

### Baggrund for lovforslaget

Lovforslaget er et led i udmøntningen af regeringens aftale fra juni 2004 om en strukturreform og den efterfølgende aftalte udmøntningsplan fra september 2004.

Der er tale om et forslag til grundlæggende revision af sundhedslovgivningen. Lovforslaget omfatter forhold, der hidtil har været reguleret i femten forskellige sundhedslove, som tænkes ophævet samtidigt med ikrafttrædelsen af Sundhedsloven. Dog er der i vid udstrækning tale om uændrede videreførelser fra de femten love til det nye forslag til Sundhedslov. I forhold til gældende lovgivning vil lovforslaget først og fremmest indebære indholdsmæssige ændringer, som er en følge af aftalen om kommunalreformen. Lovforslaget vil herudover kun indeholde realitetsændringer på enkelte områder.

*Det Etiske Råds høringssvar vil koncentrere sig om de områder, hvor lovforslaget lægger op til indholdsmæssige ændringer i forhold til den eksisterende lovgivning.*



Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at "ved udformningen af lovforslaget har regeringen lagt afgørende vægt på, at sundhedslovgivningen indrettes med udgangspunkt i hensynet til borgernes behov. Det skal sikres, at sundhedsvæsenets tilbud til den enkelte er karakteriseret af kontinuitet, sammenhæng og tryghed. Lovgivningen skal derfor sikre de bedst mulige rammer for sammenhæng i patientforløbene, således at den enkelte patient får netop den ydelse, der er behov for på det givne tidspunkt, uanset hvilken myndighed, der har ansvaret".

I lovforslagets § 2 er angivet, at "Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for

1. let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
2. behandling af høj kvalitet,
3. sammenhæng mellem ydelserne,
4. valgfrihed,
5. let adgang til information,
6. et gennemsigtigt sundhedsvæsen,
7. kort ventetid på behandling."

## **Det Ethiske Råds bemærkninger**

### Overordnede bemærkninger

Lovforslaget samler de centrale lovbestemmelser indenfor sundhedsområdet, som i dag er fastsat i femten forskellige love.

I den forbindelse ser rådet positivt på, at flere af de love, der falder inden for rådets arbejdsområde, foreslås overført fra Justitsministeriet til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Det drejer sig om lovene om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, om sterilisation og kastration og om ligsyn, obduktion og transplantation – love som rådet finder det naturligt at lægge i samme administrative regi som de øvrige sundhedslove.

I forbindelse med *Lov om ligsyn, obduktion og transplantation* skal det i øvrigt bemærkes, at Det Ethiske Råd og Den Centrale Videnskabsetiske Komité har planer om at nedsætte en fælles arbejdsgruppe, der vil beskæftige sig med principielle spørgsmål i relation til forskning på afdøde, herunder med et eventuelt behov for lovændringer. Disse overvejelser er kommet i stand efter at rådet og komitéen har holdt et fællesmøde, hvor det viste sig, at der er behov for at se yderligere på etiske spørgsmål i forbindelse med forskning på afdøde. Det Ethiske Råd og Den Centrale Videnskabsetiske Komité vil holde ministeriet orienteret om dette udredningsarbejde.

Det Ethiske Råd sendte den 31. august 2004 et notat til Indenrigs- og sundhedsministeren, hvori rådet anbefalede at benytte den forestående gennemførelse af kommunalreformen som anledning til at indføje det etiske fundament for sundhedsvæsenets virke i lovgivningen på de områder, hvor dette endnu ikke har fundet sted. Rådet henviste til overordnede principper som dem, der er nedfældet i internationale konventioner (f.eks. Europarådets Bioetikkonvention) såvel som i dele af den allerede eksisterende nationale sundhedslovgivning: *Lov om patienters retsstilling* hylder således princippet om respekt for den enkeltes selvbestemmelse, og *Lov om et videnskabsetisk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter* understreger, at det enkelte individ kun i begrænset omfang bør anvendes som middel for andre formål end sig selv.

Det Ethiske Råd er derfor meget glad for at se, at sådanne overordnede etiske principper er indskrevet i forslaget til Sundhedslovens § 2, der angiver, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Rådet har dog noteret, at formuleringerne fra patientretsstillingslovens § 1 er udeladt. Det er her anført, at "Loven skal endvidere medvirke til at sikre tillids- og fortrolighedsforholdet mellem patient og sundhedsperson". Det Ethiske Råd anbefaler, at denne formulering bliver videreført i den nye Sundhedslov.

Rådet finder i øvrigt anledning til at gentage sin opfordring fra notatet til ministeren om at lade princippenes indskrivning i lovgivningen blive efterfulgt af et konkret udviklingsarbejde. Dette udviklingsarbejde skal blandt andet omfatte en debat om, hvordan

principperne skal omsættes til praksis, således at de får bred accept blandt alle interessenter (offentlighed, patienter, beslutningstagere og sundhedspersonale).

Det Ethiske Råd finder, at det ligeledes kunne være relevant at lade udviklingsarbejdet rumme monitorering af og debat om effekten af den nye finansieringsordning for sundhedsvæsenet, som ifølge lovforslaget skal gennemføres med kommunalreformen. Det overordnede formål med den ny finansieringsordning angives i bemærkningerne til loven at være, at understøtte de mål, der ligger til grund for reformen, herunder for eksempel at sikre sammenhængende patientforløb. Det Ethiske Råd finder det væsentligt gennem monitorering og debat at undersøge, hvorvidt en sådan finansieringsordning giver anledning til etiske problemer.

#### Bemærkninger til lovforslagets enkelte kapitler

##### *Lovforslagets kapitel 9, § 42*

Lovforslagets § 42, stk. 2, nr. 2 lægger op til en udvidelse af de eksisterende regler for videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling af patienter. Ifølge lovforslaget skal det fremover være muligt *uden patientens samtykke* at videregive helbredsoplysninger, når "videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge". I den eksisterende lovgivning er dette kun muligt efter indhentelse af patientens informerede samtykke, bortset fra tilfælde, hvor patienten skal fortsætte den aktuelle behandling hos den praktiserende læge.

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at de fleste patienter vil betragte det som en naturlig ting, at den praktiserende læge kan blive underrettet om den foretagne behandling på sygehuset, selv om behandlingen ikke skal fortsætte hos den praktiserende læge. Det gælder især i de situationer, hvor patienten er henvist til sygehusbehandling af netop den praktiserende læge. Det vil desuden være hensigtsmæssigt, da den praktiserende læge skal varetage kontakten med patienten også under eventuel videre behandling i sygehusvæsenet eller hos anden praktiserende sundhedsperson.

Det fremgår videre af lovforslagets § 42, stk. 3, at patienten kan frabede sig, at oplysningerne videregives til den praktiserende læge. Det fremgår her af bemærkningerne, at patienten skal informeres om sin ret til at nægte videregivelse, enten direkte af sundhedspersonen eller i form af mere generel information, f.eks. informationsmateriale, som findes på sygehuset.

Rådet er kritisk over for udvidelsen af de eksisterende regler for videregivelse af helbredsoplysninger. Det skyldes, at det er et grundlæggende princip, at oplysninger, der er betroet en sundhedsperson, ikke videregives uden samtykke. Enhver udvidelse af dette princip er en underminering af patientens retssikkerhed og hans eller hendes råderet over private helbredsoplysninger. Desuden mener rådet, at det ikke giver lovgivningen etisk legitimitet at være møntet på "de fleste patienter"s behov, men snarere at tage højde for patienters forskellighed og forskellige forhold. Der vil være en række situationer, hvor en patient ikke ønsker, at helbredsoplysninger ved formodet samtykke gives videre fra sygehuset til patientens praktiserende læge. Hvis den praktiserende læge også er patientens familielæge, kan der f.eks. være situationer, hvor patienten ønsker en større grad af privathed.

At patienten i sådanne tilfælde ifølge lovforslaget kan frabede sig, at oplysningerne videregives yder i praksis næppe patienten tilstrækkelig retssikkerhed. Hvis informationen om ret til at nægte videregivelse af helbredsoplysninger f.eks. bliver givet i generel informationsmateriale om sygehuset, er det tvivlsomt, om patienten - særligt hvis vedkommende er meget svækket - læser informationen og forstår, at vedkommende skal sige aktivt fra, hvis han eller hun ikke ønsker videregivelse af helbredsoplysninger til den praktiserende læge. Det skal i øvrigt bemærkes, at en patient ikke kan afgive et informeret samtykke til videregivelse af oplysninger på et tidspunkt, hvor patienten endnu ikke ved, *hvilke* oplysninger, der gives samtykke til at videregive.

Hvis informationen om ret til at nægte videregivelse derimod bliver givet af en sundhedsperson, er der reelt ingen forskel rent ressourcemæssigt på praksis ifølge den nuværende lovgivning (hvor sundhedspersonen skal indhente informeret samtykke) og praksis ifølge den foreslåede nye lovgivning. I den situation taler et retssikkerhedsprincip

for at bevare den nuværende model, hvor der aktivt skal gives samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger. Det Ethiske Råd anser det som den bedste løsning, at der gennemføres en udskrivningssamtale, hvorunder dette samtykke bliver indhentet.

Sammenfattende støtter rådet ikke den foreslåede udvidelse af reglerne for videregivelse af helbredsoplysninger.

#### *Bemærkninger til lovforslagets kapitel 40 og kapitel 41*

Det er kommunalreformens hensigt at give kommunerne større ansvar på sundhedsområdet. Kommunerne får blandt andet ansvaret for behandling af alkohol- og stofmisbrugere. Det vil sige, at det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen. Det nødvendige behandlingstilbud kan tilvejebringes ved at kommunalbestyrelsen selv etablerer behandlingspladser, ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med regionsrådet om at stille behandlingspladser til rådighed eller ved at indgå aftale med andre udbydere af behandlingstilbud.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslagets kapitel 40 (Behandling af alkoholmisbrug), at en alkoholmisbruger også efter det nye lovforslag har ret til vederlagsfri behandling på et ambulatorium efter eget valg.


Det fremgår imidlertid af bemærkningerne til lovforslagets kapitel 41 (Behandling af stofmisbrug), at forslaget *ikke* giver samme ret til stofmisbrugeres substitutionsbehandling: "Substitutionsbehandlingen forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugeren. Forslaget giver derfor ikke den enkelte stofmisbruger ret til frit valg af behandlingssted; adgang til behandlingen kan alene opnås gennem den kommune, hvor stofmisbrugeren har bopæl."


Det Ethiske Råd finder det væsentligt at sikre, at alle alkohol- og stofmisbrugere får behandlingstilbud af ens, høj kvalitet, uanset i hvilken kommune, de er bosiddende. Lovforslaget og bemærkningerne hertil rummer med de nuværende formuleringer en risiko for, at særligt stofmisbrugere (og muligvis særligt stofmisbrugere bosiddende i mindre kommuner) ikke får adækvate behandlingstilbud stillet til rådighed. Rådet ønsker derfor at

påpege, at der kan være behov for at føre tilsyn med, hvorledes dette nye ansvarsområde for kommunerne bliver implementeret i praksis.

Rådet henviser i øvrigt til lovforslagets § 2, hvoraf det blandt andet fremgår, at loven skal sikre det enkelte menneskes selvbestemmelse og opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet og valgfrihed.

Med venlig hilsen,

 Ole J. Hartling  
Formand for Det Ethiske Råd

  
Berit A. Faber  
Sekretariatschef



Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
 Slotsholmsgade 10 - 12  
 1216 København K

Funktionærernes og  
 Tjenestemændenes  
 Fællesråd

INDGÅET I

11845  
 KLLU/jehe

6.1.2005

- 7 JAN. 2005

1.0

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

Med brev af 1.12.2004 er FTF anmodet om bemærkninger til udkast til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet (konsekvensrettelser som følge af Kommunalreformen).

FTF har følgende bemærkninger:

### Ad udkast til forslag til Sundhedsloven

FTF finder, at det er et fremskridt, at der formuleres en samlet sundhedslov med en fælles formålsparagraf for hele sundhedsvæsenet. I forslaget til sundhedsloven er formuleret en række positive og fremadrettede intentioner for at skabe et mere forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen. Det virker dog påfaldende, at der hverken i forslaget til lovtekst eller i bemærkningerne til de enkelte paragraffer sættes fokus på regeringens ofte udtalte ønske om at skabe "et stærkt offentligt sundhedsvæsen". Herudover virker det også påfaldende, at § 2 1) er formuleret som: "let og lige adgang til sundhedsvæsenet" og ikke som det er i eksisterende lovgivning: "fri og lige adgang". De specielle bemærkninger til lovforslaget giver på dette punkt intet bidrag til fortolkningen af den valgte formulering.

Det samlede udkast til forslag til sundhedsloven er et meget omfattende forslag med i alt 271 paragraffer. Med forslaget samles 15 forskellige love i en. En samlet vurdering af forslaget er, at der sker en betydelig centralisering af sundhedsvæsenet.

Stærkest kommer dette til udtryk ved et meget stort antal bemyndigelser, hvor minister eller styrelse kan fastsætte regler uden om Folketinget. FTF er bekymret ved disse mange bemyndigelser og finder, at de mange bemyndigelser er i klar modstrid med det, der ellers fremgår som formålet med en samlet lovgivning, nemlig "at sundhedslovgivningen indrettes med udgangspunkt i hensynet til borgernes behov". Den enkelte borger og patient kan have svært ved at danne sig et overblik over, hvilke forventninger den enkelte kan have til sundhedsvæsenet.

På en række områder indikeres nye initiativer eller fokusering af allerede iværksatte initiativer (fx § 188, § 189, § 211) om kvalitetsudvikling, forskning og effektivitet. Med den – også her udbredte brug af bemyndigelser – er det ganske enkelt umuligt at bedømme ud fra forslaget, hvordan fremtidens sundhedsvæsen i praksis kommer til at se ud.

FTF's anbefaling er derfor, at udkastet til lovforslag nøje gennemgås m.h.p. at præcisere indholdet i de konkrete overvejelser, og hvor det er muligt at indskrive bestemmelser i eksisterende bekendtgørelser direkte i lovteksten. Det er endvidere FTF's anbefaling at overvåge udviklingen af sundhedsvæsenet med henblik på justering af de iværksatte initiativer for kvalitetsudvikling, forskning og effektivitet, så det sikres at de stemmer overens med behovet i praksis.

FTF er betænkelig ved den finansieringsmodel, der skal understøtte sundhedsvæsenet. Det findes grundlæggende uhensigtsmæssigt, at regionerne ikke via egen skatteopkrævning gøres ansvarlig for såvel anvendelse som opkrævning af de fornødne midler. Princippet om sammenhæng mellem økonomisk ansvar og beslutningskompetence, har der hidtil været bred enighed i dansk politik i forhold til de kommunale myndigheder siden kommunalreformen i 1970. Kommunernes medfinansiering af sygehusvæsenet giver en række økonomiske incitamerter for kommunerne. Afhængig af, hvordan incitamentene kommer til at fungere i praksis, kan det skabe større sammenhæng i patientforholdene herunder understøtte genoptræningsindsatsen og den forebyggende indsats.

For FTF må det imidlertid være helt indiskutabelt, at det også i fremtiden er faglige – og ikke økonomiske hensyn, der afgør, hvilket sundhedstilbud borgere og patienter får. Fx må ældre medicinske patienter ikke "holdes hjemme i kommunen", hvis der er behov for sygehusindlæggelse.

FTF anbefaler, at der i de første år efter indførelsen af de nye økonomiske incitamerter og finansieringssystemer føres en skærpet overvågning af, hvordan de økonomiske incitamerter fungerer i praksis. Det bør undgås, at borgere og patienter kommer i klemme i en ny negativ kassetænkning.

FTF har tidligere i forbindelse med regeringens forslag til kommunalreformen udtrykt stor betænkelighed for så vidt angår det psykiatriske område, hvor en række af de mest sårbare og udsatte patientgrupper befinder sig. Hos kommunerne samles myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvaret for socialpsykiatrien. Efter FTF's opfattelse er opgaven så specialiseret, at en række kommuner vil have vanskeligt ved at løfte den på et tilstrækkeligt højt fagligt niveau, ligesom der kan skabes større brud mellem behandlings- og socialpsykiatrien til skade for patienter og pårørende.

På det område er der for alvor behov for nøje at følge udviklingen, hvor de ændrede økonomiske incitamerter for kommunerne kan betyde voldsomme forringelser for den enkelte.

Kommunerne får endvidere ansvaret for såvel alkohol- som misbrugsområdet. FTF kan være bekymret for, om det kan lykkes for selv større kommunale enheder at opbygge og fastholde den fornødne faglige kompetence på disse områder.



FTF finder det positivt, at kommunerne får tillagt et større ansvar for forebyggelsen og sundhedsfremme. De generelle økonomiske incitament, bl.a. medfinansiering af indlæggelse forekommer imidlertid helt utilstrækkelige, hvis der ønskes en generel, massiv øget indsats på området. Øremærkede midler til dette bør følges op af en national handlingsplan, hvis indsatsen skal have effekt på længere sigt og for alvor fremme befolkningens sundhedstilstand og mindske brugen af sygehusydelse.

FTF's væsentligste kritikpunkt af udkast til forslag til sundhedsloven er de økonomiske konsekvenser.

Af forslaget almindelige bemærkninger fremgår (side 12): "Lovforslaget er samlet set udgiftsneutralt i forhold til kommuner og regioner".

FTF er af den opfattelse, at det er fuldstændigt urealistisk at tro, at de mange organisationsændringer og opgaveomflytninger, der er indeholdt i det fremlagte forslag ikke vil føre betydelige omkostninger med sig.

FTF finder, at regeringen skylder at tydeliggøre, hvilke omkostninger organisationsændringerne og opgaveomflytningerne vil medføre, og hvordan de tænkes finansieret.

Taget for pålydende indeholder forslaget til ny sundhedslov endvidere en række velbegrundede og fornuftige opprioriteringer af visse områder (fx kommunal sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedscentre og kommunal forskning).

Det er for FTF imidlertid helt uforståeligt, at dette skulle kunne ske uden, at der tilføres yderligere midler til området. Hvis der ikke skal tilføres yderligere ressourcer, må der være andre områder der nedprioriteres, og FTF efterlyser i givet fald et svar på, hvilke områder og indsatser det drejer sig om.

Af de almindelige bemærkninger til lovforslaget ( side 14, 3. afsnit) fremgår, at det særlige tilskud til Rigshospitalets til forskning og udvikling skal fordeles på alle fem regioner " på grundlag af forskningens omfang og kvalitet efter en model, som vil blive nærmere fastlagt". Dette virker overordentligt upræcist og set i lyset af, at Rigshospitalet vel fortsat i det danske sygehusvæsen skal have særlige opgaver og funktioner i relation til behandling af specielle sygdomsgrupper virker forslaget svært forståeligt.

#### Ad udkast til forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet

FTF kan tilslutte sig hovedintentionen bag det fremlagte forslag nemlig at styrke borgere og patienters retsstilling ved at indføre en enklere klageadgang i forhold til kommuners og regioners administrative afgørelser. FTF finder det fornuftigt at samle klageadgangen, men lægger vægt på, at klagebehandlings-systemet fortsat rummer den faglige ekspertise, der skal til for at behandle de meget komplicerede klagesager med både sundhedsmæssige og sociale problemstillinger.

FTF er ligeledes enige i hovedformålet med behandlingen af klagesager således, som det fremgår af forslaget side 21, 3. afsnit.

FTF vil imidlertid pege på, at det bør understreges, at hovedformålet tillige gælder for private institutioner/sygehuse og lignende, således at disse instituti-

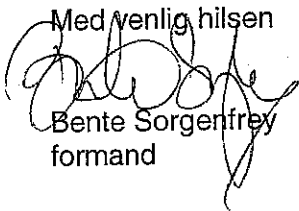
oner/sygehuse og lignende også medvirker til den løbende kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Af formuleringen i lovteksten og de medfølgende bemærkninger kan man let få det indtryk, at dette alene er noget, der gælder for offentlige institutioner.

FTF skal afslutningsvis pege på, at man går ud fra, at det er en fejl, når der i § 1 i forslaget henvises til § 50 i sundhedsloven. Det bør formentlig være § 52.

Ad udkast til forslag om ændring af forskellige love på sundhedsområdet (konsekvensrettelser)

Forslaget giver ikke FTF anledning til bemærkninger.

Med venlig hilsen



Bente Sorgenfrey  
formand



1.Ø

Indenrigs- og sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
DK 1216 København K

Tórshavn, tann 04. januar 2005

J.Nr.: 0.22-200400890/2

(at tilskila í svari)

Viðgjørt: kp

Tygara skriv: 2.s.kt.j.nr.2004-1200-59

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

Almanna- og heilsumálaráðið (AHR) har modtaget udkast til forslag til Sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang for sundhedsvæsenet og forslag til lov om ændring af forskellige love om sundhedsområdet (konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen) til høring.

AHR finder det positivt, at en række love indenfor sundhedsvæsenet kodificeres i en større lov. Det vil gøre loven og dens områder mere overskuelig. AHR finder det imidlertid påfaldende, at dele af den danske psykiatrilov ikke er medtaget i lovforslaget, når loven om patienters retsstilling er inddraget i lovforslagets kapitel 4. Det kan signalere en fortsat opdeling af patientgruppen i psykiatriske patienter og øvrige patienter, som virker uhensigtsmæssigt.

AHR har endnu ikke taget stilling til, hvorvidt lovene når de vedtages skal gøres gældende på Færøerne ved anordning.

Med venlig hilsen

Kim Pagels  
fuldmægtig

- 7 JAN 2005

LØ

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



## Vedr.: Høring vedrørende lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område – Sundhedsloven

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved brev af 1. december 2004 sendt forskellige udkast til lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område til høring. Det drejer sig om udkast til forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet.

Aarhus Universitet har nedenstående bemærkninger til udkast til forslag til sundhedsloven.

### Forskning

Aarhus Universitet hilser velkommen, at lovforslaget jævnfør kapitel 59, § 189, lovfæster regionsrådenes forpligtelse til forskning. Det noteres ligeledes med tilfredshed, at lovfæstelsen forventes ledsaget af ressourcer til formålet.

Aarhus Universitet finder det dog ikke hensigtsmæssigt, at

- 1) ressourcerne fordeles som aktivitetsbestemte midler i stedet for de basismidler, der er så nødvendige for infrastrukturen for forskningen
- 2) at man i lovforslaget omtaler lovfæstelsen som udgiftsneutral i betragtning af det i forvejen meget begrænsede statslige engagement i forskningen på sygehusene.

### Uddannelse

Aarhus Universitet er som højere uddannelsesinstitution tæt knyttet til sygehusvæsenet. I de senere år har det indebåret, at der foruden lægeuddannelsen også er et samarbejde mellem universitet og sygehusvæsen og sundhedssektor i almindelighed om den lægelige videreuddannelse (postgraduate kliniske lektorer, postgraduat klinisk professor). Aarhus Universitet finder det derfor ikke hensigtsmæssigt, at udkastet til lovforslaget ikke indeholder bestemmelser om sygehusvæsenets forpligtelser inden for undervisningsområdet.

### Regionale forskningsfora/videnskabsetik

Aarhus Universitet er af den opfattelse, at en henvisning til de regionale forskningsfora og deres betydning i den fremtidige regionale struktur vil være ønskværdig.

REKTOR

Dato: 6. januar 2005

Journalnr:  
Reference: mvr

Direkte tlf: 8942 1215  
E-post: mvr@adm.au.dk

Afsenders CVR-nr:  
41-82-66-14

Kopi til Lisa, Z.S.

Rektor  
Aarhus Universitet  
Bygning 431  
Nordre Ringgade 1  
8000 Århus C  
Tlf: 8942 1111  
Fax: 8619 7029  
E-post: rektor@au.dk  
Web: www.au.dk/led



Endelig ønsker Aarhus Universitet at påpege, at kommunalreformen medfører andre ændringer i lov nr. 402 af 28. maj 2003 om det videnskabetiske komitéssystem end de oplyste, idet de fremtidige regioner ændrer komitéernes geografiske arbejdsområde med betydelige konsekvenser for udpegning af medlemmer til følge.

REKTOR

Med venlig hilsen

Niels Chr. Sidenius  
rektor

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Niels Chr. Sidenius', written over the typed name.

Kopi til Lisa, 2.5.



Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

INDGÅET I  
- 7 JAN. 2005  
1.0

06-01-2005  
1580.2/EM

### **Lovforslag til udmøntning af kommunalreform på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område**

Farmakonomforeningen har modtaget udkast til forslag til sundhedsloven med forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet (konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen).

Farmakonomforeningen skal henvide til, at foreningen som medlem af Sundhedskartellet er omfattet af kartellets høringssvar. Sundhedskartellet har i sit høringssvar afgivet generelle bemærkninger. Vi vil i vores høringssvar koncentrere sig om den del, der vedrører apoteksforhold.

### **Forslag til sundhedsloven**

Sundhedsloven fremstår i det væsentlige som en sammenskrivning af det gældende lovgivning, hvilket isoleret betraget er meget hensigtsmæssigt.

Ved sammenskrivningen er sontringen i forhold til definitionen af "praktiserende sundhedspersoner" i § 3, stk. 2 og af "sundhedspersoner" § 6 svarende til sontringen i den gældende lovgivning. Bestemmelserne i lovforslaget bygger fortsat på en forudsætning om, at sundhedspersoner skal være autoriseret i henhold til særlig lovgivning eller være personer, der handler på disses ansvar.

Vi skal anbefale, at det kommer til, at fremgå, at farmakonomer er omfattet af definitionen på sundhedspersoner.

Sundhedscentre er nævnt i § 119 i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. Det er Farmakonomforeningens vurdering, at sundhedscentrene vil komme til at spille en væsentlig rolle i fremtiden, og at det er vigtigt at skabe hensigtsmæssige rammer for sundhedscentrenes virksomhed. Vi savner i lovforslagets bemærkninger en nærmere beskrivelse af formålet med et sundhedscenter, og

hvordan sundhedscentret skal indgå i samarbejde med de praktiserede læger og private apoteker.

Vi skal i øvrigt henvise til vores tidligere høringssvar om sundhedscentre til formanden for sundhedsudvalget Birthe Skaarup, Dansk Folkeparti, se vedlagte.

#### **Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet**

Vi mener, at det er et meget positivt tiltag at indføre en enstreget klageordning.

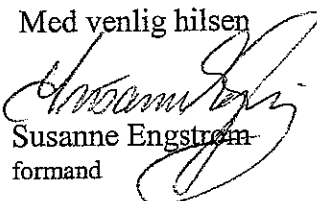
I § 4 er sondringen mellem persongrupper med og uden autorisation opretholdt.

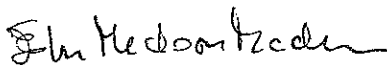
Vi skal her anbefale, at det i af lovgivningen klart fremgår, hvilke grupper, der er omfattet, og der i blandt bør farmakonomer nævnes.

#### **Forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet**

Vi har ingen bemærkninger til konsekvensrettelserne.

Med venlig hilsen

  
Susanne Engstrøm  
formand

  
Else Medom Madsen  
forhandlingschef

#### **Bilag:**

- Høringssvar - Birthe Skaarup, Dansk Folkeparti

KOPI

Dansk Folkeparti  
Christiansborg  
1240 København K.  
Att.: Birthe Skaarup

30-11-2004  
1486.5/SE

**Kære Birthe Skaarup**

**Vedr.: Orientering om farmakonomers arbejdsområde i sundhedscentre**

Tak for din henvendelse hvor vi får mulighed for at fokusere på farmakonomers faglige bidrag til forsøg med sundhedscentre, som Dansk Folkeparti har medvirket til at gøre muligt gennem en pulje afsat på Finanslov 2005.

Farmakonomforeningen er medlem af Sundhedskartellet, hvis generelle svar vi henviser til samtidig med, at vi ønsker at tilkendegive vores glæde over, at der nu kommer 5 forsøgsprojekter. Vi vil i lighed med Sundhedskartellet understrege, at vi mener det er vigtigt, at sundhedsfremme og forebyggelse bliver en del af samtlige forsøg. En del farmakonomer har i dag erfaring med forskellige sundhedsydelse (diverse målinger og rådgivning om sundere adfærd), som tilbydes fra apotekerne

For Farmakonomforeningen er det imidlertid også væsentligt, at sundhedscentre opbygges, så der ikke opstår nye gråzoner, hvor ansvaret for patienters medicinering bliver uklare. Derfor bør farmaceutisk omsorg, medicin efterlevelse og rådgivning herom blive centrale dele af centrene opgaver.

Farmakonomers uddannelse omhandler dialog med patienter, viden om medicin og medicin-interaktion, farmakologi, patientsikkerhed og medicin efterlevelse.

Farmakonomerne kan tilbyde borgerne kompetent information om korrekt brug af medicin. Farmaceutisk viden og erfaring kan specielt bruges over for de patientgrupper, der i særlig grad oplever utilsigtede hændelser med medicin. Det er navnlig ældre patienter, patienter med kroniske sygdomme eller patienter, der bruger mange forskellige typer medicin.

Det er dokumenteret, at medicingennemgange medfører besparelser for samfundet bl.a. i form af færre udgifter til hospitalsindlæggelser og færre henvendelser til læge og vagtlæge ("Brug medicinen bedre" Perspektiver i klinisk farmaci. Lægemiddelstyrelsen juni 2004).

For nogle patientgrupper har det i praksis vist sig, at der er et konkret behov for vejledning i anvendelsen af bestemte lægemidler, som rækker videre end den råd-



givning som sædvanligvis ydes af lægen i forbindelse med ordination af lægemiddel og den vejledning som normalt tilbydes af apoteket i forbindelse med udleveringen (Medicintilskudsudvalget, nedsat af Indenrigs- og Sundhedsministeriet).

Følgende kerneområder er centrale for farmakonomers arbejdsfelt i sundhedscentre:

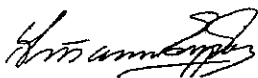
- Farmakonomers kompetence inden for rådgivning om medicin og dialog med patienterne kan bruges inden for medicingennemgang og -håndtering.
- Farmakonomer skaber et samlet overblik over den enkelte patients medicinering og er således med til at kvalitetssikre behandlingen med lægemidler.
- Farmakonomer kan sikre, at patienten kan anvende sine lægemidler korrekt og har den nødvendige viden om korrekt brug af lægemidlet. Er der lægemiddelrelaterede problemer, skal de findes og løses. En af mulighederne kan være at anbefale dosisdispensering, hvis det kniber for patienten at holde styr på medicinen, og hvordan den skal tages.

Ovenstående anbefalinger kan udmøntes i forsøg med sundhedscentre enten ved at ansætte farmakonomer direkte i centrene – eller alternativt sørge for, at det lokale apoteks farmakonomer indgår i et tæt samarbejde med det lokale sundhedscenter på samme måde, som man i forslaget ønsker et samarbejde mellem centrene og de praktiserende læger.

Vi tillader os afslutningsvis at henvise til, at der i aftalen om modernisering og liberalisering af apotekervæsenet fra 2000 bl.a. var enighed om, at apotekervæsenet, som en integreret del af sundhedsvæsenet gennem forebyggelse og sundhedsfremmende initiativer, skal medvirke til forbedring af folkesundheden. Og det fremgår også i forligsteksten, at der skal lægges øget vægt på apotekernes rolle i arbejdet for at forbedre folkesundheden i Danmark. Derfor fokuseres der til stadighed på apotekernes bidrag til at forbedre kommunikationen med lægemiddelbrugerne med henblik på at give brugerne viden og andre forudsætninger for et hensigtsmæssigt lægemiddelforbrug. Der fokuseres endvidere på apotekernes bidrag til sundhedsfremme og forebyggelse f.eks. tilbud om rygeafvænnings, allergiforebyggelse/astmaskoler og kostvejledning.

Vi håber således, at apotekernes/farmakonomernes erfaringer kan nyttiggøres i de kommende sundhedscentre.

Med venlig hilsen



Susanne Engstrøm

formand f. Farmakonomforeningen



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

Den 6. januar 2005

### Høringssvar vedrører forslag til sundhedslov.

Institut for Muskelsvind har med tak modtaget invitation til at kommentere forslaget til sundhedslov.

Vi finder generelt, at det er en god ide at sammenskrive et stort antal love til én samlet lov, idet der herved etableres et bedre overblik og sikres den enkelte borger en samlet adgang til et stort antal relevante regler.

Vi skal samtidig udtrykke vor tilfredshed med, at reglerne for de foreningsejede behandlingssteder videreføres fra den hidtidige sygehuslov til den nye sundhedslov. Det har været af uvurderlig betydning for personer med muskelsvind, at Institut for Muskelsvind nu gennem mere end ti år har haft mulighed at stille ydelser til rådighed med et minimalt forbrug af administrative ressourcer.

Ikke mindst forhøjelsen af rammebeløbet til brug for personer med Amyotrofisk Lateral Sklerose, som blev gennemført af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2002, har medvirket til et bedre og mindre belastende sygdomsforløb for den enkelte og dennes familie og har bidraget til at nedbringe antallet af indlæggelsesdage i forløbet ganske betragteligt.

Institut for Muskelsvind har aktuelt kun to problemstillinger, der ønskes afklaret inden for en overskuelig tid, men ikke nødvendigvis forud for lovforslagenes fremsættelse.

For det første henvises i stigende grad personer med muskelsvindrelaterede diagnoser, som i Danmark ikke traditionelt har været anset for egentlige muskelsvindsygdomme, men som i en række andre lande faktisk anses for at være muskelsvindsygdomme. Institut for Muskelsvind besidder ekspertise til at tilbyde ydelser til disse patienter, men vil ikke med det eksisterende rammebeløb kunne modtage dem uden at ressourcerne hertil fuldt ud fragår personer med de traditionelle muskelsvindsygdomme og Amyotrofisk Lateral Sklerose.

For det andet indebærer den årlige P/L-regulering, at der sker en løbende begrænsning af rammebeløbet, fordi udgifterne i Institut for Muskelsvind alt overvejende udgøres af lønninger. Lønudviklingen på arbejdsmarkedet overstiger år efter år P/L-reguleringen. Dette er uden betydning, hvis det kun sker et enkelt eller enkelte år; men når det sker alle år, reduceres de ressourcer, der er til rådighed for brugerne.

Institut for Muskelsvind finder derfor ikke, at P/L-reguleringen er et hensigtsmæssigt udtryk for udgiftsudviklingen, når udgifterne alt overvejende består af lønninger.