

Institut for Muskelsvind har endvidere med tilfredshed bemærket, at der i sundhedsloven forudsættes såvel kvalitetssikringsprojekter som udviklingsprojekter i regionalt regi og skal blot bemærke, at disse projekter efter vores opfattelse også bør omfatte de foreningsejede behandlingssteder, således at der gives de samme muligheder og stilles de samme krav til blandt andre Institut for Muskelsvind som til andre aktører på området.

Med hensyn til den generelle udformning af forslaget til sundhedslov har Institut for Muskelsvind især bemærket med tilfredshed, at "genoptræning" indgår med stor vægt, og at "genoptræning" i mange sammenhænge beskrives som det bredere begreb "rehabilitering", der er både borgerinddragende og tværsektorielt.

Institut for Muskelsvind finder derfor, at det vil være mest relevant, at begrebet "rehabilitering" faktisk anvendes i lovgivningen, både i lov om social service og i sundhedsloven, og at det er begrebet "rehabilitering", der anvendes i lovens forarbejder og i den efterfølgende udmøntning i Bekendtgørelser og Vejledninger.

Vi skal i den forbindelse tillade os at henvise til den "Hvidbog", der blev offentliggjort om rehabilitering i efteråret 2004, og som allerede har opnået stor politisk opbakning fra alle politiske partier.

Institut for Muskelsvind er selv en rehabiliterings institution, der stiller ydelser til rådighed med udgangspunkt i både den sociale lovgivning og sundhedslovgivningen, og det er for os af helt afgørende betydning, at dette samspil mellem to lovgivninger betragtes som en styrke og ikke modvirkes ved en fragmenteret lovgivning.

Derfor bør det gennem lovens forarbejder og en efterfølgende udmøntning i mere detaljerede regelsæt sikres, at der sker en sammenknytning mellem rehabiliteringsbegrebet i serviceloven og sundhedsloven og en sammenknytning mellem de opgaver, der skal varetages af henholdsvis kommuner og regioner, idet der alene herved opnås den fornødne sammenhæng, som også skal udgøre en sammenhæng for den enkelte patient.

Genoptræning i sundhedslovens forstand synes at forudsætte et yderst traditionelt forløb med ulykke/sygdom, hospitalsindlæggelse, behandling, eventuel genoptræning i hospital, udskrivning, genoptræningsplan og genoptræning uden for hospital – alt sammen inden for én tidsbestemt proces.

Mange situationer adskiller sig imidlertid fra dette klassiske forløb. Der udfoldes blandt andet store og prisværdige bestræbelser for at undgå hospitalsindlæggelse, både fordi dette kan være mindst belastende for patienten og fordi der herved spares store ressourcer.

Som eksempel kan netop nævnes Amyotrofisk Lateral Sklerose, hvor Institut for Muskelsvind i samarbejde med hospitalsvæsenet succesfyldt har udfoldet store bestræbelser for at begrænse indlæggelsestiden gennem sygdommens forløb.

Et andet eksempel er personer med diagnosen Duchennes Muskeldystrofi, der tidligere gav anledning til hyppige og langvarige hospitalsindlæggelser, men hvor indlæggelsestiden nu er begrænset som følge af blandt andet forbedret behandling af respirationsproblemer.

Behovet for genoptræning bliver imidlertid ikke mindre, selv om indlæggelsestiden begrænses eller undgås. Institut for Muskelsvind anbefaler derfor en præcisering af, at rehabiliteringsplaner ikke forudsætter hospitalsindlæggelse.

I givet fald bør det endvidere beskrives, hvem der ellers har kompetence til at udarbejde rehabiliteringsplaner. Institut for Muskelsvind besidder selv den fornødne ekspertise til at påtage sig opgaven for vore egne brugere, men har brug for den fornødne hjemmel og de fornødne ressourcer hertil.

Ofte vil en rehabiliteringsplan med fordel kunne udarbejdes forud for indlæggelse, hvilket også er en afvigelse fra det klassiske forløb, der synes at ligge til grund for det beskrevne princip i sundhedsloven.

Der bør endvidere være mulighed for forebyggende rehabilitering og dermed forebyggende rehabiliteringsplaner, hvilket må være helt i overensstemmelse med regeringens egne principper for strukturen, idet der blandt andet med den foreslåede fordeling af udgifter mellem regioner og kommuner er lagt prisværdig stor vægt på at motivere til en forebyggende indsats.

Det fremgår beklageligvis hverken af serviceloven eller af sundhedsloven, at den enkelte borger har et egentligt krav på rehabilitering, og der er ikke beskrevet klagemuligheder, f.eks. hvis genoptræningsplanen ikke udarbejdes, hvis den er for dårlig, eller hvis den ikke realiseres.

Det er vores opfattelse, at det må indgå som en klar forudsætning, at patienten har krav på en aktiv beslutning om, hvorvidt der skal udarbejdes en rehabiliteringsplan med mål, indhold og dermed krav til den efterfølgende rehabilitering, og at denne beslutning skal kunne påklages.

Der stilles endvidere ikke krav til rehabiliteringsplanens indhold og detaljeringsgrad. Rehabiliteringsplaner kendes allerede fra det nuværende system, hvor de betegnes "genoptræningsplaner", men har ofte en ikke operativ ordlyd som f.eks. "Genoptræning anbefales", hvilket reelt gør dem ubrugelige.

Praksis har også vist, at genoptræning alene er opfattet som hel eller delvis retablering af fysiske færdigheder, f.eks. og primært fysioterapi. Ikke mindst derfor anbefales det, at begrebet "rehabilitering" introduceres som erstatning for "genoptræning", idet der herved signaleres, at det efterfølgende behov ofte vil være langt mere vidtgående og rettet mod borgerens egen beslutning og muligheden for deltagelse i samfundslivet.

En rehabiliteringsplan skal, som den i lovforslaget beskrevne genoptræningsplan, indeholde et eller flere konkrete mål. Men det er helt vitalt, at målet fastlægges i samarbejde med patienten selv og/eller dennes pårørende, hvis det overhovedet er muligt. I mange tilfælde vil målsætningen være en fuld retablering af fysiske færdigheder, men målsætningen kan også være et lavere og måske mere realistisk ambitionsniveau.

I de tilfælde, hvor en patient rehabiliteres til et lavere funktionsniveau, vil kravet til indsatsen ofte være større, fordi der heri må indgå en accept af det lavere fremtidige funktionsniveau. En rehabiliteringsplan vil ofte skulle indeholde en række specifikke delmål, som stiller krav til forskellige rehabiliteringsaktører og -steder.

Helhedsorienteringen indebærer, at rehabiliteringen omfatter ethvert behov, f.eks. social rehabilitering eller en specifik rehabilitering i forhold til uddannelse eller arbejdsmarkedet. Efter en ulykke eller en alvorlig sygdom, der kan være forbundet med en personlig krise, kan der være behov for psykologhjælp, f.eks. for at lette muligheden for at fungere sammen med familie, venner og arbejdskammerater. Der kan være behov for ergoterapi til afhjælpning af en situation, hvor en permanent mistet funktion skal kompenseres, f.eks. med hjælpemidler i hjemmet, arbejdspladsen eller skolen. Der kan være brug for hjælp fra en diætist, fordi appetitløshed kan være en konsekvens af ulykke, sygdom og krise med risiko for forværring af situationen.

Rehabilitering kan også indebære et generelt behov for hjælp til at fungere igen og definere sig selv og sine muligheder med et ændret funktionsniveau.

Det er i den forbindelse helt afgørende, at rehabilitering kan omfatte enhver foranstaltning, der på alle planer kan forbedre muligheden for patientens fortsatte funktionsniveau sammen med andre samt patientens mulighed for deltagelse i samfundet. I rehabiliteringen kan f.eks. også indgå kurser, selvhjælpsgrupper og kontakt til andre mennesker i samme situation eller med erfaring i situationen eller til ressourcepersoner uden en snæver faglig baggrund.

Det vil sige, at rehabilitering kan omfatte mange specialer og discipliner og involvere mange love, sektorer og sundhedspersoner. Af den grund vil der være brug for en éntydig ansvarsplacering og en koordinering. Pligten til at etablere denne funktion bør være beskrevet i lovgrundlaget. Samtidig stiller rehabilitering som disciplin krav om nye kompetencer og ny viden hos såvel borgere som ansatte, hvilket bl.a. forudsætter nye uddannelsesinitiativer inden for sundheds- og socialsektoren.

Fysioterapi vil formentlig være det hyppigst anvendte element i rehabilitering, men den nuværende struktur for fysioterapiområdet, der er placeret og finansieret af regionerne gennem Sygesikringens Forhandlingsudvalg, og som lægger hovedvægten på praksissektoren, og som i øvrigt fastlægger serviceniveauet alene i et samspil mellem de to overenskomstpartnere, synes ikke at være hensigtsmæssig i forhold til en fremtid, hvor genoptræning/rehabilitering skal varetages af kommunerne.

Det er ikke usædvanligt, at følgerne af sygdom eller ulykke påvirker den samlede familie, ikke mindst familier med børn, hvad enten ulykken/sygdommen har ramt en voksen eller et barn. Rehabiliteringsplanen og rehabiliteringens helhedsorienterede indsats må derfor målrettes den samlede familie med de behov, som forløbet har udløst hos det enkelte familiemedlem og hos den samlede familie.

En særlig problemstilling knytter sig til rehabilitering i forbindelse med fremadskridende sygdomme som f.eks. muskelsvind, idet udgangspunktet er, at der vil ske et løbende funktionstab. Vi mener ikke, at der overhovedet er taget højde for fremadskridende sygdomme i forslaget til sundhedslov, men i betragtning af den imødekommenhed vi altid har mødt i Indenrigs- og Sundhedsministeriet er vi også overbevist om, at dette beror på en forglemmelse formentlig med baggrund i, at fremadskridende sygdomme trods alt udgør en mindre del af det samlede antal sygdomme med behov for rehabilitering.

Problemstillingen er ikke desto mindre påtrængende, og det bør på bindende måde præciseres i forbindelse med den kommende lovgivning, at rehabilitering ved fremadskridende sygdomme også er omfattet af regionernes og kommunernes forpligtelse.

Behovet for længerevarende eller hyppig rehabilitering ved fremadskridende sygdomme bliver dog ikke mindre, men tværtimod større, idet behovet for målsætninger for den enkelte og dennes familie bliver så meget desto mere nødvendig og indgribende, når man til stadighed skal tilpasse sig og fungere med et ændret funktionsniveau, og når man til stadighed skal kompensere for et funktionstab med f.eks. ændret indhold i tilværelsen eller nye hjælpemidler.

I en lang række tilfælde vil kommende funktionstab være forudsigelige, hvorfor det bør indgå som en naturlig del af en rehabiliteringsplan, at forudsigelige funktionstab faktisk også forudses og kompenseres "forud" for herved at begrænse såvel udgifter til blandt andet indlæggelse, behandling og efterfølgende praktisk hjælp som et unødigt yderligere tab af funktioner, der ellers kunne udgøre en del af grundlaget i den fortsatte rehabilitering.

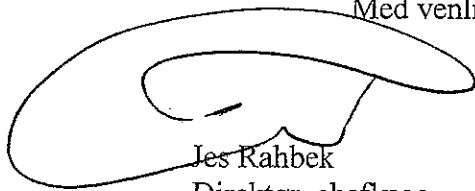
Der vil være behov for stadige tilpasninger af patientens ressourceprofil, således at der fortsat fokuseres på pågældendes muligheder i den fremtidige tilværelse. Indsatsen skal ikke mindst koncentreres om den pågældendes egen og familiens accept af den ændrede situation.

Disse problemstillinger er naturligvis for detaljerede til, at de i deres helhed kan indgå i selve lovgivningen, men de kan dog med fordel skitseres i bemærkningerne, og de er af helt vital betydning i forbindelse med strukturreformen, hvor regeringen – stort set uden at bruge ordet "rehabilitering" – alligevel har skitseret rehabiliterings principper.

En mere detaljeret beskrivelse bør ske i en supplerende vejledning til samtlige relevante bestemmelser i forhold til bl.a. lov om social service og sundhedsloven, og hvert enkelt af de elementer, der er skitseret oven for, indeholder så vidtrækkende problemstillinger, at de med fordel og i samarbejde med patient- og handicaporganisationerne kan udvikles sideløbende med, at lovgivningen færdiggøres og implementeres frem mod den 1. januar 2007.

Institut for Muskelsvind vil med stor glæde, store forventninger og med baggrund i mere end 25 års erfaring med rehabilitering indgå i den konkretiseringsproces, som vi håber og tror, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil iværksætte.

Med venlig hilsen



Jes Rahbek
Direktør, cheflæge



Jørgen Lenge
Udviklingschef

**Dansk Selskab
for Patientsikkerhed**

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

6. januar 2005

Høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedrørende Udkast til forslag til Sundhedsloven af 1. december 2004

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i et brev af 1. december 2004 anmodet Dansk Selskab for Patientsikkerhed om udtalelse vedrørende Udkast til forslag til Sundhedsloven.

Gennemlæsning af lovforslag m.v. giver Dansk Selskab for Patientsikkerhed anledning til følgende kommentarer:

Selv om formålsbestemmelsen fra den nugældende Lov om patientsikkerhed ikke er medtaget i Udkast til forslag til Sundhedslov finder Selskabet det væsentligt, at det fortsat er formålet at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet, som ligger til grund for Sundhedslovens kapitel om patientsikkerhed.

Af § 194 fremgår det, at Sundhedsstyrelsen vejleder sundhedsvæsenet om patientsikkerhed på baggrund af de modtagne rapporter fra regionerne om utilsigtede hændelser. Selskabet støtter dette og finder det yderst vigtigt, at der sker en systematisk national erfaringsopsamling og udmelding af retningslinjer for patientsikkerhed. Det er afgørende, at der finder en national læring og forebyggelse af utilsigtede hændelser sted på baggrund af indrapporteringer til Dansk Patient-Sikkerheds-Database.

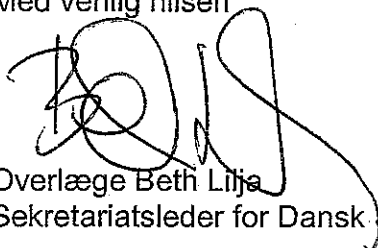
§197 i Udkast til forslag til Sundhedslov giver Indenrigs- og Sundhedsministeren mulighed for at fastsætte regler for inddragelse af den primære sundhedssektor. Selskabet vil gerne opfordre til at primærsektoren omfattes af indrapporteringsforpligtelsen. Det er velkendt, at der også forekommer utilsigtede hændelser i primærsektoren, derfor er det væsentligt at forbedre patientsikkerheden i hele sundhedsvæsenet.

Det er ligeledes Selskabets opfattelse, at også patienter fremover bør have mulighed for at indrapportere utilsigtede hændelser til rapporteringssystemet.

Undersøgelser viser, at det i mange tilfælde er patienterne selv som bliver opmærksomme på fejl. Har patienterne en indrapporteringsmulighed kan de bidrage til læring i sundhedsvæsenet og forhindre at skader gentages.

§197 stk. 4 giver Sundhedsstyrelsen bemyndigelse til at samordne de lovbestemte indberetningspligter. Selskabet kan tilslutte sig, at der finder en sådan samordning sted. Selskabet foreslår, at der etableres én samlet indgang til indrapportering af utilsigtede hændelser uanset deres karakter, f.eks. på sundhed.dk. Det vil forenkle indrapporteringsproceduren og samtidig i højere grad tillade, at oplysninger om utilsigtede hændelser formidles videre til alle relevante myndigheder - f.eks. kan information om utilsigtede hændelser som omfatter forvekslinger af lægemidler videreformidles til Lægemiddelstyrelsen, hvilket ikke er tilfældet i dag.

Med venlig hilsen



Overlæge Beth Lilja
Sekretariatsleder for Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
2.s.kt.
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Att.: Ole Kopp Christensen

INDGÅET I
- 7 JAN. 2005

1.Ø

Deres j.nr. 2004-1200-59

6. januar 2005

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

Ovenstående er tilsendt Dansk Minnesota Forening til høring. Imidlertid har foreningens formand og sekretær henholdsvis repræsenterende alkoholbehandlingscentre Majorgården og Frederiksberg Centeret samt stofmisbrugsinstitutionen Kongens Ø siden fremsendelsen af dette lovforslag valgt at trække sig fra foreningen (jf. vedlagte bilag), således at foreningen for nuværende består af Fontana Bornholm, Behandlingscenter Tjele, Taarup Behandlingscenter og Helios Centret.

Vi vil dog fortsat meget gerne som behandlingscentre bidrage med diverse synspunkter og kommentarer og skal på denne baggrund gøre opmærksom på følgende punkter, som vi mener har relevans og bør overvejes ved den videre behandling af lovforslaget.

Vi finder det positivt (jf. kapitel 40 til §141, s. 35 og 49), at behandling og rådgivning til alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det, og at en alkoholmisbruger med forslaget ligesom i dag har ret til vederlagsfri behandling på et alkoholambulatorium efter eget valg og dermed uden henvisning har ret til behandling på et alkoholambulatorium, som ikke er en del af det offentlige tilbud.

Vi vil dog påpege (jf. vores kommentarer af 15. november 2004 til "Udkast til forslag om lov til ændring af lov om sygehusvæsenet – alkoholbehandlingsdelen", j.nr. 2004-1200-14):

- At man tillige bør sikre forskellige behandlingsmodeller samt mulighed for såvel dagbehandling som døgnbehandling. Det vil optimere mulighederne for gode behandlingsresultater og er desuden væsentligt for at fastholde den enkeltes motivation for alkoholbehandling.
- Samtidig bør behandlingsmulighederne være omfattet af en kvalitetssikring med hensyn til faglig, etisk og professionel standard (jf. kapitel 58 til § 188, s. 58), og det bør ligeledes søges belyst om behandlingstilbuddets målsætning og resultater står mål med omkostninger

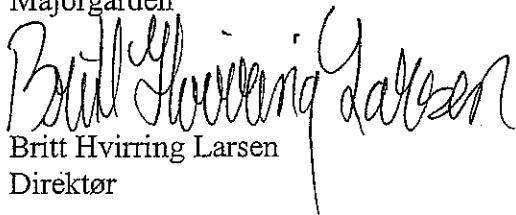


ud fra en samfundsøkonomisk og menneskelig betragtning, hvorfor en evaluering af de forskellige behandlingsmuligheder bør overvejes.

En udvikling af Center for Rusmiddelforsknings DANRIS-system vil muligvis kunne tilgodese denne opgave.

Undertegnede står på vegne af Majorgården og direktør Morten Dalsgaard, Frederiksberg Centeret gerne til rådighed for uddybende oplysninger.

Majorgården

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Britt Hvirring Larsen', written in a cursive style. The signature is positioned to the right of the printed name and title.

Britt Hvirring Larsen
Direktør

Til rette vedkommende

28. december 2004

Vedr.: Dansk Minnesota Forening.

Vi skal herved meddele, at vi på generalforsamling afholdt den 6. december 2004 i Dansk Minnesota Forening har besluttet at udtræde af foreningen.

Den primære begrundelse herfor er, at vi mener, foreningen har opnået opfyldelse af sine formål, idet Minnesota-modellens ideer og metoder i dag er almindeligt udbredt i offentligheden, ligesom de enkelte medlemsinstitutioner er offentligt anerkendte. Dermed er det oprindelige arbejdsgrundlag for foreningen bortfaldet.

Det er således vor opfattelse, at der ikke længere er et behov for foreningen. Vi mener, at der i stedet er et behov for samarbejde og netværk på tværs af behandlingsmodeller og metoder, som ikke tager afsæt i en bestemt behandlingsmodel, men snarere i behandlingens kvalitet og graden af professionalisme. Dette afspejler sig i, at den udvikling, der er på behandlingsområdet, går i retning af en højere grad af tværfagligt samarbejde omkring den enkelte klient.

Endvidere er der en tendens til at samarbejde i netværk fra sag til sag om temaer eller konkrete projekter, hvor ved omdrejningspunktet i samarbejdsrelationen i højere grad blive at matche hjælpen til den afhængiges behov ud fra en kvalitativ vurdering.

Vi har derfor valgt fremover at bruge kræfterne i disse samarbejdsrelationer, som indebærer en højere vægtning af det tværfaglige samarbejde i netværkskonstruktioner omkring konkrete projekter, temaer m.m. samt en forsat udvikling af den etiske og faglige standard på vore institutioner, således at disse til enhver tid opfylder de krav og normer, der måtte være på området.

Med venlig hilsen

Majorgården

Frederiksberg Centeret

Britt Hvirring Larsen
Direktør

Morten Dalsgaard
Direktør

Kopi til Lisa, 2.5.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

INDGÅET I

-7 JAN. 2005

5. januar 2005

T.Ø

Høringsvar vedrørende forslag til Sundhedsloven - jf. ministeriets j.nr. - 2. s. kt. j.nr. 2004-1200-59

Diabetesforeningen repræsenterer flere end 150.000 danskere med type 1 eller type 2 diabetes. Da diabetikerne er særligt fremhævet i bemærkninger til forslag til ny sundhedslov, jf. side 40-41 i bemærkningerne, tillader Diabetesforeningen sig i overensstemmelse med De Samvirkende Invalideorganisationer at kommentere netop den del lov-komplekset, som vedrører **patientrettet forebyggelse i sundhedsvæsenet**. I alle andre spørgsmål henvises til bemærkninger fra De Samvirkende Invalideorganisationer og Patientforum, hvoraf Diabetesforeningen er medlem.

På side 8-9 i det brev, hvormed lovforslaget blev sendt i høring, og i bemærkningerne til lovforslaget nævnes henholdsvis **borgerrettet** og **patientrettet forebyggelse**. Det er meget tilfredsstillende, at den forebyggende indsats overfor sen-diabetiske organskader anerkendes som en væsentlig del af det samlede forebyggelseskompleks. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslagets afsnit IX, at den patientrettede forebyggelse, når det drejer sig om diabetikere, påhviler både kommunerne og regionerne. Det er en nødvendighed, at forebyggelsesindsatsen ikke kun isoleres til enten kommunerne eller regionerne og at indsatsen til at omfatte både type 1 diabetikere og type 2 diabetikere. Imidlertid indebærer netop dette samarbejde omkring løsning af forebyggelsesopgaven en risiko for, at "forebyggelsesindsatsen falder mellem 2 stole", på den ene side kommunerne for hvem oplæring i egenomsorg er en helt ny opgave, og på den anden side regionerne (sygehus og lægepraksis). Regionerne vurderes i tilskudssammenhæng meget tæt på en effektiv udnyttelse af ressourcerne og dokumenterede præstationer. I et sådant vurderingsperspektiv kan det frygtes, at instruktionen og oplæringen i egenomsorg, der er til gavn ikke mindst for reduktion af sociale udgifter på grund af organskader, kan blive nedprioriteret til fordel for mere kontante præstationer som fx antallet af operationer.

Diabetesforeningen har bemærket sig, at netop diabetikernes behandling og egenomsorg under ét skal være en obligatorisk del af de sundhedsaftaler, som kommuner og regioner skal indgå i henhold til forslagets afsnit XV. Sundhedsaftalernes indhold er kort beskrevet i bemærkninger til dette afsnit. Det forudsættes, at overordnede spørgsmål drøftes i et særligt samarbejdsudvalg, hvis nærmere sammensætning fastlægges af Indenrigs- og sundhedsministeren. Det nævnes dog, at medlemmerne repræsenterer regioner, kommuner og læger.



DIABETESFORENINGEN

Rytterkasernen 1 · 5000 Odense C · Tel.: 6612 9006 · Fax: 6591 4908

E-mail: df@diabetesforeningen.dk · Web-site: www.diabetes.dk · CVRnr. DK-35 23 15 28 · Protektor: H.K.H. Prins Joachim

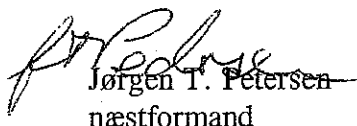
Diabetesforeningen ønsker at have indflydelse på sammensætningen af disse samarbejdsudvalg samt de kommende sundhedsaftaler. Foreningen mener, at de store patientgrupper, som sundhedsaftalerne skal tilgodese inden for begrebet patientrettet forebyggelse, bør være repræsenteret i samarbejdsudvalgene. Uagtet at samarbejdsudvalgene ifølge bemærkningerne ikke skal beskæftige sig med konkrete patientforløb, vil de overordnede prioriteringer kunne få indflydelse herpå. Desuden vil Diabetesforeningens erfaring med mange led i Sundheds- og socialsektoren komme drøftelserne i samarbejdsudvalgene til gode. Med hensyn til sundhedsaftalerne skal disse ifølge lovforslaget forholde sig til konkrete patientforløb. Her er det for Diabetesforeningen vigtigt at sikre, dels at man ikke overser en stor mindretalsgruppe inden for sygdomsområdet diabetes som fx de 20.000 type 1 diabetikere, som bør tilbydes en forebyggelsesindsats mindst af samme omfang som type 2 diabetikerne, dels at de erfaringer som opsamles netop i en forening som Diabetesforeningen indgår i den rådgivning, hvorpå aftalerne opbygges.

Siden 1994 har der været amtslige diabetesudvalg med patientrepræsentation. Man kan med rimelighed betragte disse amtslige diabetesudvalg som samarbejdsudvalg på dette store felt inden for sundhedsvæsenet, når der ses bort fra at de vigtige kommunale interesser ikke hidtil har været repræsenterede. De amtslige diabetesudvalg har været af meget stor betydning for rådgivningen af sundhedsforvaltningerne og sundhedspolitikere, og deres funktion bør sikres i en ny struktur. Det kan ske ved at nedsætte underudvalg under det i § 199 omtalte samarbejdsudvalg.

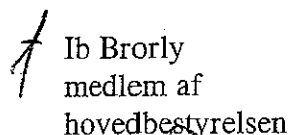
Fordelen ved denne konstruktion vil være, at den statslige rådgivning af samarbejdsudvalgene kan hvile på Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra den nationale diabetesstyregruppe, som blev nedsat i henhold til Regeringens nationale diabetesplan fra november 2003. Dernæst vil samarbejdsudvalgene kunne drage nytte af både faglig og patientmæssig rådgivning og ved udformning af sundhedsaftaler fås en alsidig rådgivning til gavn for effektiv ressourceudnyttelse, herunder udnyttelse af diabetikernes egne ressourcer.



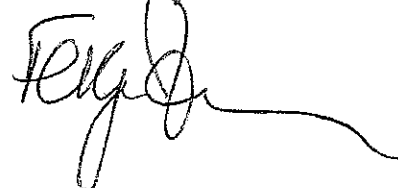
Allan Flyvbjerg
formand
overlæge, dr.med.



Jørgen T. Petersen
næstformand



Ib Brorly
medlem af
hovedbestyrelsen



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

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

06.01.2005 TL/lf

Hørings svar til "Udkast til forslag til Sundhedslov"

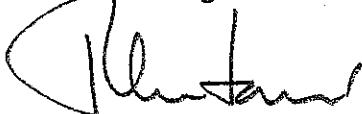
Dansk Sygeplejeselskab (dasys) er en paraplyorganisation for de faglige sygeplejeselskaber, i lighed med Dansk Medicinsk Selskab. Dansk Sygeplejeselskab er uafhængigt af Dansk Sygeplejeråd og fremsender hermed følgende kommentarer til det udsendte forslag.

Vi anser det for meget positivt, at der er så megen fokusering på "det samlede patientforløb" – det vil sige det samlede forløb på tværs af sektorer (bl.a. almindelige bemærkninger s. 2, nederst).

Vi anser det ligeledes for positivt, at Sundhedsstyrelsen får lovhjemmel til en meget mere konkret specialeplanlægning (almindelige bemærkninger s. 7). Af § 202, stk. 1 og 2 fremgår det, at der skal nedsættes et rådgivende udvalg for specialeplanlægning – og samtidig fremgår det, hvem udvalget skal bestå af. Dansk Sygeplejeselskab finder det meget positivt, at der nedsættes et sådant udvalg, men finder det samtidig meget vigtigt, at udvalget ikke udelukkende består af de lægevidenskabelige selskaber, og vil stærkt anbefale, at Dansk Sygeplejeselskab tilbydes plads i dette rådgivende udvalg.

Generelt set, finder Dansk Sygeplejeselskab, at der mange steder i lovforslaget hvor det skitseres, at der kan indhentes rådgivning fra lægelig ekspertise, kan nævnes, at der kan indhentes rådgivning fra Dansk Sygeplejeselskab.

Med venlig hilsen



Torben Laurén
Formand dasys

Kildevældsgade 39
2100 København Ø

STORSTRØMS AMT

Folkesundhedscenteret



Kopi til Lisa, Z.S.

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

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

Folkesundhedscentret
Jernbanegade 43, 1.th.
4800 Nykøbing F
su-folkesundhed@stam.dk
Telefon 54 84 51 77
Telefax 5484 5179

www.stam.dk

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ifølge aftale | <input type="checkbox"/> Til attestation |
| <input type="checkbox"/> Tilbagesendes med tak for lån | <input type="checkbox"/> Til videre foranstaltning |
| <input type="checkbox"/> I henhold til telefonsamtale | <input type="checkbox"/> Til orientering |
| <input type="checkbox"/> I henhold til Deres brev af | <input type="checkbox"/> Kan beholdes |
| <input type="checkbox"/> Kommentarer udbedes | <input type="checkbox"/> Ønskes retur |
| <input type="checkbox"/> Til underskrift | |

06-01-2005

Sagsnr. 04-006928

Dok.nr. 114242

Direkte 5484 5172


Email bny@shf.stam.dk

Kommentar til regeringens høringsforslag til ny sundhedslov vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme – Lovforslagets § 119

Vedlagt fremsendes kommentar vedr. ovenstående.

Afsender er Netværk af amtslige Tobaksnøglepersoner og ikke Storstrøms Amt.

Venlig hilsen


Benny Sell
Sundhedskonsulent

Kommentar til regeringens høringsforslag til ny sundhedslov vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme Lovforslagets § 119

Udtalelse fra amternes tobaksnetværk af forebyggelseskonsulenter

Det er positivt, at regeringen i sit ny forslag til sundhedslov samler de eksisterende love, der regulerer sundhedsområdet i en lov. Vi har dog følgende kommentarer:

Forbedringer og mangler

Set ud fra målet om at sikre et sammenhængende sundhedssystem hvor forebyggelse og sundhedsfremme er en integreret del byder lovforslaget på både forbedringer og mangler. Det vil vi bl.a. illustrere med udgangspunkt i vores erfaringer med forebyggelse og sundhedsfremme på tobaksområdet.

Forbedringer

Det er positivt at lovene, som regulerer sundhedsområdet, nu samles i en lov og at forebyggelse og sundhedsfremme bliver et eksplicit prioriteret indsatsområde i sundhedsloven. Dernæst er det en forbedring, at lovforslaget indebærer, at der oprettes samarbejdsudvalg og indføres obligatoriske sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner, jævnfør lovforslaget § 200. Det er forbedringer, som kan styrke regionernes og kommunernes samarbejde om at sikre en god sundhedsfremme og forebyggelsesindsats.

Mangler

Fra en faglig synsvinkel har lovforslaget imidlertid en række mangler og svagheder. Det gælder områder som :

Samarbejde mellem kommuner og regioner: Overordnet er det især vigtigt, at loven forpligtiger kommuner og regioner til at samarbejde om en fælles indsats på både den borgerrettede og patientrettede indsats på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Et kommunalt befolkningsgrundlag på 20-30.000 borgere eller endda 50.000 borgere er ikke tilstrækkeligt til, at den enkelte kommune alene kan udvikle en faglig forsvarlig og sammenhængende primær forebyggelse og sundhedsfremmeindsats med differentierede tilbud rettet mod udvalgte målgrupper. Afholdelse af måske 5-10 rygestopkurser baseret på en brøkdel af en forebyggelseskonsulent/-koordinatorstilling, giver ikke den fornødne erfaring og faglighed. Det forudsætter et langt større befolkningsunderlag for at kunne anvende ressourcerne optimalt og bevare ekspertisen til at udvikle, kvalitetssikre, evaluere og justere tilbudene. Det gælder på tobaksområdet, såvel som de andre borgerrettede indsatsområder, der er nævnt i lovforslaget.

Den primære borgerrettede forebyggelse: Forankringen af den primære borgerrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats udelukkende på et kommunalt niveau indebærer en risiko for at den faglige ekspertise, netværk og miljøer, der er blevet etableret på området kan gå tabt og at arbejdet

med at kvalitetsudvikle og skabe et dokumenteret grundlag for forebyggelsesarbejdet kan blive svækket. I lovforslaget bemærkninger forsøges der taget højde for denne risiko på to måder. Dels ved at fremhæve at kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats *bør* basere sig på sundhedsfaglig prioritering, dokumenterede metoder, kvalitetsovervågning og personale med de nødvendige faglige kompetencer eller ved at fremhæve at regionerne *kan* tilbyde kommunerne rådgivning, kvalitetsovervågning, erfaringsopsamling m.v. og *kan* tilbyde kommunerne at løse opgaver, som kommunerne ikke selv kan klare. Det garanterer i midlertidig ikke at det sker. Anbefalingen er derfor, at det præciseres i lovforslaget at kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats skal basere sig på dokumenterede metoder, kvalitetsovervågning m.v. samt at regionerne forpligtiges til at koordinere den primære forebyggende og sundhedsfremmende indsats og kan være entreprenører for kommunerne.

Faglig kompetence i regionerne: Hvis sundhedsaftaler skal sikre en koordineret indsats indenfor forebyggelse og sundhedsfremme er det nødvendigt, at der på kommunalt, men ikke mindst på regionalt niveau er tilstrækkelig faglig kompetence til at indgå sådanne aftaler.

Kommunernes varetagelse af den patientrettede forebyggelse: Det er en forbedring at lovforslaget styrker kommunernes forpligtigelse til at sikre genoptræning og rehabilitering i den patientrettede forebyggelse for at styrke et sammenhængende patientforløb. Men risikoen er dog – i lighed med visse opgaver under den borgerrettede forebyggelse –, at kommunerne ikke er store nok til at sikre den nødvendige faglige ekspertise til at varetage opgaven. Dernæst er der risiko for at lovforslagets indbyggede incitamentsstruktur med kommunal medfinansiering af hospitalsindlæggelser vil bevirke, at kommunerne prioriterer den patientrettede forebyggelse på bekostning af den primære borgerrettede forebyggelse- og sundhedsfremme, da dette giver en umiddelbar økonomisk fordel.

Det må derfor anbefales, at det klart præciseres i lovforslaget, at regionerne har ansvaret for at udvikle og koordinere indsatsen i forhold til den patientrettede forebyggelse. Samt at kommunernes forpligtigelse til at varetage den primære forebyggelse- og sundhedsfremme indsats ikke blot angives i almene formuleringer, men bliver mere klart præciseret og konkretiseret.

Målgrupper og arenaer: Det fremhæves i bemærkningerne til lovudkastet, at kommunerne sundhedsfremme og forebyggelse bør foregå i miljøer hvor mennesker færdes daglig. Dernæst at kommunerne har gode erfaringer med indsats i forhold til målgrupperne unge og ældre på børneinstitutioner, skoler, hjemmeplejen og lokalsamfundet. Det bør imidlertid fremhæves, at det er hele befolkningen, herunder også socialt svage grupper og personer med anden etnisk baggrund, som er målgruppen for den primære forebyggelses indsats. Ligeledes er tre vigtige arenaer, hvor voksne mennesker færdes, nemlig arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og boligområder ikke nævnt eksplicit i lovudkastets bemærkninger. Det er en mangel, der kan betyde en forringelse af forebyggelsesindsatsen i forhold til det nuværende niveau. Anbefalingen er derfor, at det præciseres i bemærkningerne.

Kommunale samarbejdspartnere. Det nævnes, at de nye, større kommuner får forudsætning for at driftssikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, evt. i samarbejde med andre kommuner og samarbejdspartnere. Regionerne bør næves som en af disse samarbejdspartnere, således at der her er en direkte kobling til sundhedsaftalerne i § 200.

Almen praksis. Det nævnes, at almen praksis spiller en vigtig rolle i forhold til sammenhængende patientforløb. Almen praksis har en rolle som gatekeeper og visitator. Grundet det almindelige

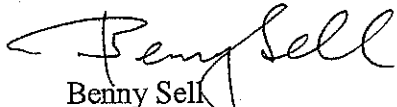
tidspres i almen praksis kan det ikke forventes, at der generelt kan afsættes den fornødne tid til en bredere forebyggelsesindsats i selve praksis.

Sundhedscentre. Sundhedscentre nævnes som eksempel på rammen om den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i kommunerne. Det er vigtigt her at være opmærksom på, at sundhedscentre fortrinsvis er et sted, hvor patienter henvises til eller borgere henvender sig. Etablering af sundhedscentre dækker derfor ikke behovet for opsøgende sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i lokalområder, på skoler, arbejdspladser m.v. Her anser vi det for vigtigt, at sundhed tænkes ind tværsektorielt, således at der arbejdes med sundhedsfremme og forebyggelse i de forskellige kommunale forvaltninger. I fx skole- og kulturafdelingerne kan der bl.a. sættes fokus på sundhedsundervisningen, sundhedsfremmende skoler, overvægt, forebyggelse af alkohol, tobak, stoffer m.m., ligesom der hérfra kan arbejdes sundhedspædagogisk ift. daginstitutioner og dagpleje. På ungdomsuddannelserne vil der ligeledes være et behov for at fremme og styrke den sundhedspædagogiske tænkning inden for skolernes pædagogiske og faglige rammer.

Patientrettet forebyggelse på sygehuse og i almen praksis. Sygehuse og almenpraksis nævnes som vigtige arenaer for patientrettet forebyggelse i regionalt regi. Det er imidlertid kun få sygehuse og lægepraksiser, der i dag laver systematisk forebyggelsesarbejde. Det er derfor vigtigt, at der er tilstrækkelig faglig kompetence til rådighed i regionerne, til at sikre den fornødne udvikling og kvalitet i dette arbejde.

Statens rolle. Loven lægger op til et tæt samarbejde mellem stat, regioner og kommuner på forebyggelsesområdet med væsentligt udvidede beføjelser til det statslige niveau. Hvis staten skal spille en mere aktiv rolle i tilrettelæggelse og udvikling af sundhedsfremme og forebyggelse, stiller det krav om en væsentlig udbygning af Sundhedsstyrelsens faglige kapacitet på området - ikke mindst i relation til udvikling, afprøvning, evaluering og implementering af nye metoder.

På vegne af Netværk af amtslige Tobaksnøglepersoner



Benny Sell

Formand for Netværk af amtslige Tobaksnøglepersoner
Folkesundhedscenteret - Storstrøms Amt
Jernbanegade 43, 1. th.
4800 Nykøbing F.
Tlf. 5484 5172

Fyns Amt, Århus Amt samt Sundhedsstyrelsen, som har repræsentanter siddende i netværket, har tydeligt gjort opmærksom på, at de ikke ønsker at medvirke til dette høringssvar.

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K

INDGÅET I
- 7 JAN. 2005

Nørre Voldgade 90
1358 København K
Tlf.: 33 41 47 00
Fax: 33 41 47 20
Postgiro: 8 05 23 36
www.etf.dk



1.Ø

6. januar 2005

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedr. udkast til forslag til sundhedsloven

Ergoterapeutforeningen har med interesse læst lovudkastet og henviser til høringssvar fra Sundhedskartellet for en række generelle kommentarer. Ergoterapeutforeningens mere fagspecifikke kommentarer følger her:

Samarbejde

Strukturreformen indebærer, at ansvaret for en række sundhedsydelse flyttes fra den lægevidenskabelig dominerede sygehussektor til den mere helhedsorienterede sociale sektor. Med denne nye opgavefordeling er det afgørende, at der ikke opstår nye gråzoneområder for borgerne mellem den sundhedsfaglige og de sociale indfaldsvinkler. Denne problemstilling skal ikke alene tackles tæt på borgerne i kommunerne, men fordrer desuden at de respektive ressortministerier samarbejder på nye måder. Mange sundhedsproblemer har relationer til begge områder, og den fremtidige lovgivning bør koordinere og afstemme dette forhold.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Lovforslaget giver kommunerne et selvstændigt ansvar for at styrke og udbygge den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Ergoterapeutforeningen mener, at såvel primær som sekundær forebyggelse er meget væsentlige områder og ser således positivt på lovforslagets overordnede intention.

Ergoterapeutforeningen anbefaler imidlertid, at man fra centralt hold præciserer instrumenterne for indsatsen blandt andet ved at udstikke indsatsområder (f.eks. gennem nationale handlingsplaner) og gennem finansieringsformer, der sikrer en varig forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Som eksempler på væsentlige indsatsområder kan nævnes forebyggende foranstaltninger i forhold til raske ældre – herunder forebyggelse af faldulykker – og børneområdet, hvor den forebyggende indsats blandt andet kan omfatte ergoterapeutisk vurdering af førskolebørn.

Genoptræning

Ergoterapeutforeningen er overordnet enig i de foreslåede ændringer på genoptræningsområdet, men skal påpege en række afgørende usikkerheder i forbindelse med den konkrete udmøntning af lovgivningen:

- **Begrebet indlæggelse** er ikke entydigt defineret i lovforslaget. Der foregår i dag specialiseret genoptræning (f.eks. i forbindelse med hjerneskeadebehandling) på en række institutioner, hvor borgeren har døgnophold og modtager såvel lægelig behandling som genoptræning og rehabilitering. Disse institutioner er karakteriserede ved, at indsatsen i løbet af opholdet ofte skifter karakter fra sygdomsbehandling til en mere socialfaglig indsats. En præcis afgrænsning af indlæggelsesbegrebet er væsentlig for at undgå at patienterne kommer i klemme i en diskussion om ansvarsplacering mellem amt og kommune.

- I dag foregår **højtspecialiseret genoptræning** såvel på ovennævnte institutioner som på sygehusene – såvel stationært som ambulante. I en fremtidig struktur er det væsentligt at sikre, at der fortsat er højtspecialiseret tilbud til rådighed på relevante områder. Det er ikke realistisk, at kommunerne alene vil kunne løfte de højtspecialiserede genoptræningsopgaver (f.eks. genoptræning efter håndkirurgi), hvorfor denne indsats bør sikres i andet regi – f.eks. ved, at kommunerne kan købe ydelsen på sygehusene.
- Det skal bemærkes, at ergoterapeuter på de specialiserede områder på sygehusene arbejder efter lægeordination og i deres arbejde er afhængige af **lægehenviisning**. I forbindelse med udmøntningen af lovgivningen er det helt nødvendigt, at problemstillingen omkring lægehenviisning i forhold til kommunal genoptræning afklares.
- Ergoterapeutforeningen mener, at det i en fremtidig struktur er nødvendigt, at ansvar for opgaveløsning og finansieringsansvar hænger nøje sammen. På trods af eksisterende problemer omkring lovgivningen om **genoptræningsplaner** (som siden dens ikrafttrædelse ikke har fungeret optimalt for så vidt angår antal, omfang og indhold af udarbejdede genoptræningsplaner) mener Ergoterapeutforeningen, at det er vigtigt, at fastholde patienternes ret til en genoptræningsplan. Lovforslagets bestemmelse om, at det er sygehusene, der er forpligtet til at udarbejde genoptræningsplanen, rejser imidlertid en række spørgsmål omkring forholdet mellem visitationsansvar og finansieringsansvar. Ergoterapeutforeningen mener, at det bør være sygehusene, der udarbejder genoptræningsplanen, som bør indeholde en faglig vurdering af, hvor langt patienten antages at kunne nå funktionsmæssigt (fysisk, psykisk, socialt og kognitivt) i forbindelse med genoptræning efter indlæggelse. Genoptræningsplanen skal fungere som støtte for kommunen i den efterfølgende indsats, og samtidig fungere som patientens sikkerhed for, at der gennemføres et relevant genoptræningsforløb efter udskrivelsen. Samtidig er det nødvendigt, at kommunerne kan tilpasse og justere ydelserne undervejs, så der skal derfor være mulighed for løbende revision af genoptræningsplanen undervejs i forløbet. En af forudsætningerne for at genoptræningsplanerne kan fungere er derfor, at der udarbejdes minimumsstandarder for genoptræningsindsatsen. Dette bør ske med udgangspunkt i fælles terminologi – f.eks. udarbejdet på baggrund af ICF – samt fælles indikatorer og kvalitetsstandarder på tværs af landet.
- Med lovforslaget fastlægges en række krav til regionernes og kommunernes planlægning og samarbejde, herunder regler om, at der skal indgås **sundhedsaftaler** i forbindelse med blandt andet træningsområdet. Ergoterapeutforeningen ser positivt på bestemmelserne om planlægning og samarbejde men foreslår, at der (udover de områder, der er nævnt i de specielle bemærkninger til lovforslaget) fastsættes krav om, at sundhedsaftalerne skal indeholde udvikling af fælles terminologi på tværs af sektorerne – f.eks. med udgangspunkt i ICF. Ergoterapeutforeningen finder, at det i den forbindelse er væsentligt, at der etableres en fælles begrebsafklaring mellem region og kommuner om fx forløbsbeskrivelser på genoptræningsområdet samt den flydende grænse mellem social- og sundhedsydelser. Det skal understreges, at det i forbindelse med de foreslåede obligatoriske sundhedsaftaler er væsentligt at inddrage alle relevante fagområder – herunder ergoterapi.
- I henhold til lovforslaget medfinansierer kommunerne - ud over den træning de selv har ansvar for - genoptræning under indlæggelse ved en økonomisk modelbaseret på relativt få takster. Takster for **kommunal medfinansiering** er i lovforslaget ikke fastsat, men det fremgår, at DRG kommer til at danne udgangspunkt. Ergoterapeutforeningen støtter i udgangspunktet forslaget om kommunal medfinansiering men skal påpege, at de omkostningsanalyser af de ergoterapeutiske ydelser, som Sundhedsstyrelsen har foretaget i 2003 og 2004 er

behæftet med betragtelig usikkerhed. I forhold til de økonomiske konsekvenser af lovforslaget skal Ergoterapeutforeningen herudover bemærke, at forslaget næppe på kort sigt er udgiftsneutralt, da sygehusene hidtil ikke har løftet genoptræningsopgaven tilstrækkeligt. Lovforslaget sigter blandt andet mod at give kommunerne et økonomisk incitament til rehabilitering for at undgå sygehusindlæggelser, og der sigtes mod mere sammenhængende forløb og forbedret rehabiliteringsindsats. En indsats, som er helt nødvendig, og som på sigt kan forvente at medføre besparelse på andre kommunale ydelser som f.eks. kompenserende ydelser i form af hjemmehjælp m.v. – men på kort sigt vil kunne indebære øgede udgifter blandt andet i forbindelse med udvikling af øget faglig kompetence i kommunerne.

- Når kommunerne overtager større dele af genoptræningsområdet, som er en væsentlig del af rehabiliteringsindsatsen, får de også ansvaret for at forske og udvikle. Kun ved konstantt at arbejde med kvalitetsudvikling kan det sikres, at alle borgere får den bedste rehabilitering. Ergoterapeutforeningen anbefaler derfor, at der i forbindelse med udmøntningen af lovgivningen indtænkes muligheder for kommunal deltagelse og medfinansiering af *forskning i rehabilitering*.

Som det fremgår af ovenstående, er det Ergoterapeutforeningens vurdering, at der forestår et betydeligt arbejde med at præcisere indholdet af lovgivningen på genoptræningsområdet, inden denne kan iværksættes. Ergoterapeutforeningen bidrager gerne i forbindelse med dette arbejde.

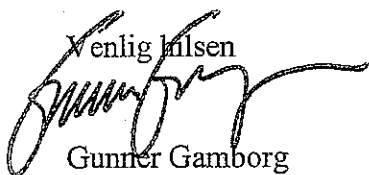
Hjælpemiddelområdet:

Indenrigsministeriets cirkulære af 20-02-1975 om afgrænsningen af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, giver retningslinier for hvilke udgifter, der afholdes af sygehusvæsenet. I praksis har afgrænsningen imidlertid voldt problemer, med det resultat, at mange borgere er kommet i klemme. Af forslaget til sundhedsloven fremgår det, at de kommende sundhedsaftaler mellem region og kommuner bl.a. skal dække hjælpemiddelområdet. Indenrigsministeren vil ifølge bemærkningerne udsende en vejledning om aftalernes indhold og form.

Ergoterapeutforeningen mener, at der i fremtiden skal afklares en sontring mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler, men dette spørgsmål kan ikke løses alene gennem sundhedsaftalerne – der er alt for mange tekniske detaljer.

Med hensyn til hjælpemidler til midlertidigt brug foreslår Ergoterapeutforeningen, at disse ses som en del af trænings/rehabiliteringsindsatsen, således at sygehuset har ansvaret, mens borgeren er indlagt, og kommunen skal udlåne sådanne hjælpemidler til de borgere, der er udskrevet.

Venlig hilsen



Gunnar Gamborg
Landsformand

- ./ Ergoterapeutforeningens høringsvar til Socialministeriet vedr. forslag til lov om social service vedlægges til orientering

Nørre Voldgade 90
 1358 København K
 Tlf.: 33 41 47 00
 Fax: 33 41 47 20
 Postgiro: 8 05 23 36
 www.etf.dk



INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

6. januar 2005

Indenrigs- og sundhedsministeriet
 Slotholmsgade 10-12
 1216 København K

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedr. forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Ergoterapeutforeningen har med interesse læst lovforslaget og har følgende kommentarer:

Patientforsikring

Ergoterapeutforeningen har én væsentlig kommentar til kapitel 3 om patientforsikringen. Det fremgår det af § 19 hvilke områder, der er dækket af patientforsikringen, bl.a. behandlinger udført på sygehus eller af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner. Behandling, undersøgelse eller lignende ved ergoterapeut eller fysioterapeut i en kommune er ikke dækket af patientforsikringen jf. Kapitel 3 og bekendtgørelse 1097 af 12. december 2003, som der er henvist til i lovforslagets bemærkninger.

I dag foregår genoptræning efter sygehusbehandling i sygehusets regi, og er derfor dækket af patientforsikringen. Efter kommunalreformen vil genoptræning efter sygehusindlæggelse overgå til at være en kommunal opgave jf. Sundhedslovens § 140. I lovforslaget om klage og erstatningsadgang er genoptræning i kommunerne ikke nævnt under patientforsikringens erstatningsområde, og patienter der bliver genoptrænet efter en indlæggelse vil i fremtiden derfor ikke have mulighed for at søge erstatning for skader. Det mener Ergoterapeutforeningen er uacceptabelt.

Hvis lovforslaget vedtages i sin nuværende form, vil patienter der modtager genoptræning efter Sundhedslovens § 140 opleve, at de ingen mulighed har for at få erstatning for skader, mens patienter der søger privat praktiserende ergoterapeut eller fysioterapeut eller bliver behandlet på sygehuset under indlæggelse vil kunne få erstatning. Denne forskelsbehandling er ikke rimelig, og Ergoterapeutforeningen foreslår derfor at patientforsikringens dækningsområde udvides til også at gælde for genoptræning efter Sundhedslovens § 140.

Patientklagenævn

Ergoterapeutforeningen støtter forslaget kapitel 2 om at indføre en enklere klageadgang i forhold til kommuners og regioners administrative afgørelser. Det er fornuftigt at samle klageadgangen hos Sundhedsvæsenets Patientklagenævn frem for den hidtidige situation, hvor tillige Ankestyrelse og de sociale nævn har været part.

Men det er yderst vigtigt at en forenkling ikke går ud over den faglige specialisering der i dag er til stede i det mere opdelt klagesystem. Det er et væsentligt element i patienternes retssikkerhed at den relevante faglige ekspertise er til stede ved behandlingen af klagesager. Ergoterapeutforeningen opfordrer derfor til, at fokus lægges på at sikre en forenklet adgang (én indgang) til et (differentieret) klagebehandlingssystem der også fortsat rummer den faglige ekspertise til bl.a. at behandle de meget komplicerede klagesager der dækker både sundhedsmæssige og sociale problemstillinger.

Venlig hilsen

Gunner Gamborg
 Formand for Ergoterapeutforeningen



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

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

T.Ø

Rødovre, 06 december 2005

Socialchefforeningens høringssvar til udkast til forslag til Sundhedslov

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 sendt udkast til Sundhedslov til høring.

Foreningen af Socialchefer i Danmark (FSD) finder, at lovforslaget generelt er i god overensstemmelse med de anbefalinger og kommentarer, Foreningen afgav i sit høringssvar til Strukturkommissionens betænkning.

Vi er således fortsat positive over for et øget kommunalt engagement på sundhedsområdet. Her under en kommunal medfinansiering af sygehusdriften som incitament til at kommunerne opprioriterer den forebyggende indsats og den kommunale indsats, der kan substituere sygehusbehandling, typisk ved ind- og udskrivninger.

Vi finder dog i den anledning, at lovforslagets finansieringsmodel kan og bør strammes op, således at kommunal medfinansiering målrettes områder, hvor kommunen har en reel mulighed for at påvirke aktivitet og udgiftsniveauet.

Incitaments modellens succes afhænger i høj grad af etablering og udvikling af nye budgetstyringsmodeller og ledelsesinformationssystemer, en løbende analyse af ressourceforbrug, tilpasning til udviklingen i sygehussektoren og sidst men ikke mindst en løbende udvikling af nye og hensigtsmæssige alternative tilbud i kommunalt regi.

FSD savner i lovforslaget en belysning af de økonomiske konsekvenser af disse nye og nødvendige administrative opgaver.

På samme måde har vi noteret os, at der tilsyneladende ikke forventes øgede udgifter til en styrket forebyggende indsats. Vi er opmærksomme på, at øget forebyggelse også har og skal have en gunstig økonomisk effekt på "behandlingssiden", men skal ikke undlade at påpege, at det kræver investering i forebyggelsen før end den økonomiske gevinst opnås. Vi savner således en beskrivelse i lovforslaget af, hvorledes den øgede forebyggelsesindsats økonomisk tænkes løbet i gang.

FSD er yderst tilfreds med, at så store dele af genoptræningsområdet overgår til kommunerne. Herved formindskes et stort gråzoneområde og øger dermed muligheden for at etablere mere sammenhængende patientforløb.

Samtidig må vi dog advare imod, at der med lovforslaget kan skabes nye afgrænsningsproblemer og mulighed for gråzoner mellem genoptræning, behandling og rehabilitering, eksempelvis mellem genoptræning på højt specialiserede institutioner og sygehusbehandling af svært hjerneskadede o.l.

Vi må ligeledes pege på, at genoptræningsplanerne og kompetenceforholdene i forbindelse hermed, således som de er beskrevet i lovforslaget kan virke uklare og medføre et øget forventnings og udgiftspres.

Vi er opmærksomme på, at serviceniveau, visitationskriterier m.v. forventes aftalt i de kommende lovpligtige samarbejdsfora mellem region og kommuner, men skal anbefale, at lovgrundlaget i højere grad kommer til at bære præg af, at kommunen har myndigheds og finansieringsansvaret.

FSD stiller sig gerne til rådighed i forbindelse med det videre regelarbejde og udfyldning af de gode intentioner i Sundhedsloven, her under at den kommende kvalitetsudvikling kommer til at afspejle den kommunale indfaldsvinkel til sundhedsområdet.

Afslutningsvis skal oplyses, at de kommunale repræsentanter i Foreningens Hovedbestyrelse kan tilslutte sig og henvise til KL's omfattende og detaljerede høringssvar i sagen.

Med venlig hilsen

Ole Pass
Landsformand



Kopi til Lisa, 25.
Maj, 2005

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

INDGÅET I
- 7 JAN. 2005
1.0

Sundhedsafdelingen

5. januar 2005

Bemærkninger til udkast til forslag til Sundhedsloven og lov om regionernes finansiering

Idet vi vedlægger vores høringssvar, udtrykker vi vores skuffelse over ikke at være med på listen over høringsberettigede organisationer. Vi håber dette beror på en fejl, og at I derfor ikke vil lade vores kommentarer stå overhørigt.

KONTAKTUDVALGET

FOR MINDRE SYGDOMS- OG

HANDICAPFORENINGER

KMS er en paraplyorganisation, som samler 32 foreninger, der tilsammen repræsenterer mere end 4000 mennesker med alvorlige, sjældne lidelser. De mennesker, som vi repræsenterer, kan i høj grad karakteriseres som "superbrugere" af det danske sundhedsvæsen, og vi ser det derfor som naturligt, at vi bliver hørt, når der sker en revidering af sundhedslovgivningen. Vi håber også derfor, at vi fremover høres i sager, der kan have betydning for mennesker med sjældne sygdomme.

FREDERIKSHOLMS KANAL 2, 3.SAL

1220 KØBENHAVN K

TLF. 3314 0010

FAX 3314 5509

Til jeres orientering kan desuden nævnes, at KMS står som repræsentant for patienter med sjældne sygdomme i det ny-oprettede Patientforum.

DAGLIGT 10 - 14

Har I nogle spørgsmål til vores høringssvar, er I meget velkomne til at ringe til vores sekretariat på. Tlf. 33 14 00 10.

Med venlig hilsen

KMS@KMS-DANMARK.DK

Torben Grønnebæk
Formand

WWW.KMS-DANMARK.DK



KMS' bemærkninger til forslag til sundhedsloven

Generelle kommentarer:

Overordnet set kan vi med tilfredshed konstatere, at der i det nye udkast til sundhedslov er fokus på **det sammenhængende patientforløb**. Vi går ud fra, at man ved det sammenhængende patientforløb både forstår en velfungerende koordination *inden for* sundhedssektoren, og *mellem* sundhedssektoren og andre sektorer (socialsektoren og uddannelsessektoren).

KMS vil gerne understrege, at en af de væsentlige faktorer for at opnå et sammenhængende patientforløb er udarbejdelsen af individuelle behandlingsplaner. Personer med sjældne handicap er ofte i kontakt med mange forskellige behandlere fra mange forskellige institutioner, hvilket øger udfordringen til et sammenhængende forløb betydeligt. KMS har dokumenteret erfaring for at individuelle behandlingsplaner fremmer et sammenhængende patientforløb.

KMS kan konstatere, at der i den kommende struktur vil være lovfæstede handicapråd i kommunerne. Da kommunerne vil få et langt større ansvar for sundhedsområdet, foreslår KMS, at de kommunale handicapråd også dækker **brugerinddragelsen på sundhedsområdet**. For mange sjældne handicap er et af de store problemer netop adskillelsen mellem socialsektoren og sundhedssektoren, da mange af de sjældne handicap involverer meget vanskelige både sociale og sundhedssektor relaterede problemstillinger.

Vi kan med tilfredshed konstatere, at Sundhedsstyrelsen får mere gennemslagskraft ift. **specialeplanlægningen**. Det er særlig vigtigt for patienter med sjældne sygdomme at ekspertisen samles, og at regionerne forpligtes til at henvise patienter med komplekse sjældne sygdomme til specialiseret behandling.

Desværre kan vi samtidig konstatere, at der ikke i det nuværende lovforslag lægges op til brugerinddragelse på regionalt og centralt niveau. Vi ser med bekymring på, at man fremover på regionalt niveau skal foretage prioriteringer af sundhedsindsatsen indenfor givne rammer, som ikke er udstukket af regionspolitikkerne selv. Vi frygter, at mennesker med sjældne handicap kan komme i klemme i disse prioriteringer og vi vil derfor foreslå, at der også her bliver mulighed for **brugerindflydelse**.

Også på statsligt niveau finder vi det meget centralt, at brugerne inddrages i forbindelse med placering af **lands- og landsdelsfunktioner**. Det er et af de områder, som er af overordentlig stor betydning for gruppen af sjældne handicap. Vi beklager meget, at der ikke i det nuværende lovforslag er taget højde for dette, da Sundhedsstyrelsen - i erkendelse af de særlige problemstillinger, som er forbundet med en sjælden sygdom - ellers har vist sig velvillige over for at inddrage patientinteresser i denne proces (jf. f.eks. redegørelsen: *Sjældne handicap. Den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen i sygehusvæsenet.*) Vi finder det derfor også naturligt, at en sådan brugerinddragelse knyttes til Sundhedsstyrelsen.

Specifikke kommentarer:

Kap. 20, § 87: Det udvidede frie sygehusvalg.

Ifm. det *alm.* frie sygehusvalg (kap 19.) står der, at hvis valget skal være en *"reel mulighed, kræver det relevante informationer, der gør det muligt at vurdere og sammenligne kvaliteten i de enkelte ydelser"*. En tilsvarende formulering findes ikke omkring det udvidede frie sygehusvalg.

Ifm. det *udvidede* frie sygehusvalg bør en lignende formulering indskrives. Patienter bør også vejledes, når de - pga. af lange ventetider eller manglende national ekspertise - skal søge behandling i udlandet eller på privathospitaler.

For patienter med sjældne sygdomme er det frie valg ikke en reel mulighed på nuværende tidspunkt. Ekspertisen herhjemme er samlet på få hænder, og slipper denne ekspertise op, er patienten overladt til sig selv. Hverken patienter eller læger ved i dag, hvor de skal henvende sig for at få et overblik over, hvor ekspertisen på de enkelte sjældne sygdomme findes uden for landets grænser.

Kap. 21: Maksimale ventetider

For mange patienter med sjældne sygdomme kan det være livstruende ikke at få stillet den rigtige diagnose i tide. De maksimale ventetider bør derfor også inkludere diagnostik af alvorlige og livstruende sygdomme.

En undersøgelse, som KMS i 2003 foretog blandt sine medlemsorganisationer viste, at lange ventetider på diagnostik er et udbredt fænomen. Blandt børn med alvorlige sjældne sygdomme havde 34% ventet over et år på en diagnose. Det er for mange en alt for kostbar ventetid.

Kap. 47 og 48: Regionsspecialtandpleje og Odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion

Af § 158 fremgår det, at Regionsrådet vederlagsfrit "*skal tilbyde højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling af patienter med sjældne sygdomme og handicap hos hvem den til grundlæggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund eller kæber*".

Det er vores klare opfattelse, at denne paragraf betyder:

- 1) at den omtalte patientgruppe - hvis nødvendigt - også vederlagsfrit kan gennemgå den samme tandbehandling flere gange.
- 2) at ved "højt specialiseret" refereres til de to eksisterende odontologiske landsdels- og videnscentre i Århus og København, og
- 3) at rådgivning, udredning og *behandling* derfor *skal* tilbydes af de to centre. (I dag henvises patienterne til de to centre mhp. udredning og rådgivning, mens behandlingen foregår lokalt - som oftest uden at den koordineres med de odontologiske videnscentre. Der efterspørges mao. en klarere kompetencefordeling i specialtandplejen).

I § 161 nævnes specifikt, at der gives tilskud til tandpleje til kræftpatienter og personer, der lider af Sjøgrens syndrom. Her bør også nævnes patientgruppen med sjældne sygdomme og handicap hos hvem den til grundlæggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund eller kæber f.eks. mennesker med Osteogenesis Imperfecta.

Kap 58, § 188: Kvalitetsudvikling

Det bør indskrives, at brugerne også skal inddrages i arbejdet med at kvalitetsudvikle det danske sundhedsvæsen.

Kapitel 59, § 189: Forskning

Bestemmelsen lovfæster regionsrådenes forpligtelse til forskning. Det fremgår af bemærkningerne, at tilskuddet til udvikling og forskning vil blive fordelt på alle fem regioner efter en model som vil blive nærmere fastlagt. KMS vil her gøre opmærksom på, at forskning i sjældne handicap af gode grunde hovedsageligt vil finde sted på universitetssygehusene og det derfor vil være væsentligt, at forskningsmidlerne fordeles efter kvalitative kriterier og ikke efter bloktilskudsreglerne el. lign. – kun derved opnås sikkerhed for en faglig optimal ressourceudnyttelse. KMS vil benytte lejligheden til at foreslå en landsdækkende pulje til forskning i sjældne handicap.

Kap 64, §202 Specialeplanlægning

Det bør indskrives, at repræsentanter for de sjældne patientgrupper skal høres, når specialer og/eller lands-/ landsdelsfunktioner planlægges og revideres: For det første fordi placeringen af lands-/landsdelsfunktioner har stor betydning for patienternes tilværelse. For det andet fordi patienterne har en betydelig erfaring med behandling og tilværelsen med de berørte sygdomme, som er helt central, når den bedste løsning skal findes.

KMS' bemærkninger til forslag til lov om regionernes finansiering

Generelle bemærkninger:

I beregningerne af det statslige bloktilskud indgår dels et basisbeløb, dels en vurdering af regionernes udgiftsbehov. Det fremgår af lovforslaget, at udgiftsbehovene alene på udregnes på baggrund af alderssammensætningen og socio-økonomiske faktorer, da disse fordeler sig ujævnt mellem regionerne.

Har man også overvejet om fordelingen af særlige "dyre" patienter kan være ujævn mellem de fem regioner? Og at en solidarisk løsning – evt. gennem bloktilskuddet – måske var nødvendig?

I Sverige har man erfaret, at nogle grupper af særligt "dyre" patienter (ofte med sjældne, komplicerede sygdomme, der kræver særlige lægemidler) er ulige fordelt på landstingene. Der har man derfor lavet en model for solidarisk finansiering af f.eks. HIV-patienter, patienter med Gaucher syndrom og blødersygdom.



Landsorganisationen i Danmark
Danish Confederation of Trade Unions

Kopi til Lisa, 2.S.
Islands Brygge 32D
Postboks 340
2300 København S

Telefon 3524 6000
Fax 3524 6300
E-mail lo@lo.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sagsnr. 03.04-03-445
Vores ref. HJE/lph
Deres ref.

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

Den 6. januar 2005

1.0

Udkast til forslag til sundhedslov

LO mener, at den ny struktur i den offentlige sektor ikke mindst skal skabe et endnu bedre sundhedsvæsen centreret om et sammenhængende sundhedssystem med patienterne og opgaverne omkring patienten som udgangspunktet.

Målet er, at der skabes størst mulig kvalitet i sundhedstilbudene, og at borgerne får tilbudt sundhedsydelserne på lige vilkår med solidarisk finansiering og demokratisk styring.

Et væsentligt element i dette er, at der udvikles gode arbejdspladser.

LO opfatter udkastet til lovforslag i sammenhæng med udkast til forslag om regioner mv. og udkast til lovforslag om regionernes finansiering.

LO kan støtte, at amterne og HS nedlægges og erstattes af større enheder. Det vil give bedre bæredygtighed i opgaveløsningen og medvirke til en mere effektiv planlægning. Set i lyset af, at der nu sker en væsentlig nedbringelse af beslutningsenhederne inden for Sundhedsvæsenet, er dette behov imidlertid begrænset, og derfor er det ubegrundet, at sundhedsloven lægger op til en vidtgående centralisering med mange nye bemyndigelser til Indenrigs- og sundhedsministeren, f.eks. i forhold til sundhedsaftaler mellem region og kommuner.

LO anerkender også, at der har været behov for en stærkere koordinering fra Sundhedsstyrelsen.

Forslaget til sundhedslov og forslaget til lov om regionernes finansiering lægger for store restriktioner på regionernes handlerum. Reelt får regionerne ingen mulighed for at påvirke det økonomiske grundlag for driften af sundhedsvæsenet, idet man hverken kan fastsætte indtægter/bidrag eller prioritere på tværs af regionernes tre hovedområder (sundhed, specialinstitutioner på det sociale område og udvikling).

Adgangen til lånemuligheder er også meget begrænset.

LO undrer sig over, at man ikke vil efterregulere bloktilskud til regionerne, hvis det viser sig, at man har skønnet forkert over pris- og lønudviklingen. Der har historisk set været en tendens til, at disse skøn har været for lave.

Den forøgede vægt på aktivitetsbestemt tilskudsfinansiering giver også stigende budgetusikkerhed, hvilket i kombination med manglende økonomisk handlerum giver ringe grundlag for planlægning i sundhedsvæsenet. Det bidrager på sin side isoleret set til et dyrere og dårligere sundhedsvæsen. Stik imod de overordnede intentioner.

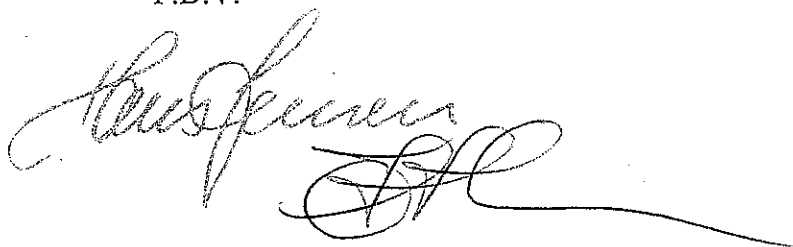
Man bør i stedet lægge vægt på en finansieringsmodel, der indebærer større frirum for de enkelte regioner og gør det muligt, at der kan arbejdes langsigtet med udvikling af sundhedsområdet. Det kan også bidrage til at styrke den vigtige indsats for kompetenceudvikling og opkvalificering af personalet i sundhedssektoren.

Det fremgår af lovforslagets § 119 samt bemærkninger hertil, at kommunerne har ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme. Det bør i bemærkningerne konkretiseres, at der for at sikre arbejdsfastholdelse af nedslidte, herunder sygemeldte med bevægeapparatlidelser, er behov for at etablere en målrettet form for behandlingstilbud, som er karakteriseret ved en tidlig koordineret indsats mellem arbejdsmarkedets parter, herunder virksomhederne, kommunerne og regionerne. Der er desuden behov for at udvikle landsdækkende og lokale analyser, der skal give overblik over patienternes forløb.

LO vil endelig opfordre til, at der foretages en nøjere vurdering af erfaringerne med aktivitetsbestemte tilskud, før man øger dem. Flere sundhedsøkonomiske analyser tyder på, at man kan opnå "mere sundhed for pengene" andre steder. Dette bør undersøges nærmere.

- ./. Der henvises til vedlagte notat om personaleforhold ved den forestående kommunalreform.

P.D.V.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P.D.V.', with a long horizontal flourish extending to the right.



Personaleforhold ved den forestående kommunalreform

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

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

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

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

Tabel 1. Personale, der skal skifte arbejdsgiver efter strukturreformen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10
1216 København K.

Bemærkninger til lovforslag til udmøntning af kommunalreformen:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i brev af 1. december 2004 bedt om bemærkninger til følgende lovforslag til udmøntning af Kommunalreformen:

1. Forslag til Sundhedsloven
2. Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet
3. Forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet

Frederiksberg Kommune har i den anledning nedenstående bemærkninger til forslaget til sundhedslov.

Den ny sundhedslovs signal om et øget fokus på forebyggelse jf. § 1, foreslås afspejlet i § 2, så forebyggelse indgår i lovens formålsbestemmelse.

Forebyggelse- og genoptræningsområdet er et væsentligt element i en styrkelse af den samlede sundhedsindsats i de kommende år. Herudover er det vigtigt, at der etableres hensigtsmæssige patientforløb, således at der ikke sker funktionstab og suboptimering mellem de forskellige aktører.

Løsning af snitfladeproblemer mellem region og kommune er derfor en af de største udfordringer for samarbejdet i den fremtidige struktur.

Sundhedsplanerne, samarbejdsudvalget og sundhedsaftalerne er de instrumenter, som er opstillet i lovforslaget til at sikre, at denne opgave kan løses. Det er derfor vigtigt, at disse instrumenter bliver fælles for regionen og kommunerne. Det gælder især inden for sundhedsplanlægningen, der fremover skal være et fælles redskab for indsatsen i region og i de enkelte kommuner.

Bestemmelserne om sundhedsplaner lægger imidlertid kun op til, at regionen skal udarbejde planen. Der foreslås derfor indføjet regler for regionens samarbejde med kommunerne om sundhedsplanlægningen.

6. januar 2005
Sagsbeh: ASN
Sagsnr.:84404
Emnenr.: 0.0.00
Dokument: 471742

Rådhuset
2000 Frederiksberg
www.frederiksberg.dk

Telefon 38 21 20 00
Telefax 38 21 29 00
raadhuset@frederiksberg.dk

Samarbejdsudvalget vil blive et væsentligt organ med hensyn til udvikling af sammenhængende patientforløb mellem regionen og kommunerne. Det er derfor vigtigt, at samarbejdsudvalget får en så bred sammensætning som muligt.

Af lovforslaget fremgår det, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i et nærmere samarbejde med de regionale myndigheder skal fastlægge rammerne for kvalitetsudvikling.

Det fremgår dog af bemærkningerne til lovforslaget, at ovennævnte rammer for kvalitetsarbejdet tager udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel. Denne model har sit udgangspunkt i og sin væsentlige tyngde på sygehusområdet. En tilpasning af det kommunale kvalitetsarbejde til denne model forudsætter derfor en væsentlig kommunal indflydelse på det videre arbejde med skabelsen og udbredelsen af denne model.

En fælles udvikling af brugen af IT er en afgørende forudsætning for at skabe sammenhængende patientforløb. Det er vigtigt, at der udarbejdes fælles retningslinier, så kommunikationen og vidensdeling optimeres. Frederiksberg kommune skal derfor foreslå, at sundhedspersonale inden for plejesektoren får adgang til patientoplysninger.

Vedrørende de økonomiske konsekvenser af lovforslaget henvises til Frederiksberg Kommunes bemærkninger i forbindelse med DUT-forhandlingerne.

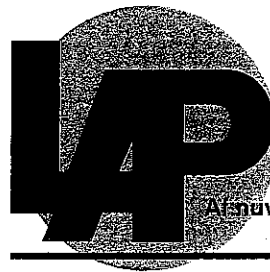
I øvrigt skal bemærkes, at Frederiksberg Kommune er af den opfattelse, at kommunalreformen ikke i sig selv må lede til serviceforringelser.

Frederiksberg Kommune har inden for den korte tidsfrist ikke haft mulighed for politisk behandling af høringen, hvorfor ovenstående bemærkninger er administrative. Der tages derfor forbehold for Frederiksberg Kommunalbestyrelses eventuelle yderligere bemærkninger.

Med venlig hilsen

Mads Lebech
Borgmester

Kurt E. Christoffersen
Kommunaldirektør



Landsforeningen
Afnuværende og tidligere
Psykiatribrugere

06-01-2005 3:04
eva rasmussen
side 1 af 3
sundhedsloven.doc

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

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

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

Hørings svar - Sundhedsloven

Vedr. § 17. LAP finder det stærkt tilfredsstillende, at patientens ret til information lovfæstes. Psykiatribrugere er ofte blevet nægtet aktindsigt grundet ens psykiske tilstand, ligesom væsentlige bivirkninger er blevet undertonet eller holdt skjult for psykiatribrugeren af frygt for, at denne så ville afbryde behandlingen.

Som eksempel kan nævnes seksuelle bivirkninger af SSRI-præparater eller visse typer af antipsykotika, ligesom kraftige vægtøgning som konsekvens af psykofarmakologisk behandling ofte ikke er blevet nævnt for psykiatribrugeren ved tidspunktet, hvor medicin gives første gang eller ændres til anden medicinering.

§ 27 og § 28: LAP ønsker en sikring af psykiatribrugeres retssikkerhed. Mennesker der har det psykisk svært kan komme situationer, hvor psykiatrilovens tvangsbestemmelser kommer i anvendelse, fordi det skønnes, at man som psykiatribruer er så episodisk forstyrret, at man ikke er omfattet af bestemmelserne om at man skal give samtykke til en given behandling. LAP ønsker en styrkelse af psykiatribrugeres retsstilling ved at lovsikre **den såkaldte psykiatriske forhåndserklæring**, hvor man analogt til livstestamenter kan give forhåndserklæring om hvilke behandlingstyper, man vil underkastes, hvis man kommer i en situation, hvor man ikke er omfattet af reglerne om selvbestemmelse og accept af en given behandling.

Kapitel 9. Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.: § 42

§42. I lovtæksten står der: *"At videregivelse kan ske uden patientens samtykke, når 1) Det er nødvendigt at hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelse sker under hensyntagen til patientens interesse og behov."*

LAP mener, at patienter godt kan varetage egne behov og interesser og at videregivelse af oplysninger derfor kun kan ske efter godkendelse af denne. Specielt når betingelsen er, at det er i "patientens interesse og behov". Hvem skulle vide bedre end det menneske selv, det handler om?

Stk. 1-2: LAP mener ikke, det kan accepteres, at der sendes brev til relaterede sundhedspersoner uden forudgående tilladelse fra den af berørte patient.

§44. Stk. 2: LAP finder det stærkt betænkeligt, at der kan videregives oplysninger uden patientens samtykke. LAP har set mange eksempler på, at systemerne bliver for sammenhængende og klaustrofobiske, sådan at man mister rettigheder f.eks. i en revalideringssituation, hvis man nægter at indgå en given medikamentel behandling. LAP er bekymrede over de afledte effekter over de såkaldte "væg til væg" tæppe-løsninger, hvor systemerne kan omklamre den enkelte, og uden den enkelte har mulighed for at påvirke informationernes frie flow.

§ 52, stk. 3: LAP mener, et givent samtykke altid må være skriftligt.

§ 75. Døgnhuse. LAP finder det utilfredsstillende, at lovgivningen om døgnhuse er overflyttet fra socialloven til sundhedsloven, hvor den burde høre under lov om social service, da døgnhuse også var tænkt som en del af de principper, der er essentielle grundprincipper i denne: Citat fra Lov om social service: *"Alle borgere har med behov for en socialfaglig indsats skal have de nødvendige botilbud og anden hjælp i deres nærmiljø og i sammenhæng ed det liv, som leves af andre borgere."*

LAP mener, kommunerne bør forpligtes til at sikre tilbud til mennesker, der har det psykisk svært og som ikke ønsker sygehusindlæggelse. Der er ophold på døgnhus i den enkeltes nærmiljø, tæt på det liv man kommer fra, stærkt ønskværdigt.

Efter mangeårige forsøg især i Viborg Amt med at flytte væsentlige dele af den behandlingsmæssige opgave over for personer med psykiske lidelser fra sygehusafdelingerne til døgnhuse i socialt regi, indførtes i starten af 2004 bestemmelserne i Lov om Social Service § 93, stk. 2 om at "Amtskommunen kan oprette pladser til midlertidigt ophold i døgnhuse med behandlingsunderstøttende rammer til personer med sindslidelser, som for en kortere periode har behov for behandlingsmæssig støtte og pleje, mens deres situation stabiliseres." Blandt psykiatribrugere har døgnhuse vundet stor popularitet som en mere relevant og mindre indgribende og stigmatiserende foranstaltning end indlæggelse på traditionelle psykiatriske sygehusafdelinger.

I forslaget til ny social- og sundhedslovgivning lægges der op til, at døgnhuse overflyttes til regionerne som en del af sygehusvæsenets tilbud. Dette fremgår af bemærkningerne til § 108 i forslag om Lov om Social Service og til § 75 i forslag til Sundhedsloven, men døgnhuse levnes ikke nogen omtale i selve lovtæksten. Med en sådan nedprioritering af døgnhuse og overførsel til større og mere centraliserede sygehusenheder er der en fare for at de gode erfaringer med at drive døgnhuse vil gå tabt, og at de positive tendenser til nyetablering af døgnhuse vil dø ud. En sådan udvikling er ude af trit med vores ønsker som psykiatribrugere. Vi ønsker adgang til døgnbehandling i nærmiljøet uden risiko for tvangsbehandling.

I LAP er vi af den opfattelse at psykiatribrugere på linje med andre udsatte grupper bør sikres flere behandlingsmæssige valgmuligheder. Vi mener også, at kommunernes indsats overfor psykiatribrugere bør udbygges. Lovgivning om døgnhuse bør derfor indgå i lov om social service som en mulighed i de kommunale tilbud.

§ 86. Frit sygehusvalg. LAP må på det skarpeste protestere imod, at stk. 2 fratager psykiatribrugere rettigheder, der gælder for alle andre. Det forekommer ikke motiveret, at psykiatribrugere som mennesker skulle være af væsentligt anden slags end den øvrige patientgruppe.

Kapitel 28: Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion: § 98. Sindssygdom er en midlertidig, periodisk funktionsnedsættelse og at overlade en så væsentlig beslutning over kvindens fremtid til andre kan LAP ikke acceptere. En sådan beslutning kan kun træffes af den berørte selv.

§ 107. Stk. 2: LAP finder det hensigtsmæssig, at der bruges andet og mere præcist ord end svagt begavet, da det kan diskuteres, hvad ordet begrebsmæssigt dækker over. Ordet virker og bruges meget generelt.

§ 207. LAP forventer, at overførsel af embedslæge funktionerne til regionerne ikke medfører en forringelse af institutionen, hverken bemandingsmæssigt eller i forhold til nærhedsprincippet.

§ 210. LAP mener, at sundhedsstyrelsen også skal føre tilsyn med virksomhed, der udføres af autoriserede psykologer. Nyere undersøgelser viser, at psykologisk behandling i mange tilfælde er mere virksom end traditionel medikamentel behandling, hvorfor en ligestilling af behandlingstilbuddene må skønnes at være optimal.

Med hensyn til repræsentation og udpegning af medlemmer i de forskellige foraer for bruger og patientinteresser nævnes det flere gange, at disse skal sammensættes primært efter rådgivning fra DSI. LAP har flere gange søgt optagelse i DSI og er hver gang blevet afvist. En situation, andre brugerorganisationer kan være sat i – uden at det bør betyde, at vi bliver afholdt fra at gøre vores indflydelse gældende på regionalt og lokalt niveau.

Med venlig hilsen

LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere


Eva Rasmussen
sekretariatsleder