

Folketingets Sundhedsudvalg

MODTAGET

14 JAN. 2005 12 40


Den Centrale Indlevering

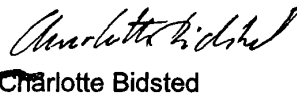
Dato: 14 JAN. 2005  
Kontor: 1.ø.kt.  
J.nr.: 2005-2414-36

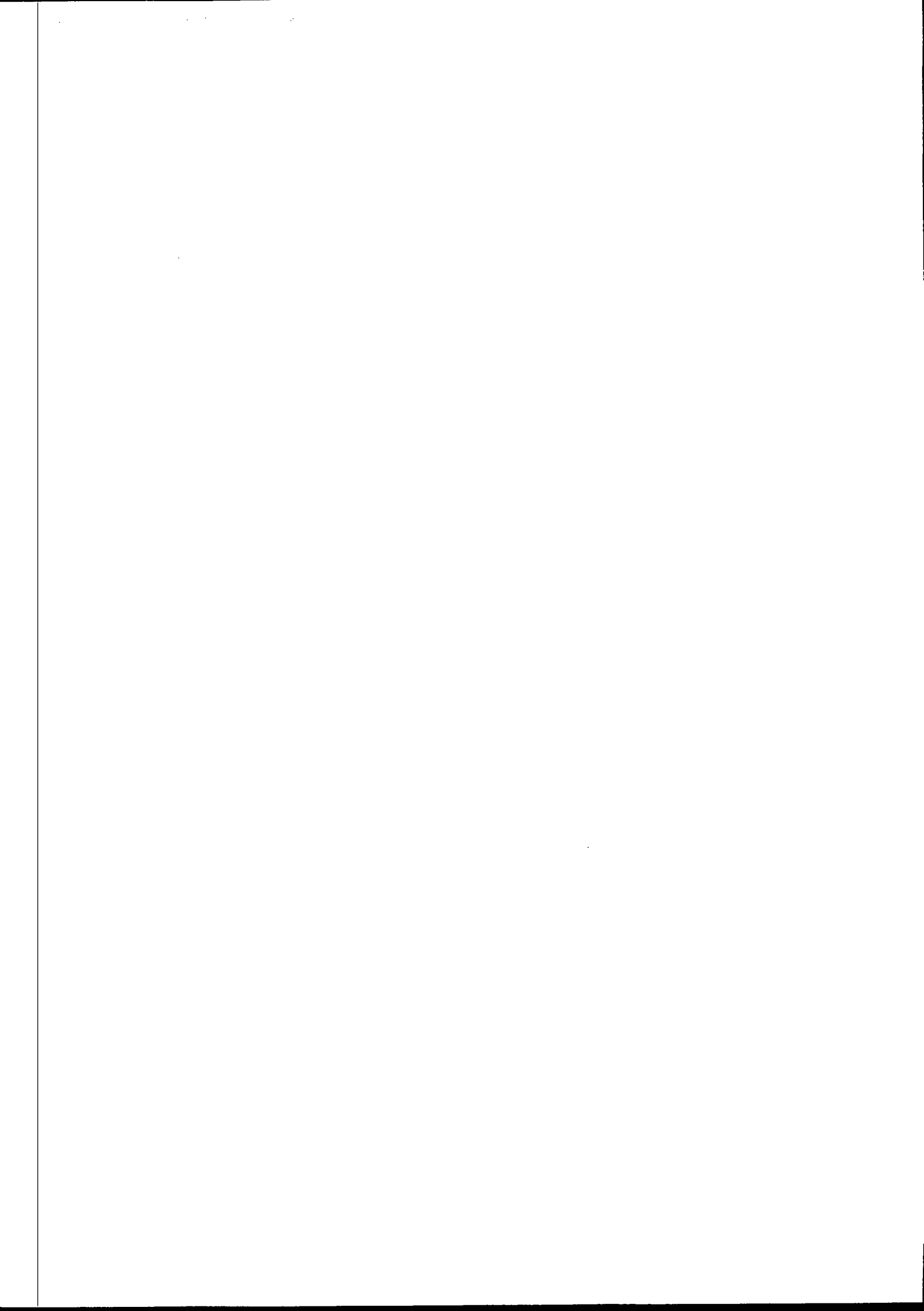
Sagsbeh.: CBI  
Fil-navn: Dokument 3

- ./. Vedlagt fremsendes i 5 sæt kopier af høringssvarene vedrørende kommunalreformen på sundhedsområdet, som Indenrigs- og sundhedsministeriet har modtaget efter høringsfristen den 7. januar 2005.

Med venlig hilsen

  
Lars Løkke Rasmussen

  
Charlotte Bidsted



INDGÅET I  
12 JAN. 2005

*Kopi til Lisa, 2.S.*

(05T-R)

1.Ø

10. januar 2005  
PERST  
05-204-xx

## **Bidrag til høringsnotat vedrørende lovforslag om Sundhedsloven (personalebestemmelser)**

### **Modtagne høringssvar**

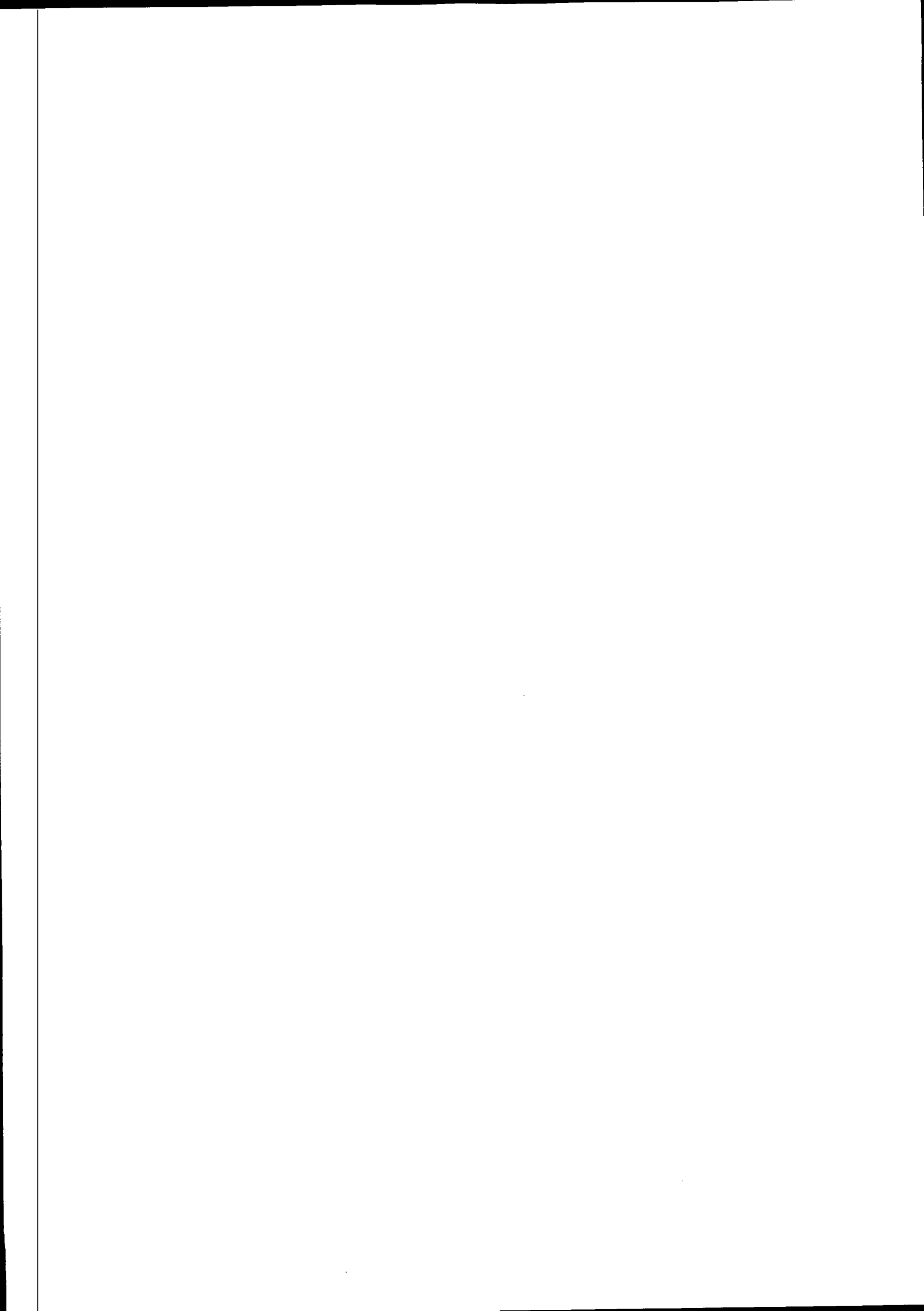
Personalestyrelsen har modtaget høringssvar fra Funktionærernes og tjenestemændenes Fællesråd (FTF), Forbundet af Offentligt Ansatte (FOA) og Det Kommunale Kartel (DKK).

Høringsparterne rejser i forhold til personalebestemmelserne i ovennævnte lovforslag alene spørgsmål, som også er rejst i forhold til lovforslag om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen.

### **Bemærkninger til lovforslaget**

Bemærkninger, som også er rejst i forhold til lovforslag om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen, behandles i forbindelse med denne lov.

Ressortministeriet skal ikke indarbejde bemærkninger fra høringsparterne til personalebestemmelserne i lovforslag om sundhedsloven.





INDGÅET I

11 JAN. 2005

1.Ø

Fra Lisa, Z.S.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet,  
Sundhedsafdelingen,  
Slotsholsgade 10-12,  
1216 Kbh. K.

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

5. januar 2005

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i brev af 1. december 2004 anmodet om Ankestyrelsens bemærkninger til forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

J.nr. 0000546-04

Efter forslaget §§ 6-8 overføres behandlingen af klagesager inden for sygesikringsområdet og sygehusområdet fra Ankestyrelsen til Patientklagenævnet.

Ankestyrelsen  
Amaliegade 25  
Postboks 9080  
1022 København K

På baggrund af den udvikling, der er sket i Ankestyrelsens sagsområde med varetagelse af klagesagsbehandling på en række ministerområder, vil Ankestyrelsen ikke have indvendinger mod fortsat at varetage behandlingen af klagesager på de nævnte områder, såfremt dette skønnes hensigtsmæssigt.

Tel +45 3341 1200  
Fax +45 3341 1400  
ast@ast.dk  
www.ast.dk

Eksp.tid:  
man-fre kl. 9.00-15.00

Venlig hilsen

  
Karin Rasch



## **Bianca Lund Sørensen**

---

**Fra:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
**Sendt:** 11. januar 2005 08:35  
**Til:** Kontorpostkasse 1 økonomiske kontor; Charlotte Bidsted  
**Emne:** VS: Vedr. lovforslag til udmøntning af kommunalreformen

INDGÅET I

11 JAN. 2005

1.Ø

Kopi til Lisa, 2.S.

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

**Fra:** Jess Storm Madsen [mailto:JESM@gh.gl]  
**Sendt:** 10. januar 2005 20:20  
**Til:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
**Emne:** Vedr. lovforslag til udmøntning af kommunalreformen

Att. Sundhedsafdelingen  
J.nr 2004-1200-59

Vedrørende høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsområdet.

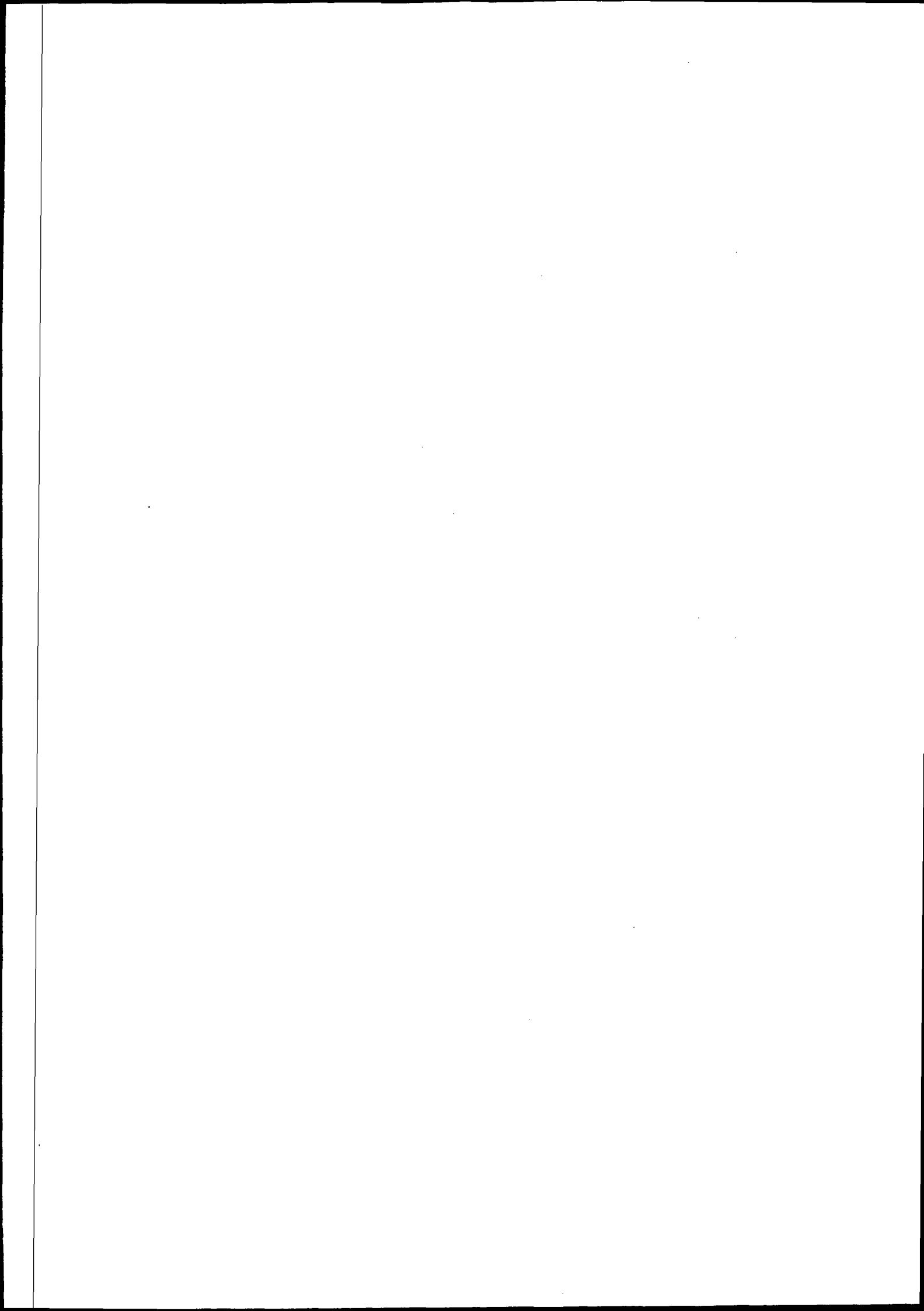
Direktoratet for Sundhed skal hermed meddele, at det ingen bemærkninger har til lovforslaget.

Vi beklager forsinkelsen.

Nussiarnersumik inuullarit / Yours sincerely

Jess Storm Madsen  
Fuldmægtigi / Head of sektion  
Namminersornerullutik Oqartussat / Greenland Home Rule Peqqissutsimut Pisortaqarfik / Ministry of Health Box  
1160, 3900 Nuuk

Email : jesm@gh.gl  
Phone: + 299 34 66 53  
Fax: +299 32 55 05







Vanløse, den 7. januar 2004

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Fra Lisa, 2.S.  
Kopi til NPH

INDGÅET I  
11 JAN. 2005

Høringssvar:

**EMNE: FORSLAG TIL LOV OM REGIONAL STATSFORVALTNING**

Landsforeningen SIND har med interesse gennemlæst ovennævnte lovforslag, der – som led i kommunalreformen – vedrører den regionale statsforvaltning.

Da de nye statsforvaltninger dækker et stort geografisk område skal Landsforeningen SIND hermed understrege vigtigheden af, at der beskikkes et tilstrækkeligt antal medlemmer med geografisk spredning fra såvel DSI som DADL, således at de psykiatriske patientklagenævns arbejde kan tilrettelægges med henblik på, at rejseafstanden for det enkelte nævnsmedlem ikke bliver for stor (§ 10, pkt 5. (om § 34 patientklagenævn)).

Med venlig hilsen

Frede Budolfson  
Landsformand  
Landsforeningen SIND



Direktionssekretariatet

J.Nr. -

OLJ/kni/b-4

7. januar 2005



STATENS  
SERUM  
INSTITUT

forebygger og bekæmper  
smitsomme sygdomme  
og medfødte lidelser

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Att.: Ole Kopp Christensen  
Slotholmsgade 10-12  
1216 København K.

INDGÅET I

11 JAN. 2005

1.Ø

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

Jeg skal hermed meddele, at Statens Serum Institut ikke har nogen bemærkninger til ovennævnte høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område.

Med venlig hilsen

Ole Østergaard Jensen  
Direktionssekretariatet

Tlf.: 3268 3187

Fax: 3268 3795

olj@ssi.dk

Kopi til Schonau

Julie, 1K

Una, 1K

Louise, 1K

Lise, stab

NFH

Pernille, 2K

Anja, 2K

Mau, 2Ø

Nils, 2Ø

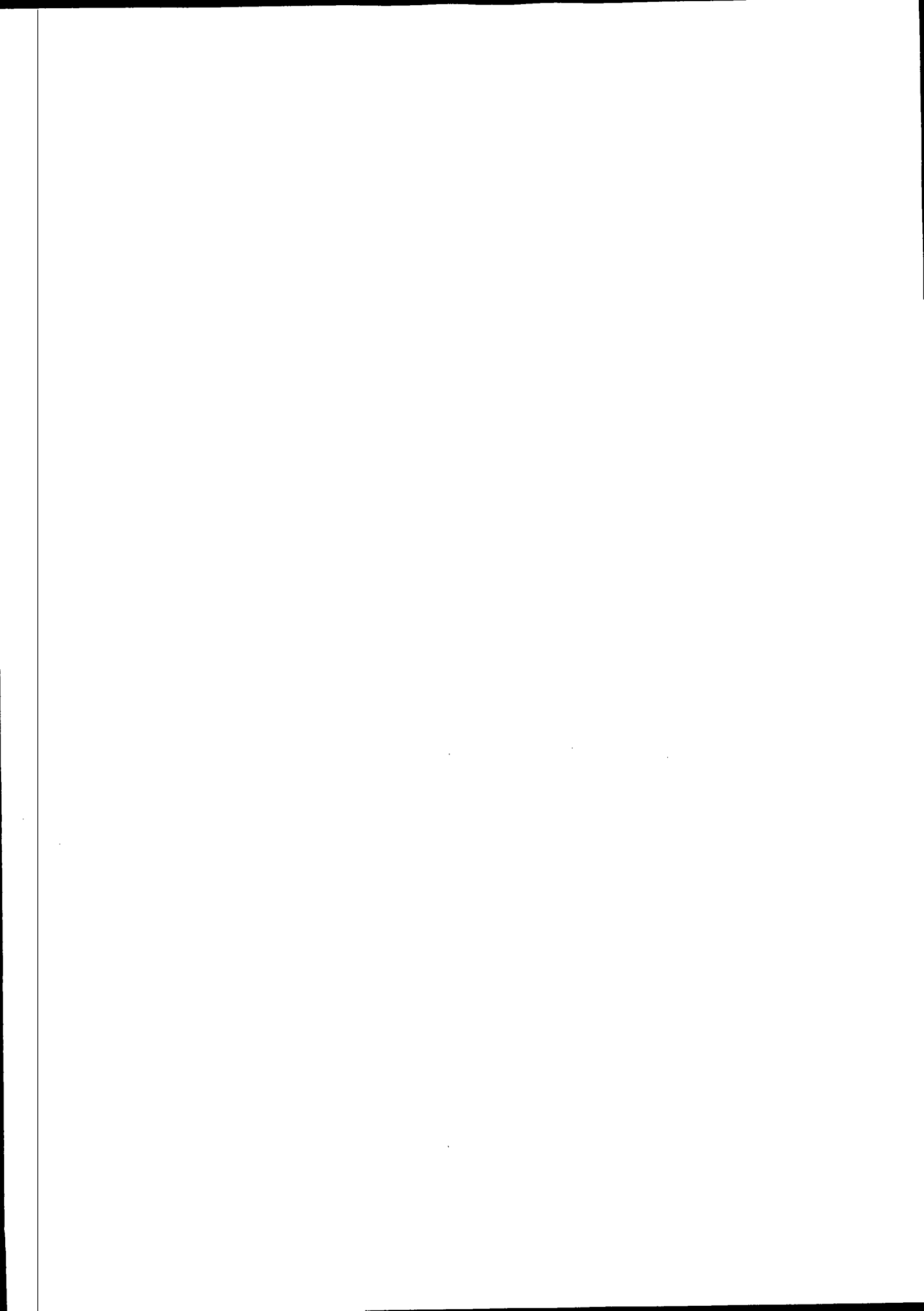
Marie, 2Ø

Zslennik, 4Ø

Lisa, 2.5.

Statens Serum Institut  
Artillerivej 5  
2300 København S

Tlf.: 3268 3268  
Fax: 3268 3868  
CVR nr. 46 83 74 28  
serum@ssi.dk  
www.ssi.dk



Kopi til Helle, 1K  
Lisa, 2.S.



BORGMESTERENS  
FORVALTNING

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10 - 12  
1216 København K

BORGMESTERKONTORET

INDGÅET I

12 JAN. 2005

1. Ø

Boulevarden 13  
Postboks 462  
9100 Aalborg  
Telefon 9931 3131  
Telefax 9931 3132

Dato	Deres Journal nr.	Vores Journal nr.	Direkte tif.	www.aalborg.dk
11.01.2005		12431		

### Aalborg Kommunes høringssvar til forslag til Lov om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen og Sundhedsloven.

Efter at byrådet på sit møde den 10. januar 2005 er orienteret om socialforvaltningens svar fremsendes det hermed til ministeriet.

Byrådet vedtog samtidig at udtale

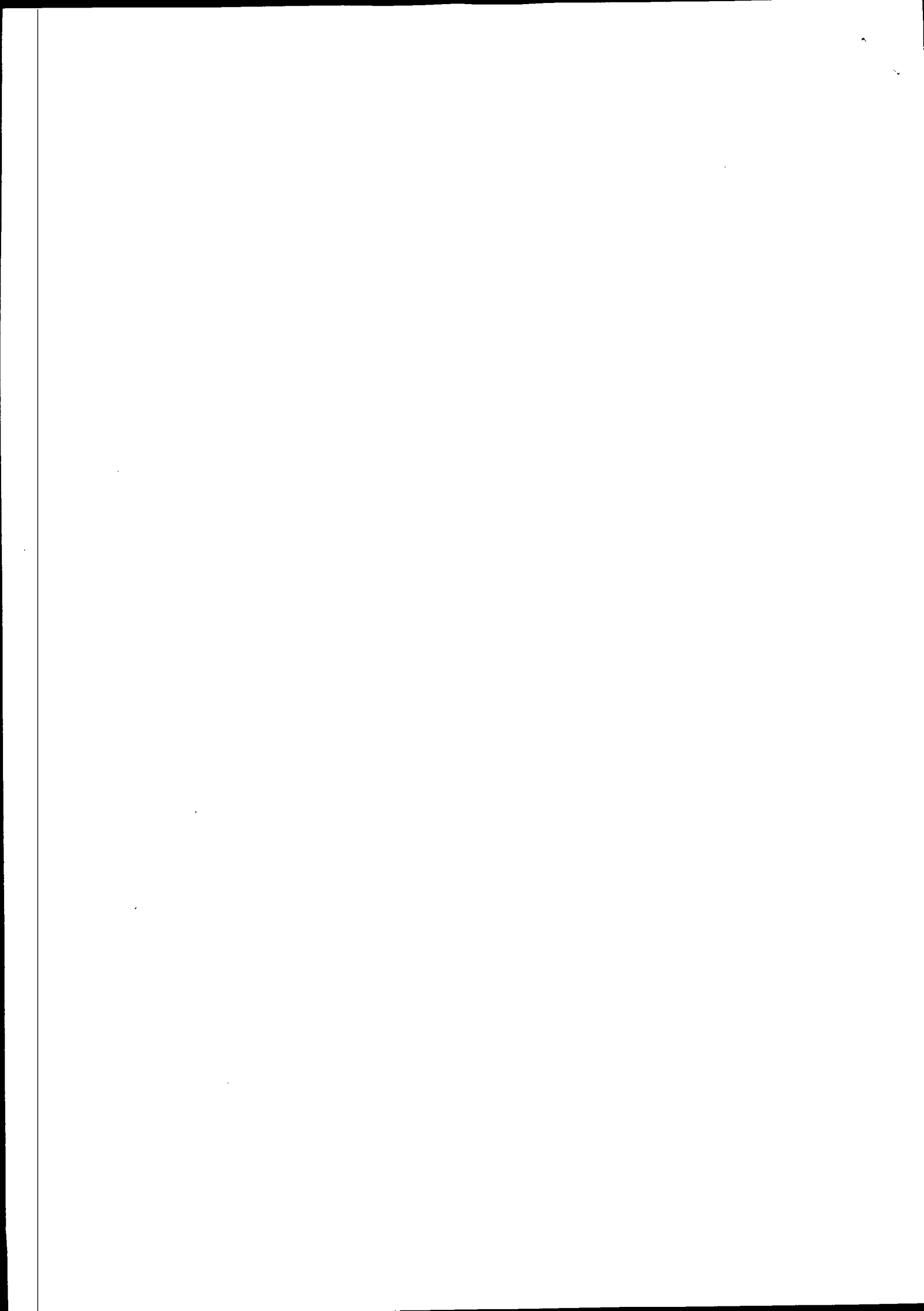
"Byrådet finder, at den tid, der har været til rådighed for at behandle udkastene til lovforslagene ikke har været tilfredsstillende."

Det tilføjes, at byrådsmedlemmer fra Venstre, Det Konservative Folkeparti og Dansk Folkeparti ikke var enige heri.

Venlig hilsen

Henning G. Jensen  
Borgmester

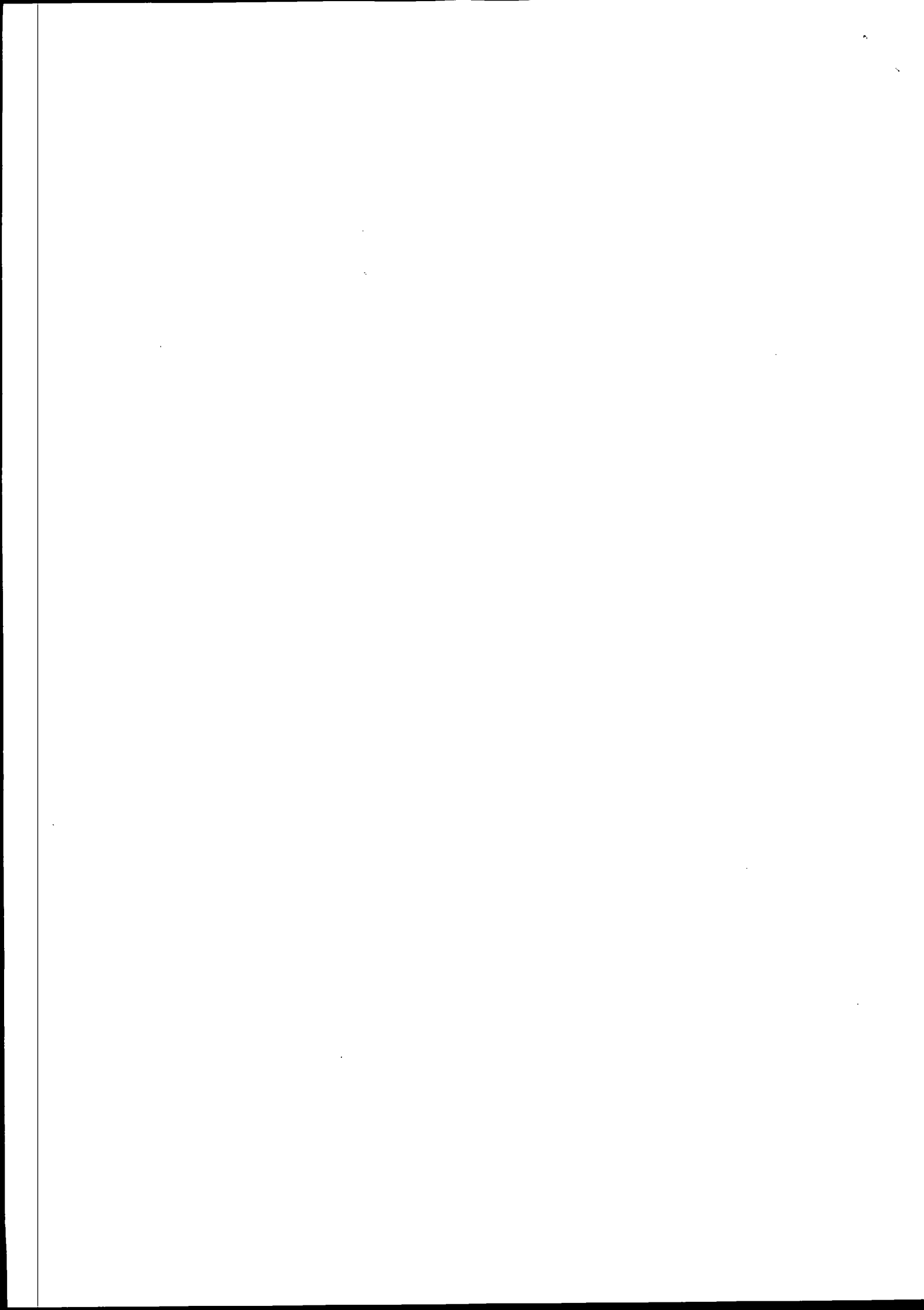
Jens Kristian Munk  
Kommunaldirektør



**Opgave- og strukturreform**  
**Indenrigs- og sundhedsministeriet**

**Aalborg Kommunes høringssvar til forslag til Lov om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen**

Aalborg Kommune er enig i det høringssvar, som Kommunernes Landsforening den 22.12.2004 har fremsendt til Indenrigs- og sundhedsministeriet vedr. udkast til lovforslag om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen.





## **Opgave- og strukturreform**

### **Indenrigs- og sundhedsministeriet**

#### **Aalborg Kommunes høringssvar til udkast til Sundhedsloven**

Aalborg Kommune støtter det høringssvar, som Kommunernes Landsforening den 22.12.2004 har fremsendt til Indenrigs- og sundhedsministeriet vedr. udkast til Sundhedslov i forbindelse med kommunalreformen.

Specielt vedrørende genoptræning af børn og unge deler Social- og Sundhedsforvaltningen KL's bekymring. Her skal fremhæves, at det ønskes præciseret, i hvilket omfang kommunen skal varetage specialiseret genoptræning - som f.eks. ved hjerneskade / senskade.

I indeværende høringssvar rettes opmærksomheden desuden på nedenstående punkter:

#### **Forebyggelse og sundhedsfremme**

Loven synes at lægge op til højere serviceniveau, end der er lovmæssigt i dag. Derfor er det meget vigtigt at være opmærksom på de økonomiske konsekvenser for kommunerne i forhold til ønsket serviceniveau.

#### **Den kommunale tandpleje**

Det finansielle grundlag for omsorgstandplejen i kommunerne og specialtandplejen i amterne er i dag forskelligt. Amtstandplejen kan således opkræve 4 gange så meget i brugerbetaling som omsorgstandplejen i kommunerne.

Der er både i dag og med udkast til sundhedsloven tale om to regelsæt - et for hhv. omsorgstandplejen og et for specialtandplejen, hvor der vurderes at være gråzoner imellem, hvad angår de respektive målgrupper.

Med omlægning af specialtandplejen til kommunerne vurderes det at ville betyde, at betjeningen af amtstandplejens nuværende målgruppe splittes op. Den tungeste del af klientellet vil fortsat skulle modtage et "specialiseret" tilbud - muligvis organiseret på regionsniveau - med kommunal finansiering. Den "letteste" del af det nuværende amtstandplejeklientel må derimod forudses at blive serviceret i den kommunale tandpleje. Denne del af amtstandplejeklientellet ligner i forvejen de, som på nuværende tidspunkt i høj grad betjenes af omsorgstandplejen.

Samtidig kan det tilføjes, at den klientgruppe der er tale om i Aalborg Kommune er en forholdsvis mindre patientgruppe. Det er derfor ydermere temmelig u hensigtsmæssigt, at skulle administrere ud fra to forskellige regelsæt. Det vurderes som uheldigt, at nogle har mulighed for at få en fuldt dækkende tandpleje for 390 kr. i brugerbetaling, mens andre skal betale 1450 kr. for måske den samme behandling udført af samme personale.

Med ovenstående i betragtning vurderer Aalborg Kommune derfor, at opgaven bør placeres som en entydig kommunal opgave, og det bør endvidere overvejes, om der er fornuftige alternativer til at skulle administrere ud fra to forskellige regelsæt - hhv. omsorgstandplejen og specialtandplejen.

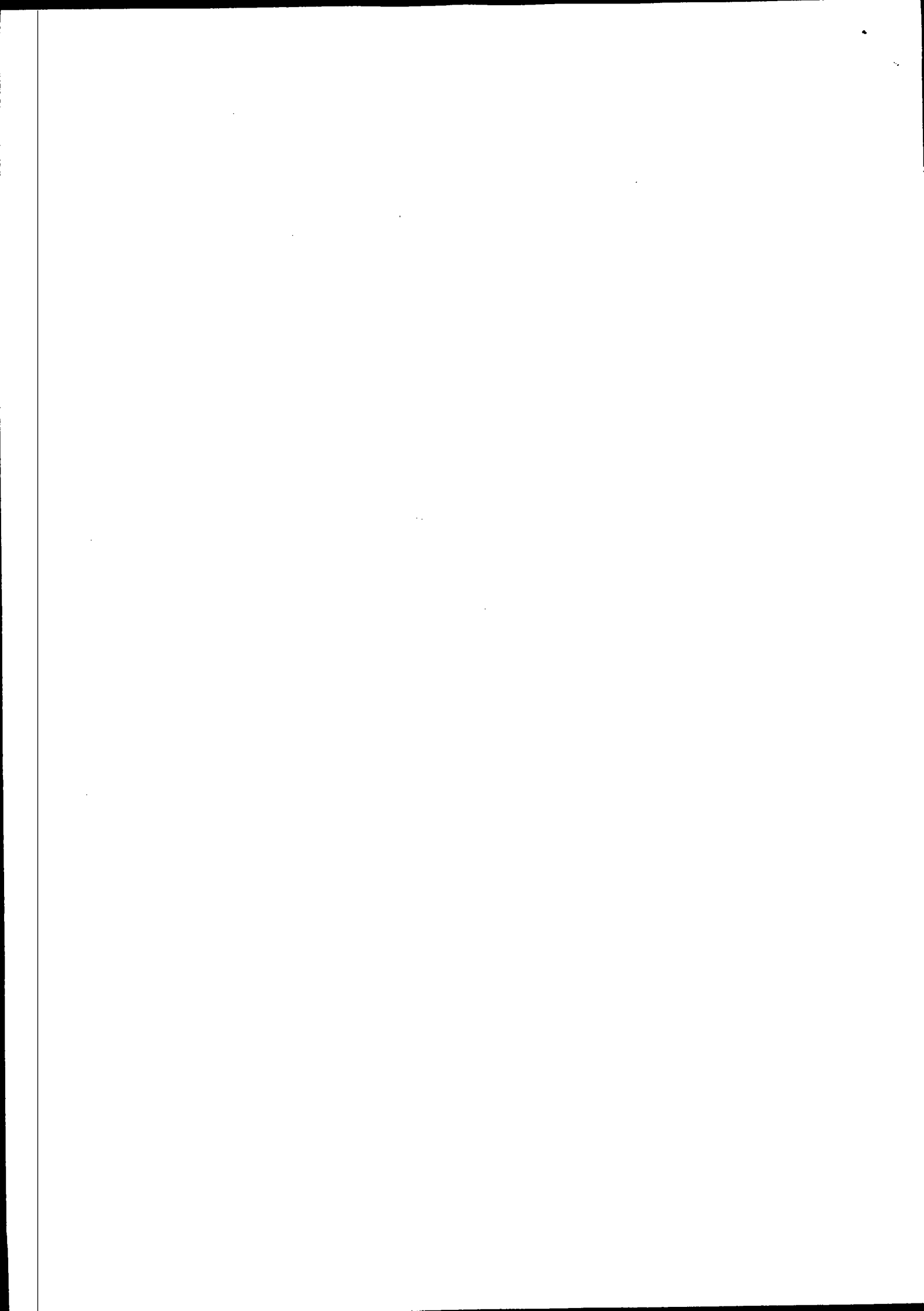


**Generelle kommentarer:**

Lovforslaget lægger flere steder op til, at der skal udarbejdes retningslinier på givne områder. Det gør det derfor til tider svært at gennemskue, hvad de præcise konsekvenser kan tænkes at være.

Det er vigtigt at have for øje, at der skal være sammenhæng mellem økonomi og det ønskede serviceniveau. Det vil sige, at det løbende må vurderes, hvilket serviceniveau kommunerne kan levere med de givne økonomiske midler.

I lovforslaget lægges der nogle steder op til krav om dokumentation / rapporter fra kommunerne. Opmærksomheden ønskes her henledt på ikke at etablere unødigt bureaukrati, hvis det ikke reelt skønnes nødvendigt.



Kopi SM. et  
Anja 2.4  
Lisa 2.5  
Femille, AK



Modtaget fra Stig Langvad  
ved møde i Virgsted 10.  
januar 2005

De Samvirkende Invalideorganisationer  
Notat  
8. januar 2005/SL

### **Muligheder i strukturreformen:**

De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) har gennem hele forløbet i forhold til strukturreformen anlagt det hovedsynspunkt, at strukturen i sig selv ikke er det vigtigste for DSI. Det interessante er, hvordan, og med hvilken kvalitet, en fremtidig struktur kan løse opgaverne i forhold til borgere med handicap.

DSI har i sit arbejde fokuseret på følgende hovedhensyn: åben politisk prioritering, brugerinddragelse og –medbestemmelse, sektoransvar, sammenhæng og helhed, faglig og økonomisk bæredygtighed, entydigt myndighedsansvar og ikke mindst retssikkerhed og tryghed for borgere med handicap.

Det er DSI's vurdering, at strukturreformen kan justeres og bedre leve op til DSI's hovedhensyn og derved bidrage til at skabe forbedringer for borgere med handicap. Nedenfor præsenteres de vigtigste justeringer.

### **Det statslige niveau:**

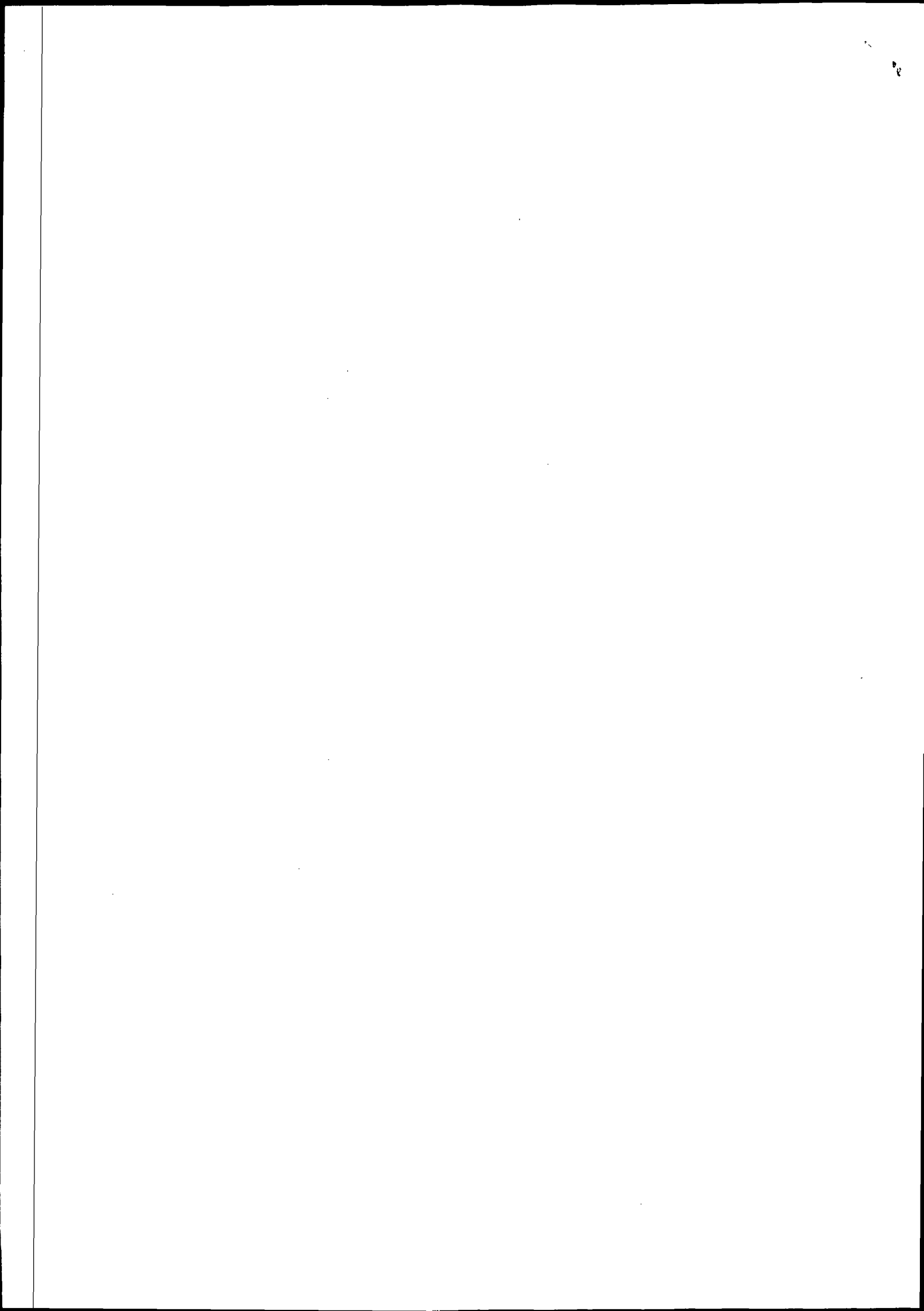
Det øgede nationale engagement på handicapområdet, via VISO mv., bør kunne blive til gavn især for borgere med mere sjældne eller særlige handicap og deres pårørende.

DSI finder, der er behov for et øget statslig engagement for at sikre tilstedeværelse og udvikling af de nødvendige specialiserede tilbud på rette administrative niveau på undervisnings- og socialområdet, f.eks. lig de styringsmuligheder, der er foreslået på beskæftigelses- og sundhedsområdet.

DSI håber, at VISO vil blive koordinerende, men organiseret omkring relevante og logisk sammenhængende opgaveområder, f.eks. syns-, høre- eller adfærdshandicap, og med den rette og reelle brugerindflydelse i forhold til de samlede og de enkelte opgaveområder.

DSI mener, der er behov for at sikre borgere med handicap den rette og frie adgang til VISO's ydelser, herunder til VISO's udredningsfunktion.

DSI mener, der er behov for at få præciseret, at VISO skal varetage opgaver for og samarbejde med andre end undervisnings- og socialektoren, f.eks. beskæftigelsesektoren.





### **Det regionale niveau:**

Regionernes mulighed for fortsat at spille en specialiseret rådgivnings- og forsyningsrolle, særligt på undervisnings- og socialområdet, bør bidrage til at fastholde og udvikle mere specialiserede ydelser til borgere med handicap.

For DSI er det vigtigt, at regionerne sikres de rette muligheder for at levere og udvikle det, der forventes af dem. Det betyder, at der skal udarbejdes retningslinier for samarbejdet mellem regioner og kommuner og for samarbejdets indhold, at der skal være en forpligtelse til at indgå flerårige samarbejdsaftaler mellem kommunerne og regionen, at finansieringen af regionale tilbud skal forebygge utilsigtet kassetænkning, og ikke mindst at både regioner og kommuner skal gives pligt til og mulighed for at udvikle nye tilbud til gavn for borgere med særlige behov.

DSI mener, det er afgørende, at borgere med handicap får fri og ubureaukratisk adgang til relevant specialrådgivning, der hvor den findes eller etableres - i regioner og kommuner.

DSI finder også et stort behov for at styrke de regionale udviklingsråd med de rette ressourcer og værktøjer, herunder et udvidet datagrundlag om udviklingen i de enkelte sektorer, så de reelt kan følge og kommentere udviklingen, og ikke gøre rådene og deres funktion tidsbegrænset til fire år, men beslutte at de evalueres efter fire år.

### **Det kommunale niveau:**

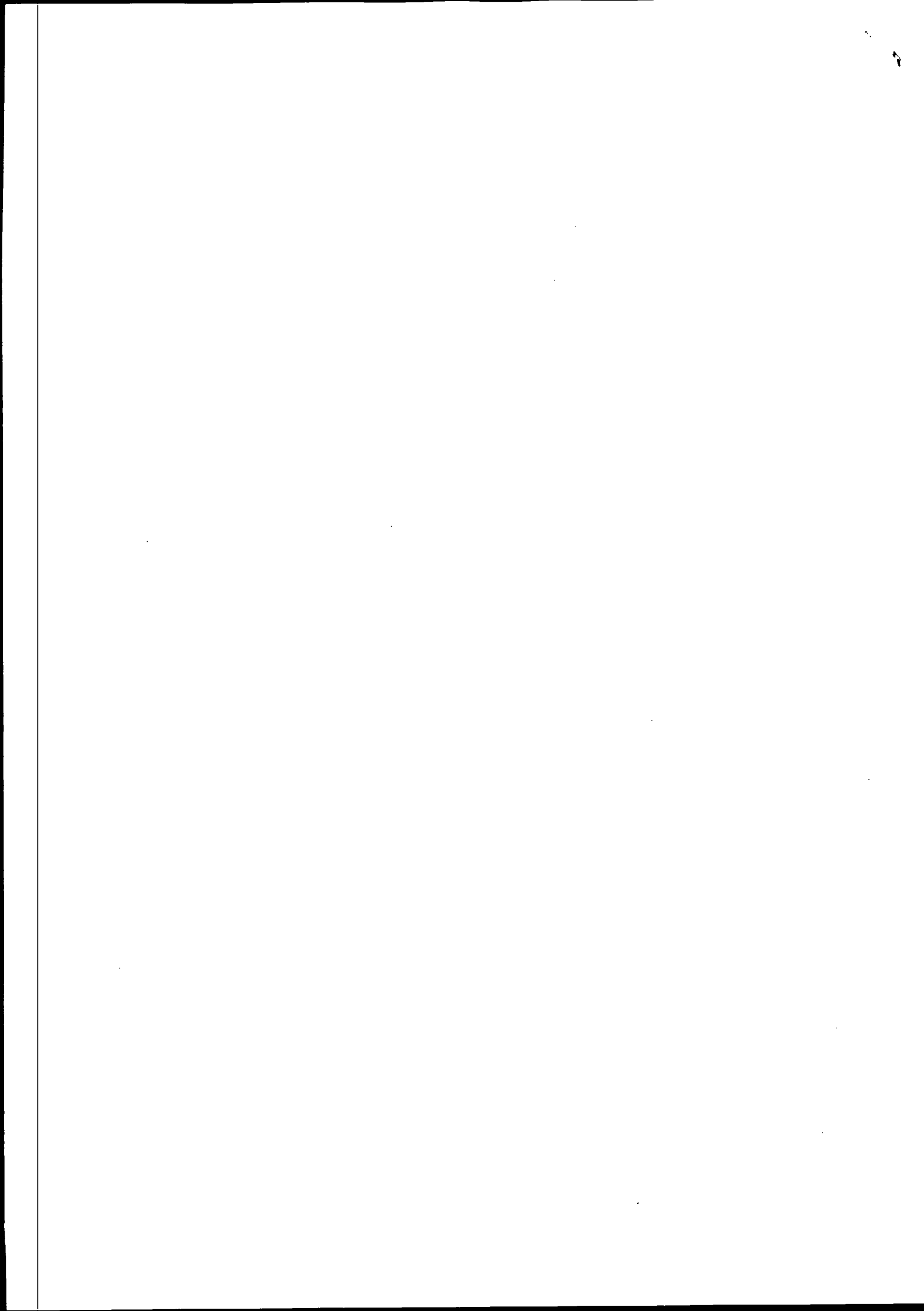
Det entydige myndighedsansvar i kommunerne for borgere med handicap bør kunne bidrage til en styrket retssikkerhed og faglighed, når indsatsen placeres i kommunale, regionale eller statslige organisatoriske sammenhænge, hvor det er muligt at udvikle og fastholde den rette ekspertise.

DSI anbefaler, at man "fryser billedet" frem til 2007/08 og ikke forcerer ændringerne i arbejdsdeling mellem regioner og kommuner, særligt inden for social- og undervisningsområdet for børn og voksne, og at beslutninger herom baseres på grundige analyser og dialoger med alle involverede, herunder DSI og De Regionale Udviklingsråd.

DSI vurderer, at der er behov for en fælles bekendtgørelse og vejledning, der tværgående og i sammenhæng, beskriver arbejdsdelingen omkring og indholdet af rehabilitering og genoptræning i forhold til sundhedsloven og lov om social service i forhold til regioner og kommuner.

### **Brugerindflydelse:**

Der er afgørende for indretningen af vores velfærdssamfund, at inddrage den erfaring og ekspertise brugere og deres pårørende har.





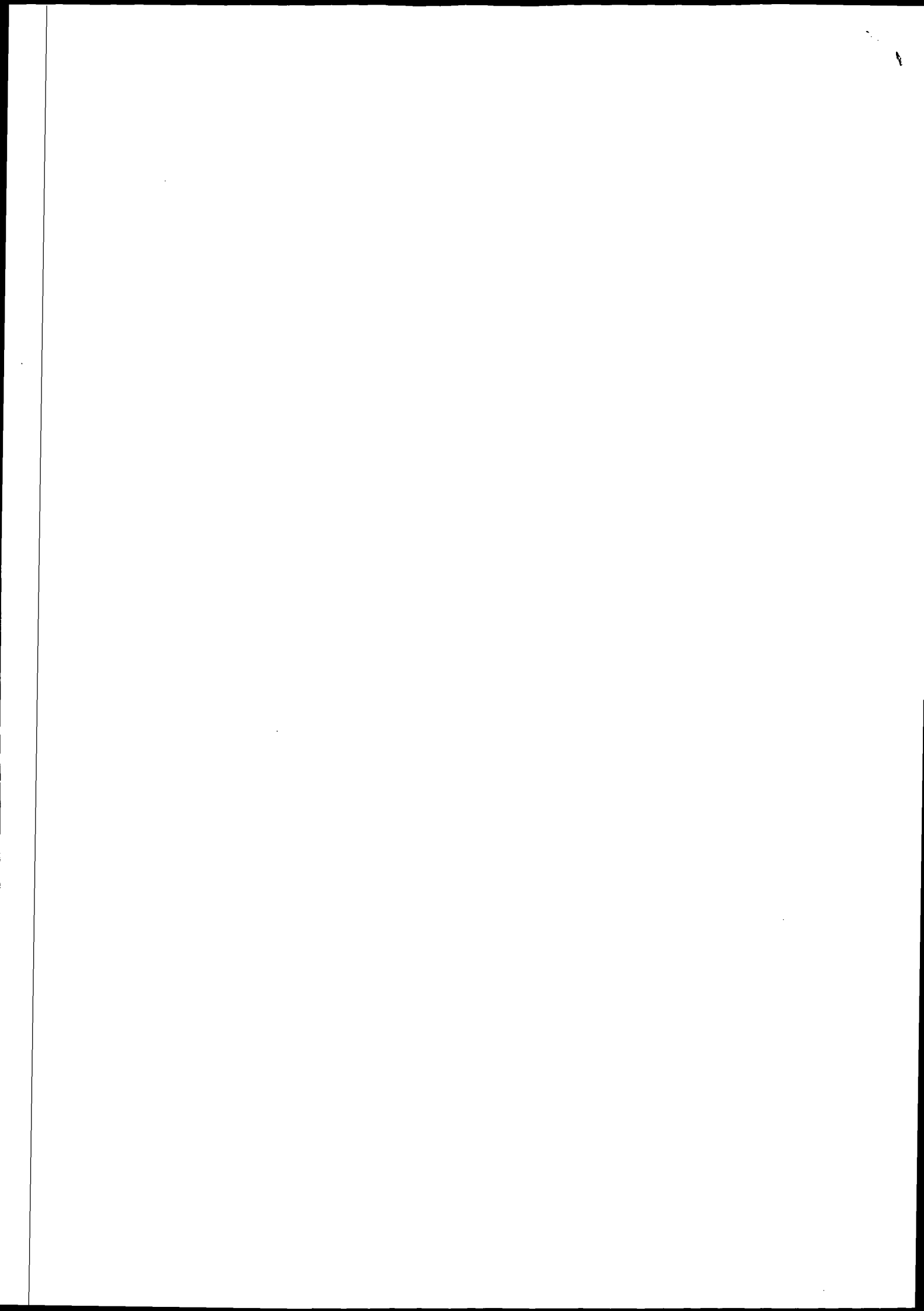


DSI finder, der er et stort for at styrke og formalisere brugerinddragelsen centralt og i regionerne i planlægning af sundhedsindsatsen i form af sundhedsbrugerråd, jf. DSI's fremsendte forslag herom.

DSI synes, der er behov for en kommunal forpligtelse til udarbejdelse af en sektoransvarlig kommunal handicappolitik.

DSI finder, der er behov for at styrke vilkårene og mulighederne for inddragelse af borgere med handicap i nærdemokratiet. Det forudsætter, at borgere med handicap ikke i urimelig grad pålægges udgifter ved deres deltagelse. Derfor er der behov for en generel pligt og hjemmel til at yde frivillige i lovpligtige råd, nævn mv. dækning af bl.a. transportudgifter og udgifter til handicapkompensation.

DSI ved, at et øget lokalt engagement ikke kommer af sig selv, men forudsætter, at man politisk er villig til at sikre flere økonomiske ressourcer til handicaporganisationerne decentrale arbejde.





T.C. → 76

Kopi til Lisa, 2.9

## DRONNINGLUND KOMMUNE

Modtaget fra Ministeren

10 JAN. 2005  
Ministersekretariatet

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

INDGÅET!

11 JAN. 2005

1.Ø

## BYRÅDET

Rådhusgade 5 - Postboks 85  
9330 Dronninglund

Tlf./Fax 99 47 11 11/ 99 47 11 12  
Internet www.dronninglund.dk  
E-mail drikom@dronninglund.dk

Dato: 07.01.2005  
J.nr.: 00.18.00 K04/  
Sagsbeh. OT/IK  
Lokaltlf.

**Høringsvar til kommunalreformen sundhedslovens kap. 47, regionsspecialtandpleje § 157**

Regeringen udsendte den 1. december 2004 46 lovforslag i høring.

I den forbindelse vil Dronninglund Byråd yderligere fremkomme med følgende høringsvar:

I forslaget skal den nuværende Amtsspecialtandpleje (som vedrører patienter, der er født med aplasi dvs. patienten mangler anlæg til en eller flere tænder) varetages af regionerne.

Patienter med aplasi af flere tænder end 5+5 og 5-5 har efter min vurdering ofte brug for en kompliceret behandlingsplanlægning og/ eller behandling, der kræver inddragelse af ekspertise fra flere odontologiske fagdiscipliner, ligesom der er behov for såvel koordination, kontinuitet og helhedssyn. Det vil efter min opfattelse være hensigtsmæssigt at disse fortsat behandles i regionerne (Amtsspecialtandplejen)

Patienter med aplasi af 5+5 og 5-5 (dvs. 4 små kindtænder, som sidder som nummer 5 fra midtlinien) har ikke brug for en kompliceret behandlingsplanlægning og/ eller behandling, hvorfor disse tilfælde med fordel kan behandles i den kommunale tandpleje.

En flytning fra regionstænderplejen til kommunal tandpleje forudsætter dog, at der følger økonomi med opgaven.

Den fornødne ekspertise vedrørende tandregulering råder Tandplejen allerede over. Effekten af, at opgaven lægges i kommunen, vil være dobbelt: Patienten vil opleve helhed i behandlingsforløbet, idet det overordnede ansvar for - og en stor del af behandlingen - vil ligge i kommunen. Kommunen vil kunne beholde og udbygge den tandlægelige ekspertise på de pågældende områder, hvilket vil styrke det faglige indhold af den kommunale tandpleje - og dermed muligheden for at kunne rekruttere tandlæger fremover.

Det er problematisk, at det nuværende lovforslag lægger op til, at to forskellige myndighe-



## DRONNINGLUND KOMMUNE

der hver skal finansiere sin del af en behandling – ikke mindst i betragtning af, at ansvaret for færdiggørelsen ligger i et andet regi end der, hvor forbehandlingen finder sted. Vi skal nu lave tandreguleringen i den kommunale tandpleje, mens den efterfølgende behandling først kan laves nogle år efter patienten har forladt den kommunale tandpleje.

### Begrundelse :

Patienter som mangler anlæg til de bagerste små kindtænder behandlingsplanlægges og behandles i øjeblikket i den kommunale tandpleje.

I 17 års alderen henvises til Amtsspecialtandplejen. Her indkaldes patienten for at få vurderet om patienten skal behandles for sin aplasi, dvs. om der er behov for at indsætte kunstige rødder og kroner til erstatning af de manglende tænder.

Nogle patienter har brug for en behandling så snart væksten er afsluttet. Størstedelen af disse henvises til privatpraktiserende tandlæger og privatpraktiserende specialtandlæger for at få udført såvel den kirurgiske del som den protetiske del.

Andre, som først får behov for behandling senere bliver bedt om at henvende sig til Amtsspecialtandplejen, når behovet opstår dvs. når mælketanden som sidder svarende til den manglende blivende tand falder ud/løsnes.

Er der behov for behandling henvises størstedelen af Amtsspecialtandplejen til behandling i privat praksis.

Disse patienter kunne vurderes i den kommunale tandpleje af en tandlæge og en specialtandlæge i tandregulering. Herved undgår patienten én måske to undersøgelser i Regionspecialtandplejen, hvorved der vil kunne spares ressourcer i Regionspecialtandplejen.

Denne patientgruppe udgør ca. 75 % af Amtsspecialtandplejens patienter på nuværende tidspunkt.

Med venlig hilsen

  
Mikael Klitgaard  
Borgmester

  
Ove Thomsen  
Kommunaldirektør

## Hørings svar fra DSAM til "Udkast til forslag til Sundhedsloven".

Dansk selskab for almen medicin finder, at forslaget til ny Sundhedslov indeholder mange fornuftige elementer. Selskabets kommentarer relaterer sig til to af de i §2 opstillede mål:

- behandling af høj kvalitet
- sammenhæng mellem ydelserne.

### Behandling af høj kvalitet.

Høj kvalitet i sundhedsvæsenet forudsætter, at behandlingen er baseret på et videnskabeligt grundlag – er evidens baseret. Nye behandlinger evalueres efter særlige regler og kun de behandlinger, der har vist effekt, implementeres i den daglige klinik. Herved bidrages til at bevare det danske sundhedsvæsens høje kvalitet, og der har da også været igennem de seneste år været enighed om disse principper mellem amter og sundhedsudøvere.

Den nye struktur og forslag til Sundhedslov lægger op til at kommunerne får ansvaret for forebyggelse, pleje og rehabilitering. DSAM finder det meget vigtigt, at kravene til kvalitet i det nuværende sundhedsvæsen også skal gælde for de kommende kommunale tilbud. Kommunalt oprettede sundhedstilbud bør således i videst mulig udstrækning også baseres på evidens baseret viden. Som skræmmeeksempel kan nævnes et nyligt oprettet "Sundhedscenter" i Odense kommune, der tilbyder cranio-sacral massage, iris diagnostik og andre ikke evidens baserede behandlingsformer.

*Forslag til løsning:* DSAM foreslår, at det i Sundhedsloven pointeres, at det danske sundhedsvæsen i videst mulig omfang bør være baseret på et sundhedsvidenskabeligt grundlag, og at dette gælder både i de kommende regioner og i kommunerne.

### Sammenhæng mellem ydelserne.

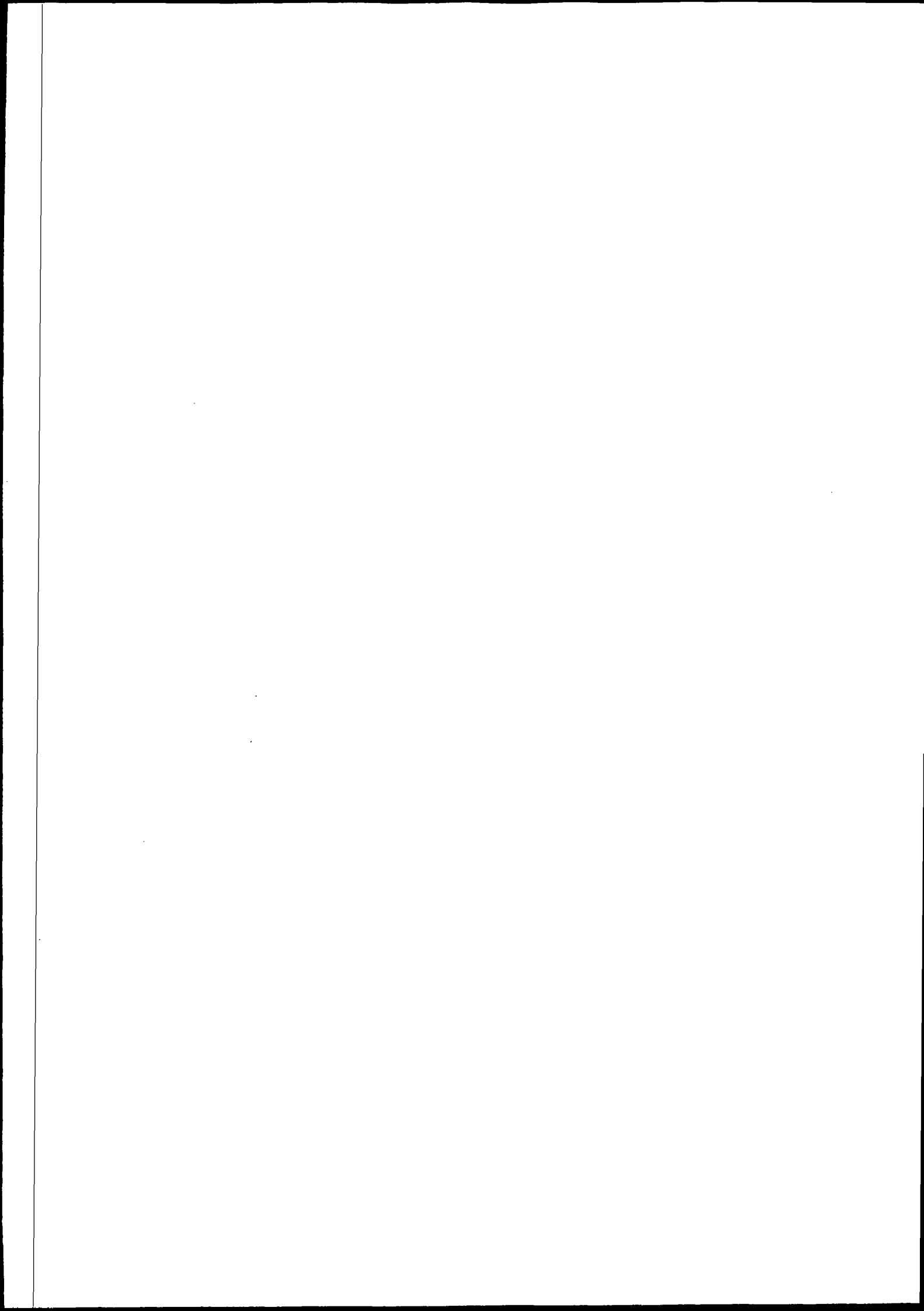
Udkastet til den nye Sundhedslov prioriterer sammenhæng mellem ydelserne højt. Der lægges vægt på at behandlingen af den enkelte patient hænger sammen i hele forløbet. DSAM har samme ønske.

Igennem de seneste 10-12 år har DSAM medvirket til at opbygge en praksiskonsulentordning, hvor en praktiserende læge er ansat på sygehusene nogle timer ugentligt med det formål at skabe sammenhæng mellem ydelser i primær- og sekundærsektoren. Næsten alle sygehusafdelinger har nu ansat en praksiskonsulent, og der er især blandt administratorer stor tilfredshed med ordningen. En praksiskonsulentordning, der også omfatter de kommende kommuner, vil bidrage til at sikre sammenhængen for den enkelte patient på hele sygdomsrejsen (praktiserende læge, sygehus og kommuner).

*Forslag til løsning:* DSAM foreslår, at der afsættes økonomiske midler til at udvikle en praksiskonsulentordning for kommunerne.

På vegne af DSAM

Peter Torsten Sørensen  
Direktør



Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

INDGÅET I  
11 JAN. 2005  
1.Ø

7. januar 2005  
Sagsnr.: 140-30/018 - 41203

Vedr.: Udkast til forslag til Sundhedsloven (Deres journal nr. 2004-1200-59)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. december 2004 fremsendt udkast til forslag til sundhedslov.

Da der er tale om en stor lovpakke, skal vi i Tandlægernes Nye Landsforening begrænse os til de for os at se væsentligste bestemmelser. Bemærkningerne til lovudkastet er disponeret således:

1. § 133 Specialiseret tandplejetilbud
2. § 157 Regionstandpleje

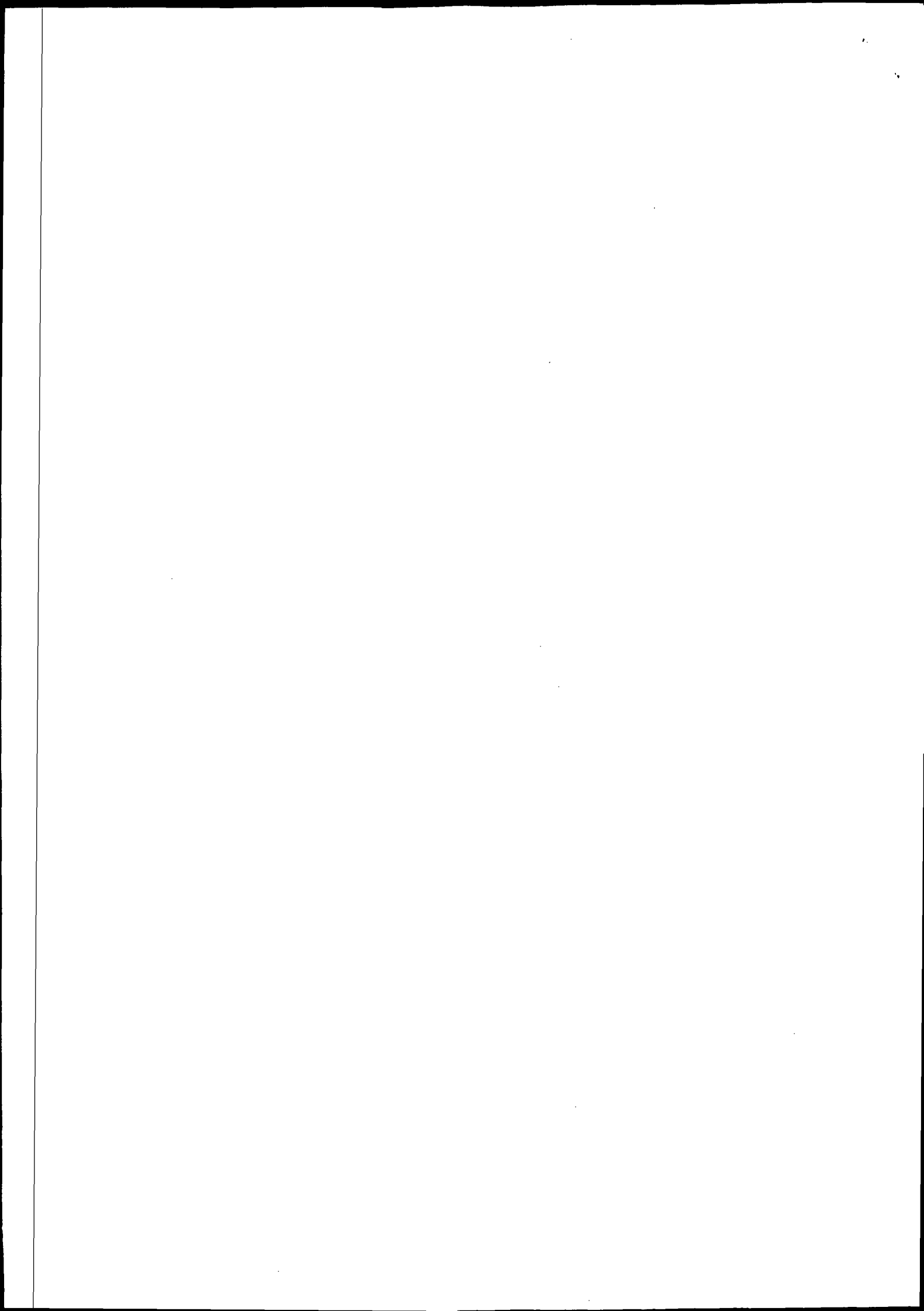
*Tandlægernes Nye Landsforening har desuden bemærkninger til §§ 119, 127 - 130 og 158. Da disse bestemmelser ikke direkte vedrører kommunalreformen, har vi samlet vores bemærkninger til dem i et selvstændigt notat, der er vedlagt. Dem vil vi tillade os at rette henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om efterfølgende.*

#### **Ad 1) § 133 Specialiseret tandplejetilbud**

Tandlægernes Nye Landsforening hilser denne lovændring velkommen, idet lovudkastets § 133 vil give muligheder for en helhed i løsningen af opgaven og en god koordination af det lokale forebyggende og det højtspecialiserede tandplejetilbud.

Stk. 2 fastlægger, at den enkelte kommune ikke nødvendigvis selv skal forestå opgaven. Det er en fleksibilitet, som foreningen ligeledes hilser velkommen. Foreningen vurderer, at det er vigtigt, at den ekspertise, der i en del amter er opbygget i den nuværende amtstandpleje, følger opgaven og dermed bevares til fordel for den del af målgruppen, der har behov for et højt specialiseret tandplejetilbud.

Foreningen påskønner endvidere lovudkastets stk. 3, der pålægger regionerne efter aftale med kommunerne at drive et specialiseret tilbud.





*Foreningen skal dog i forbindelse med § 133 bemærke to forhold:*

- målgruppen af sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl. vil formentlig stige i antal, da kommunerne vil sikre, at alle får det lovpligtige tandplejetilbud. Det får de ikke i dag.
- når amtstandplejen overgår til kommunalt regi, får kommunerne to forskellige prisniveauer på egenbetalingen for de patienter, der bliver omfattet af henholdsvis amtstandpleje og omsorgstandpleje. Foreningen ønsker efterstående en drøftelse af de problemer, der kan opstå i den forbindelse jf. vedlagte notat.

## **Ad 2) § 157 Regionstandpleje**

Tandlægenes Nye Landsforening foreslår, at Regionstandplejen overføres til kommunerne med tilsvarende rammer, som gælder for det specialiserede tandplejetilbud i § 133, stk. 1 og 2. I sammenhæng med dette bør Den Kommunale Tandpleje have mulighed for at tilbyde de pågældende unge tandpleje på de kommunale klinikker, indtil den endelige behandling er afsluttet eller senest til det fyldte 25. år.

### Motivering:

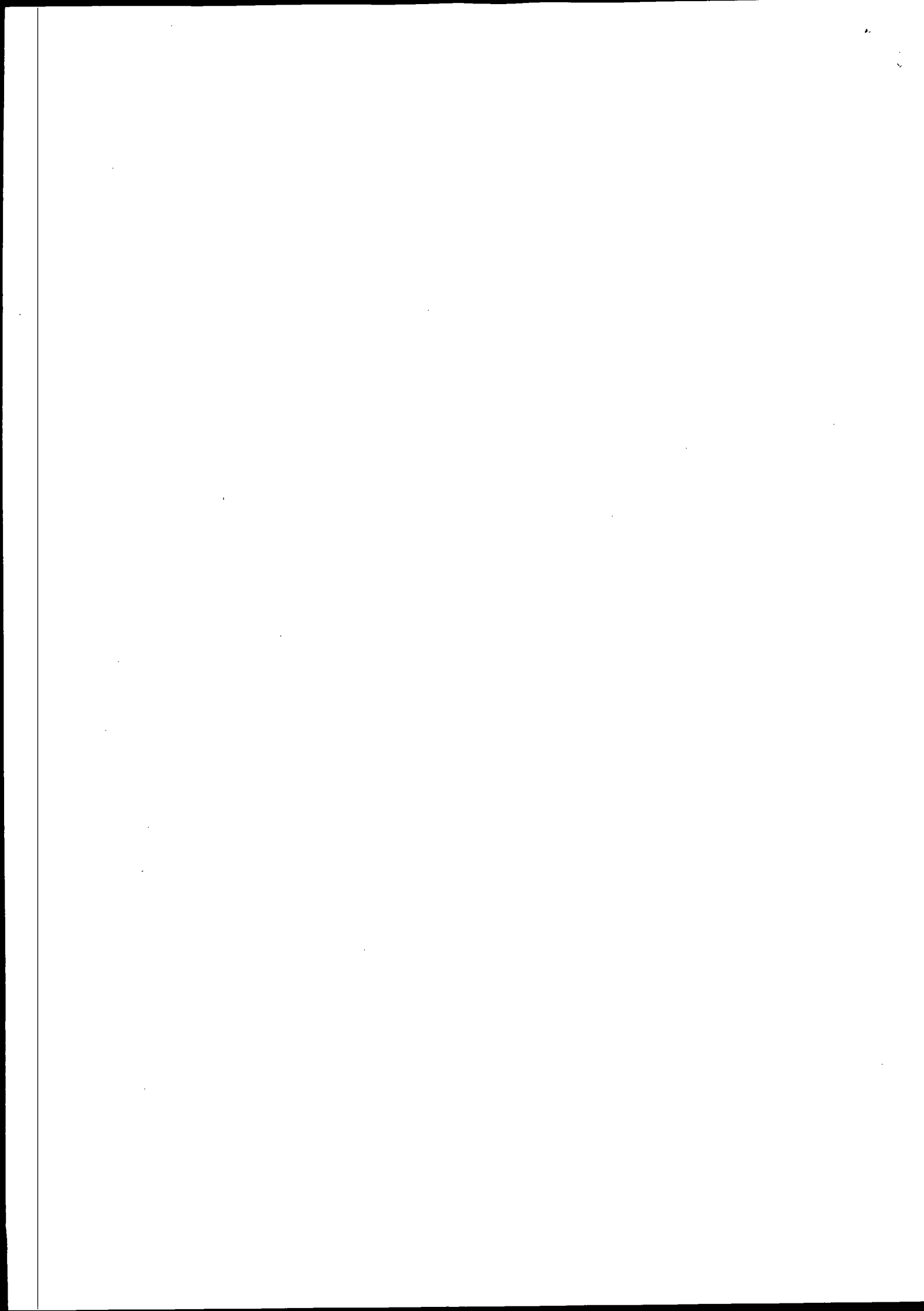
Den Kommunale Tandpleje foretager behandlingsplanlægning og forberedende behandling af disse børn og unge. Efter det fyldte 18. år overføres ansvaret for endelig behandling og evt. vedligeholdelsen af eventuelle midlertidige tanderstatninger til den nuværende amtsspecialtandpleje.

Den nuværende amtsspecialtandpleje har hovedsageligt konsultativ, behandlingsplanlægnings- og bevillingsmæssige funktioner. Få behandlinger udføres i dag i amtsspecialtandplejen, ligesom meget få behandlinger kræver hospitalsfaciliteter. Den endelige behandling foregår oftest hos patientens privatpraktiserende tandlæge.

Ved at give kommunen ansvaret for løsning af opgaven vil man opnå samme grad af helhed i løsning af opgaven som i §133. Patienten kan sættes i centrum og modtage et endeligt, optimalt behandlingstilbud, der kan udføres på det optimalt mulige tidspunkt.

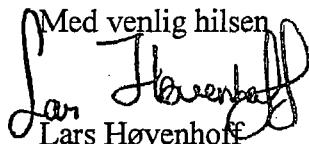
Den opgavefordeling, der eksisterer i dag, har resulteret i problemer med at skabe helhed i behandlingen og givet anledning til tvister mellem de implicerede omkring ansvaret for at følge patienten indtil færdiggørelse af behandlingen. I enkelte tilfælde har der også været stor uenighed omkring ansvaret for færdiggørelse af behandlingen. Den gældende aldersgrænse er desuden styrende for tidspunktet for iværksættelse af (for-) behandlingen og forhindrer dermed i en del tilfælde et optimalt behandlingsforløb. Den fornødne ekspertise vedrørende tandregulering råder Den Kommunale Tandpleje allerede over, og de største kommuner har desuden adgang til kirurgisk og protetisk ekspertise.

Det er af de grunde, der er nævnt ovenfor, problematisk, at lovforslaget lægger op til, at to forskellige myndigheder hver skal finansiere sin del af en behandling. Det er desuden i en del tilfælde et problem, at det økonomiske ansvar for vedligeholdelse af de midlertidige tanderstatninger pålægges patienten og det faglige ansvar for opfølgning ligger hos den praktiserende tandlæge.



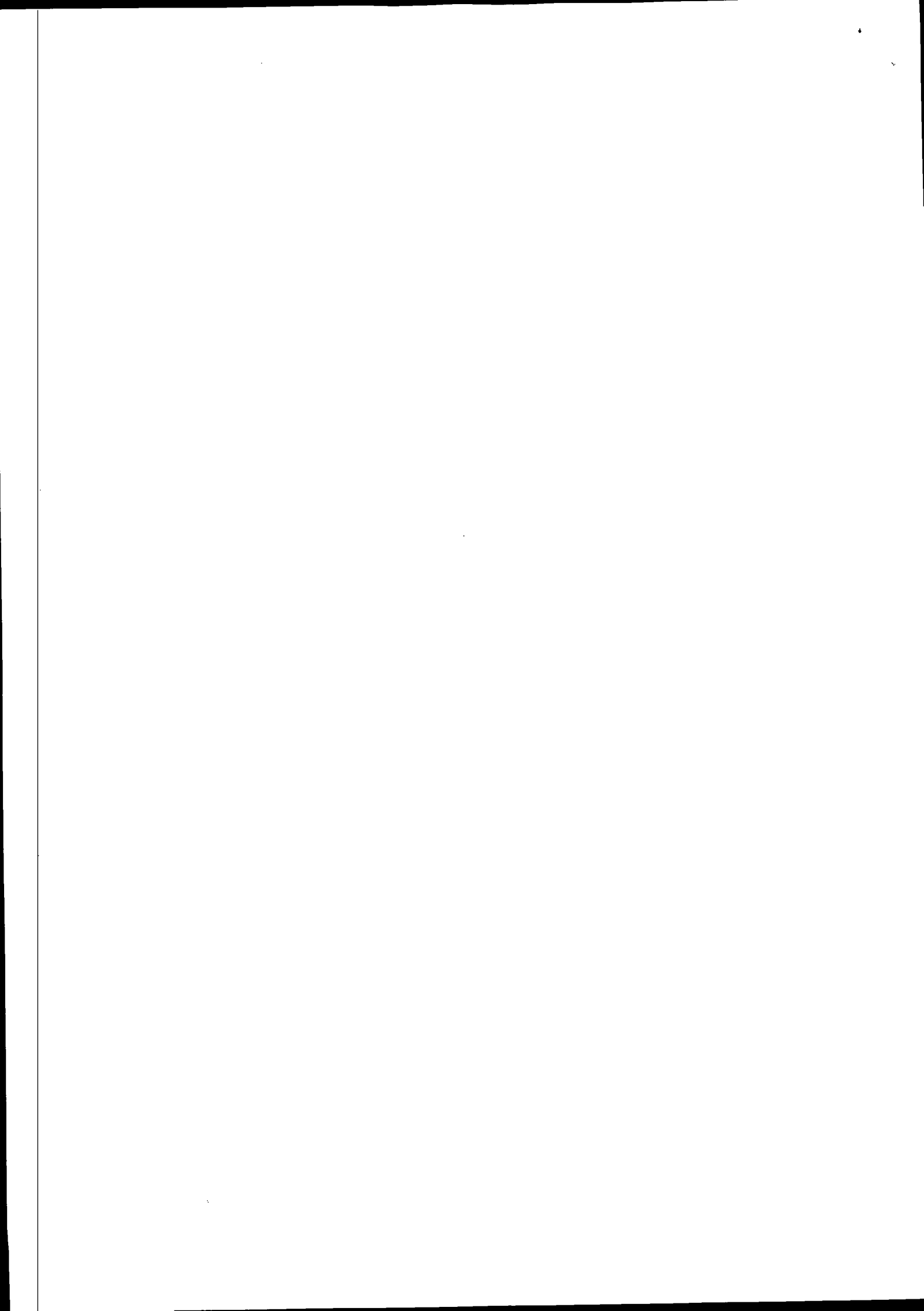
Og endelig skal foreningen bemærke, at Lov om Tandpleje af 28. maj 2003 var omfattet af lovovervågning. Af den senest foreliggende lovbekendtgørelse fremgår det, at: "Forslag om revision af loven fremsættes for Folketinget i folketingsåret 2005-06". Denne formulering er imidlertid ikke medtaget i udkastet til sundhedsloven. Tandlægernes Nye Landsforening forventer, at loven fortsat vil skulle revideres i folketingsåret 2005-06, selv om denne lov nu er blevet en del af Sundhedsloven.

Med venlig hilsen



Lars Høvenhoff

Formand



**Notat fra Tandlægenes Nye Landsforening om elementer i Sundhedsloven, som TNL ønsker at drøfte med Indenrigs- og Sundhedsministeriet primo februar.**

**§ 119 Forebyggelse og sundhedsfremme**

Tandlægenes Nye Landsforening skal her fremhæve Den Kommunale Tandplejes mange års erfaring med behovsorienteret indsats og erfaring med at etablere og drive forebyggelse og sundhedsfremme. Tandplejen arbejder i lokalmiljøet og kender børn og borgere der. Den Kommunale Tandpleje ved, hvordan man ved opsøgende arbejde får skabt en kontinuerlig kontakt til en målgruppe. Og tandplejen er parat til at deltage i løsningen i denne opgave.

**§ 158 Odontologisk Landsdels- og videnscenterfunktion**

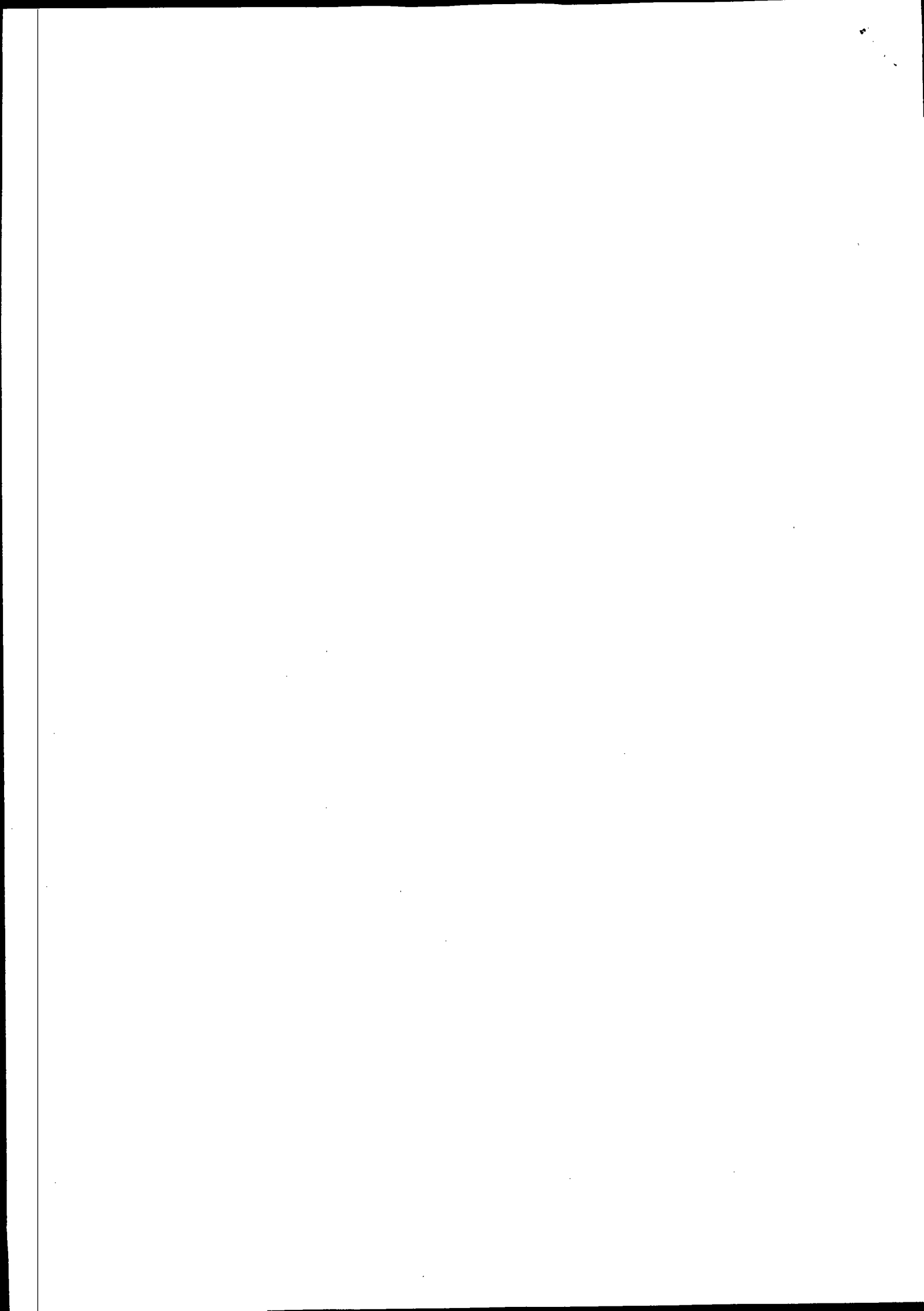
Tandlægenes Nye Landsforening skal bemærke, at Landsdels- og videnscentrene bør tildeles midler, så institutionerne kan varetage deres opgaver. Institutionerne samler viden og driver forskning og konsultativ virksomhed samt udfører specielle behandlinger på et meget lille klientel med meget store behandlingsmæssige behov. Der bør være et tilstrækkeligt solidt økonomisk grundlag for institutionerne til, at de er i stand til at varetage deres opgaver – herunder evt. betale for højt specialiserede behandlinger på specialafdelinger på tandlægeskoler og sygehuse. En mulighed er, at staten finansierer centrene. En anden at kommunerne bidrager i forhold til deres befolkningsunderlag. Det er ikke muligt at forestå vidensindsamling og forskningsopgaver med et ad hoc-lignende budget.

**§§ 127 – 130 Kommunal tandpleje mm.**

Af udkastet til loven fremgår det jf. §129, at børn og unge kan vælge frit mellem privat praksis og kommunal tandpleje i medfør af ændring af lov om tandpleje af 28. maj 2003.

Hertil skal Tandlægenes Nye Landsforening bemærke, at der bør indføres et nyt stk.5:  
"Kommunalbestyrelsen kan tilbyde personer over 18 år, som skønnes at have et særligt behov for tandpleje, tandpleje på kommunale klinikker med patientfinansiering".

Det er endvidere et problem i relation til lovudkastet, at ændring i tandstatus hos den gruppe af borgere, som kommunerne har visiteret til omsorgstandpleje, betyder, at tandplejebehovet er langt mere komplekst, end da loven trådte i kraft. Tandlægenes Nye Landsforening ønsker efterstående en drøftelse af dette problem, der, såfremt det ikke løses, vil betyde, at omsorgstandplejetilbuddet bliver utidssvarende eller at børne- og ungdomstandplejen forringes.





Vanløse, den 7. januar 2001

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

INDGÅET I  
11 JAN. 2005  
1.Ø

*Fra Lisa, Z.S.*

#### EMNE: FORSLAG TIL LOV OM SUNDHEDSLOV

Landsforeningen SIND har med interesse gennemlæst ovennævnte lovforslag, der – som led i kommunalreformen – samler en række love på sundhedsområdet i en lov.

Landsforeningen SIND har følgende bemærkninger til lovudkastet.

Ifølge lovforslaget har reformen på sundhedsområdet til formål at skabe et forbedret grundlag for at sikre et sammenhængende patientforløb på tværs af administrative grænser samt let og lige adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau. For at opnå dette formål er Landsforeningen SIND forbavset over at **Psykiatriloven** (Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien) ikke er inkluderet i Sundhedsloven. Denne mangel er åbenlys, idet Psykiatriloven påpeger i § 2: med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder .... Dette er jo helt parallelt til formålsparagraffen i sundhedsloven (§ 1) og de krav der stilles til sundhedsvæsenet (§ 2). Tilsvarende stiller psykiatriloven krav om udarbejdelse af en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling (§ 3 stk. 3), præciserer hvornår der skal indgås en udskrivningsaftale (§ 3 stk. 4 og 5), samt retningslinier for videregivelse af oplysninger (§ 3 stk. 6) – alt sammen forhold, der også indgår i sundhedsloven.

Landsforeningen SIND skal derfor stille forslag om, at Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien indarbejdes i Sundhedsloven.

Landsforeningen SIND stiler forslag om (som også DSI fremfører) at indføje en ny § efter § 5 med "Retten til behandling og niveauet for denne", idet SIND finder det meget påkrævet, at retten til psykiatrisk behandling er lovfæstet. Dette understøtter forslaget om at – som ovenfor fremført - psykiatrilovens § 2 stk. 2 og 3. om god psykiatriske sygehusstandard, opstilling af en behandlingsplan og udskrivningsplan bør indgå i sundhedsloven.

Landsforeningen SIND stiler forslag om at det af sundhedsloven fremgår, at "behandling af høj kvalitet" og "sammenhæng mellem ydelserne" (eller bedre: "at der ydes en helhedsindsats") (§ 2 pkt. 2 og 3) i den psykiatriske behandling kræver et sammenhængende patientforløb, der inkluderer den kommunale sociale indsats jf. førnævnte behandlings- og udskrivningsplan. Dette skal også præciseres i § 42 stk. 6 og § 44 stk. 1 og 2, pkt. 1 om videregivelse af oplysninger om patientens helbredsforhold og øvrige rent private forhold.

Landsforeningen SIND stiler forslag om "Social rehabilitering" indgå § 5.



Landsforeningen SIND stiler forslag om at det bør præciseres (f.eks. i § 79) at sygehusbehandling ikke kun er medicinsk og kirurgisk behandling men og (psyko)terapeutisk behandling m.v.

Landsforeningen SIND stiler forslag om at det omtalte "livstestamente" (§ 27) ikke kun omfatter livsforlængende behandling, men også hvilke typer af behandling patienten ikke ønsker i forbindelse med psykiatrisk tvangsbehandling.

Landsforeningen SIND påskønner muligheden for tilskud til psykologbehandling (§ 70)

Landsforeningen SIND stiler forslag om ophævelse af § 86 stk. 2 således, at borgere med en psykiatrisk lidelse har samme ret til frit sygehusvalg som andre personer.

Landsforeningen SIND stiler forslag om, at det fremgår af sundhedsloven at borgere med en psykiatrisk ledelse har samme ret til behandling for alkoholmisbrug og stofmisbrug (§ 141 og 142) som andre borgere – og også i situationer hvor borgeren ikke er i behandling for sin sindslidelse. Der må ikke inden for sundhedslovens system være problemer med, at borgere med en dobbeltdiagnose ikke kan få tilbudt behandling.

Landsforeningen SIND stiler forslag om at det præciseres at statens aktivitetsbestemte tilskud (§ 237) ikke må opbygges på en sådan måde, at de modarbejder, at den psykiatriske sygehusbehandling omfatter andre behandlingsformer end medicinske og kirurgiske.

Med venlig hilsen

Frede Budolfson  
Landsformand  
Landsforeningen SIND



T.a. → 76



Kopi til Lisa, 25.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Att.: Lars Løkke Rasmussen  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Modtaget fra Ministeren

10 JAN. 2005

Ministersekretariatet

Den 6. januar 2005  
Ref.: LPr/SSP

INDGÅET I

11 JAN. 2005

1.Ø

### Høringssvar vedr. forslag til Sundhedsloven

Kære Lars

Vedlagt finder du Dansk Sygeplejeråds høringssvar vedr. forslag til Sundhedsloven.

Jeg synes, lovforslaget indeholder mange gode elementer, men der er også en række elementer, der skal ændres, for at intentionerne kan indfris. Jeg ser frem til et tæt samarbejde om den store opgave med at udvikle og styrke fremtidens sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Connie Kruckow  
formand

### DANSK SYGEPLEJERÅD

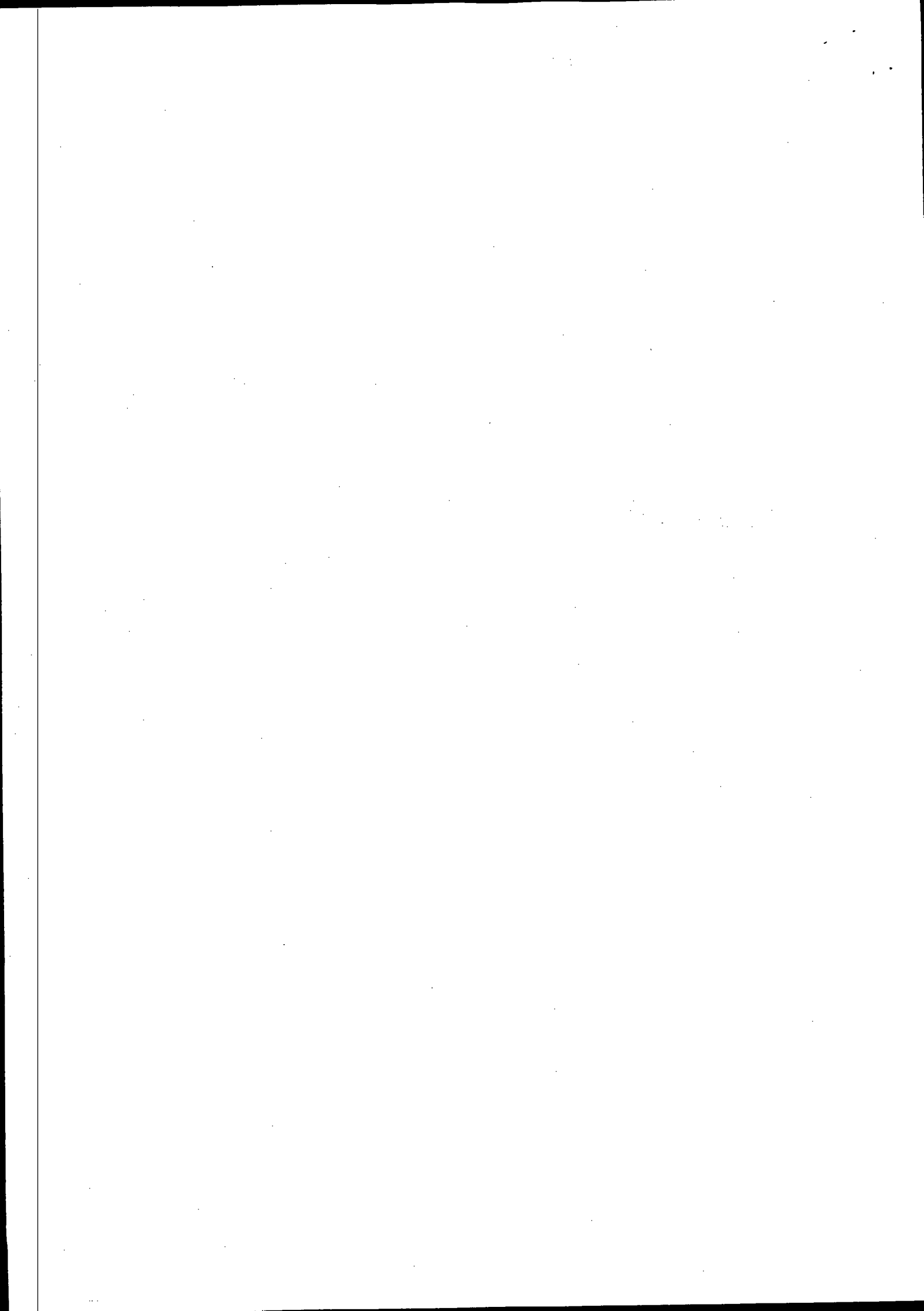
The Danish Nurses'  
Organization

Vimmelskafte 38  
Postboks 1084  
DK-1008 København K

Ekspedition:  
Mandag-torsdag 10.00-16.00  
fredag 10.00-15.00

Tlf. +45 33 15 15 55  
Fax +45 33 15 24 55

dsr@dsr.dk  
www.dsr.dk





Januar 2005/SSP/LPr

## Dansk Sygeplejeråds hørings svar vedr. forslag til Sundhedslov

### Sammenfatning

Danmark skal have et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen i verdensklasse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Læsevejledning

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

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

## Indledende bestemmelser (afsnit I)

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

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

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

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

§ 2

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

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

§ 2

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

Sundhedsloven skal sætte fokus på sygepleje

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

§ 5

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

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

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

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

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

§ 1

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

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

## **Patienters retsstilling (afsnit III)**

### **Patienterne skal have stor selvbestemmelse**

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

## **Sygehusydelse (afsnit VI)**

### **Hospitalet skal sikres frihedsgrader og udviklingsmuligheder**

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

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

§ 75

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

### Specialiserede hospitaler kræver kompetente sundhedspersoner og stærk faglig ledelse

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

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

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

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

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

§§ 75  
og 118

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



### **Hospitalerne skal fortsat udøve sundhedsfremme og forebyggelse**

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

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

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

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

Ny §

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

§ 119

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

### **Kommunale sundhedsydelser (afsnit IX)**

**Kommunerne skal være en integreret del af sundhedsvæsenet**

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

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

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

§ 118

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

§ 118

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

#### Kommunerne skal styrke de sygeplejefaglige kompetencer

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

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

§ 118

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

§ 118

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

#### Sundhedscentre skal være et centralt element i fremtidens sundhedsvæsen

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

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

### § 119

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

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

### § 119

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

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

### Kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats skal reguleres tæt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ny § 119,  
stk. 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **En investeringspulje til sundhedsfremme og forebyggelse er nødvendig**

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

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

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

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

Lov om regionernes finansiering

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

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

### **Sundhedsplejen skal spille en større rolle i sundhedsfremme og forebyggelse**

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

§ 120,  
stk. 2

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

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

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

§§ 120  
- 126

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

Ny §

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

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

§ 121

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

§ 126

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

Ny §

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



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

#### Hjemmesygeplejens centrale betydning skal fremgå af loven

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

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

§ 139

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

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

§ 139

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



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

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

#### Hjemmesygepleje skal ydes efter sundhedsfaglig vurdering

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

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

§ 138

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

#### Lov om forebyggende hjemmebesøg skal integreres i Sundhedsloven

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

Ny §

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

#### Genoptræning og rehabilitering skal sikres de nødvendige ressourcer

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

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

§ 140

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

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

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

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

§ 140

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

#### **Den faglige bæredygtighed på misbrugsområdet risikerer at gå tabt**

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

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

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

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

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

§§ 141  
- 142

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

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

#### Den faglige kvalitet i socialpsykiatrien risikerer at lide skade

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ny §

Lov om  
social  
service

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

## Præhospital indsats og befordring og befordringsgodtgørelse (afsnit XII)

Den præhospitale indsats skal styrkes

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

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

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

## Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed (afsnit XIV)

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

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

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

§ 188

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

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

§ 188

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

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

#### Kommunerne skal forpligtes til at sætte fokus på patientsikkerhed

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

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

§§ 193  
- 195

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

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

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

§ 194

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

#### Kravet om dokumentation skal lovfæstes

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

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

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

Ny §

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

Nv §

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

Ny §

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

**Der skal forskes inden for alle sundhedsprofessioner**

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

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

§ 189

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

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

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

## Samarbejde og planlægning (afsnit XV)

Der skal skabes ét sammenhængende sundhedsvæsen

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

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

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

§ 188  
§ 197

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

§ 75 og  
§ 118

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

Lov om  
regioner-  
nes finan-  
siering

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



### Samarbejdsudvalg og sundhedsaftaler skal hvile på sygeplejefaglig ekspertise

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

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

§ 199

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

§ 200

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

### Sundhedsstyrelsen skal fastsætte bindende retningslinjer for sundhedsaftalerne

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

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

§ 200

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

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

planlægning under indlæggelse, patientinformation, udskrivelse og koordinetion.

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

§ 200

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

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

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

Ny §

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

#### Sygeplejersker spiller en vigtig rolle for sammenhængende patientforløb

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

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

Dansk Sygeplejeråd er enig i, at almen praksis spiller en vigtig rolle. Det gør andre faggrupper – herunder sygeplejersker – også. F.eks. fungerer sygeplejersker som personlige forløbskoordinatorer, sikrer sammenhængen mellem hospital og hjemmesygepleje i forbindelse med indlæggelse og udskrivning og har en koordinerende rolle på bl.a. det psykiatriske område.

§ 42  
§ 119

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

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

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

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

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

§ 202

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

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

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

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

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

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

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

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

§§ 208  
- 209

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

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

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

**Sundhedsstyrelsen skal styrke sin sygeplejefaglige ekspertise**

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

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

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

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

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

§ 209

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

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

#### Infektionshygiejnen må ikke forringes

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

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

§ 209  
stk. 3

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

§ 209,  
stk. 3

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

## Finansiering (afsnit XIX)

Det nye finansieringssystem skal understøtte kvalitet og sammenhæng

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

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

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

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

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

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

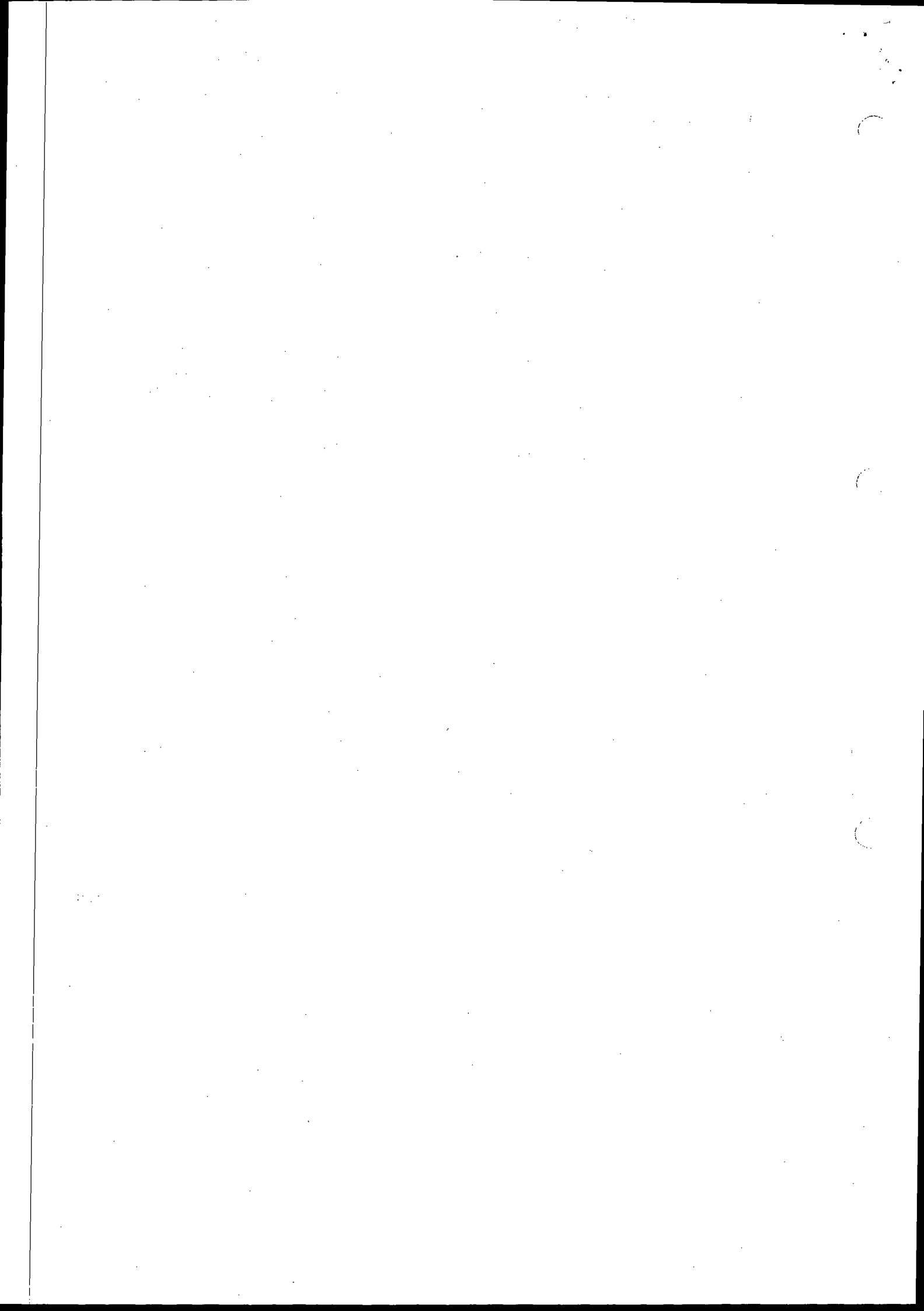
- Det er faglige hensyn, der skal afgøre, hvilket sundhedstilbud den enkelte patient eller borger skal have. Høj autonomi hos de sundhedspersoner, der skal foretage en professionel vurdering, er afgørende for, at patienter og borgere får det rette sundhedstilbud.
- Øget aktivitetsbaseret styring forudsætter,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

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

Ny §

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

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







# FORSVARSMINISTERIET

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

INDGÅET I

13 JAN. 2005

Indgået i  
Kommunalfdelingen

- 7 JAN. 2005

→ 2. s.  
1. s.kt.  
TK  
Kopi fra Lisa, R.S.

Bilag

Sagsbehandler

Journalnummer

Dato

KKM

2.kt. 04-0012-18

- 6 JAN. 2005

## Konsekvensrettelser af lovgivning på sundhedsområdet som følge af kommunalreformen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved skrivelse af 1. december 2004 til bl.a. Forsvarsministeriet anmodet om eventuelle bemærkninger til udkast til forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet. Bemærkningerne bedes være ministeriet i hænde senest den 7. januar 2005.

Forsvarsministeriet skal med den givne anledning meddele, at ministeriet ikke har bemærkninger til de fremsendte lovudkast.

P.M.V.

E.B.

Katrine Kirketerp-Møller  
fuldmægtig

IM 2.s.kt. J.nr. 2004-1200-59 / 366

12/1-05

