

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 3. juni 2005
Kontor: 2.s.kt.
J.nr.: 2004-
Sagsbeh.: llg
Fil-navn: Dokument 2

Bidrag til betænkning vedr. L 74 sundhedsloven

Behandling af traumatiserede flygtninge.

Rehabilitering af traumatiserede flygtninge indgår som en af sygehusvæsenets opgaver. Dette er bl.a. en opfølgning på anbefalingerne fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge og på økonomiaftalen for 2002 mellem den daværende regering og Amtsrådsforeningen.

Arbejdsgruppen anbefalede i sin rapport fra 2001, at der indenfor sygehuslovens rammer stilles et særligt tværfagligt og tværkulturelt rehabiliterings-tilbud til rådighed for en nærmere afgrænset kreds af traumatiserede personer, og at der etableres frit valg til de daværende tre centre OASIS, CEPAR og RCT-Jylland inden for nærmere fastlagte økonomiske rammer.

Der er tale om et specialiseret tilbud, som supplerer de øvrige tilbud i amtskommunal og kommunal regi. Det særlige behandlingstilbud bør således alene tilbydes personer, hvor de øvrige eksisterende behandlingstilbud er utilstrækkelige.

I forbindelse med økonomiaftalen mellem den daværende regering og amterne for 2002 tilførtes den amtskommunale økonomi 40 mio. kr. med henblik på en gradvis udbygning af behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge. Amtskommunerne kan vælge selv at etablere behandlingstilbuddet i sygehusvæsenet eller benytte private institutioner som led i løsningen af opgaven.

Fra 1. januar 2005 er der indført frit valg til de to centre OASIS og RCT-Jylland. Der vil endvidere fra 1. januar 2006 blive indført frit valg til RCT-København.

Genoptræning efter sundhedslovens § 141.

Sundhedslovsforlagets § 141 fastlægger en klar og utvetydig ret for patienterne til genoptræning i overensstemmelse med den genoptræningsplan, som regionerne er forpligtet til at udarbejde til enhver patient, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. lovsforlagets § 85. I de obligatoriske sundhedsaftaler mellem region og kommune, skal der sikres et sammenhængende forløb. Det vil bl.a. blive sikret ved formaliserede retningslinjer for kommunikationen i forbindelse med udskrivning.

Klagemulighederne på genoptræningsområdet adskiller sig ikke fra klagemulighederne på sundhedsområdet i øvrigt. Faglige klager vedr. genoptræning kan således indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, og

klager over serviceniveauet kan indbringes for den politisk ansvarlige myndighed (her kommunalbestyrelsen).

Som det fremgår af bemærkningerne til sundhedslovforslagets § 141, vil der blive fastsat regler om patienternes valgmuligheder i forhold til den genoptræning, kommunerne får ansvaret for. Patienterne er i medfør af sundhedslovforslaget § 87 - ligesom i dag - sikret frit sygehusvalg i de tilfælde, hvor det af genoptræningsplanen fremgår, at der er behov for specialiseret genoptræning i sygehusregi.

Det vil i en bekendtgørelse blive fastsat, at patienterne herudover har mulighed for - hvor det af genoptræningsplanen fremgår, at der er behov for "almindelig genoptræning" - at vælge mellem de genoptræningstilbud, bopælskommunen har etableret eller indgået aftale om, og at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner.

Når den nye kommunale opgavevaretagelse har fundet sit leje, efter at sundhedsloven er trådt i kraft, vil det være oplagt at vurdere, hvorvidt der er grundlag for yderligere styrkelse af patienternes frie valg på genoptræningsområdet, herunder frit valg til private tilbud.

Sammenhængen i sundhedsvæsenet.

Kommunalreformen indebærer, at kommunerne får en styrket rolle i sundhedsvæsenet. Kommunerne får således et medansvar for sundhedsvæsenets finansiering, og de får selv ansvar for genoptræning efter udskrivning og for alkohol- og misbrugsbehandling. Derfor er det afgørende, at de initiativer, der skal sikre kvalitet, sikkerhed og sammenhæng ikke alene kommer til at gælde for regionernes, men også for kommunernes del af sundhedsvæsenet.

Dette er sikret i lovforslaget. Bestemmelserne om kvalitetsudvikling og IT i § 194 vedrører udtrykkeligt såvel regionernes som kommunernes opgavevaretagelse.

På det generelle kvalitetsområde er Den Danske Kvalitetsmodel et afgørende initiativ. Udbredelsen af akkreditering efter modellen vil starte i sygehussektoren, men perspektivet er klart, at det også skal omfatte praksissektoren og kommunerne. Tilsvarende gælder for initiativerne på IT-området – elektronisk patientjournal, kommunikationsstandarder og sundhedsportalen.

For så vidt angår patientsikkerhed er det i forbindelse med lovens vedtagelse besluttet, at ordningen evalueres efter to år, bl.a. med henblik på en vurdering af, hvordan og hvornår ordningen skal udvides til at omfatte primærsektoren og det kommunale område.

Reglerne om patientklager gælder allerede for alle autoriserede sundhedspersoner, uanset hvilken sektor de arbejder i.

Endelig er det afgørende sigte med lovforslagets regler om samarbejde og obligatoriske aftaler, at regioner og kommuner skal sikre sammenhæng og samarbejde i sektorernes konkrete arbejde i de enkelte regioner.

Patienters ret til at indberette utilsigtede hændelser.

I forbindelse med den enighed, som regeringen i januar 2003 opnåede med Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre og Kristeligt Folkeparti, blev det aftalt, at patientsikkerhedssystemet efter 2 års drift skulle evalueres med henblik på at vurdere, hvordan patienter og pårørende vil kunne inddrages under ordningen.

Patientsikkerhedsordningen trådte i kraft den 1. januar 2004 og har nu været i drift i lidt over 1 år. Ministeriet er i samarbejde med Sundhedsstyrelsen i færd med at forberede den evalueringsordning, som blandt andet skal undersøge muligheden for at give patienter og pårørende adgang til at rapportere utilsigtede hændelser og fejl til ordningen. Når denne evaluering foreligger i foråret 2006, tages der stilling til, hvordan og hvornår patienter og pårørende kan inddrages under ordningen.

Sundhedsstyrelsens godkendelseskompetence vedr. lands- og landsdelsfunktioner.

Sundhedsstyrelsens kompetence til at stille krav til og godkende placeringen af lands- og landsdelsfunktioner (II-funktioner) findes i sundhedslovforslagets § 209.

Sundhedsstyrelsen varetager allerede efter de nu gældende regler den overordnede planlægning af II-funktionerne i Danmark. Styrelsen udarbejder med nogle års mellemrum en specialevejledning efter indgående drøftelser mellem fagfolk på de enkelte områder og amterne/H:S. Vejledningen angiver, på hvilke sygehuse de enkelte højt specialiserede funktioner placeres. Denne vejledning følges som den helt overvejende hovedregel af amterne/H:S. Hvis et amt ønsker at oprette en II-funktion, som ikke er forudsat i vejledningen, vil det altid ske efter en forhandling, ligesom det vil være tilfældet ved væsentlige ændringer i eksisterende II-funktioner. Specialeplanlægningen har således præg af en samarbejdsproces. Ministeren har imidlertid – og det vil i praksis være efter Sundhedsstyrelsens indstilling – som en "nødbremse" mulighed for at bestemme, hvor en bestemt slags patienter skal behandles og dermed mulighed for at lukke for behandlingen andre steder, jf. sygehuslovens § 13, stk. 5.

Bestemmelserne i lovforslaget styrker styrelsens beføjelser derved, at II-funktioner udtrykkeligt skal godkendes, og at en sådan godkendelse kan inddrages. Men det er stadig en forudsætning, at processen vil foregå i et samarbejde med fagfolk og regioner, og at der i langt de fleste tilfælde vil være enighed mellem regioner og styrelse om planlægningen. Samarbejdet om planlægningen understreges af bestemmelserne i § 208 om det rådgivende udvalg for specialeplanlægning med deltagelse af de lægefaglige selskaber og regionerne. Drøftelserne i udvalget vil være en vægtig del af grundlaget for Sundhedsstyrelsens godkendelser m.v. efter § 209.

Beføjelserne efter § 209 indebærer, at styrelsen skal godkende II-funktionernes placering på sygehuse, altså ikke blot f.eks. på regioner. Baggrunden er, at kravene til en II-funktion sjældent alene knytter sig til den enkelte sygehusafdeling, der er tale om. De højt specialiserede funktioner fordrer meget ofte tilstedeværelse på samme sygehus af og samarbejde med en række andre afdelinger på tilgrænsende områder og adgang til hjælpe- og specialfunktioner på højt niveau. Derfor indgår de samlede relevante faciliteter og funktioner på sygehuset i grundlaget for styrelsens vejledning – og efter forslaget for godkendelserne. Dertil kommer, at II-funktionernes geografiske placering i sagens natur har betydning også uden for egen region. Også regionerne vil selvsagt være opmærksomme på disse sammenhænge. Derfor må det forventes, at der helt overvejende vil være enighed mellem styrelse og regioner også om den geografiske placering af II-funktioner.

Psykiatri.

Psykiatrien lægges på linje med andre lægelige specialer i regionerne sammen med den øvrige del af det behandlende sundhedsvæsen. Ansvar for den sociale indsats for sindslidende samles i kommunen.

Med sundhedsloven bliver det obligatorisk for kommuner og regioner at indgå sundhedsaftaler med det formål at sikre samordning og sammenhæng for de sindslidende, som har behov for en samlet indsats, som går på tværs af to myndighedsniveauer. For regioner og kommuner bliver det herefter et obligatorisk element i disse sundhedsaftaler at fastlægge ansvaret for at koordinere indsatsen for de såkaldte dobbeltdiagnosepatienter, som ved siden af deres sindslidelse har et misbrug.

Specialtandpleje efter sundhedslovens § 134.

Sundhedslovforslagets § 134 fastlægger kommunernes pligt til at give et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller i omsorgstandplejen.

Det vil (ligesom i dag) fremgå af den kommende bekendtgørelse vedrørende specialtandpleje, at sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl. vil kunne henvises direkte til specialtandpleje. Den målgruppe, der vil kunne henvises direkte til specialtandpleje, vil være den samme som i dag. Det vil samtidig blive fastsat, at personer, der er henvist til specialtandpleje, og som efter *tandlægefaglig* visitation og rådgivning i specialtandplejen ikke skønnes at have behov for specialiseret behandling, kan henvises til behandling i omsorgstandplejen eller i sygesikringstandplejen.

Det vil ligesom i dag blive fastsat i en bekendtgørelse, hvad specialtandplejetilbudet skal omfatte (indholdet). Der vil blive tale om, 1) individuel og kollektiv forebyggelse inklusiv hjælp til og instruktion i tandpleje for den enkelte patient samt systematisk undervisning, oplysning m.v. til nøglepersoner omkring patienten. Herudover skal tilbuddet omfatte 2) undersøgelse af tand-, mund- og kæberegionens sundhedstilstand med individuelt fastsatte intervaller, samt 3) behandling af læsioner, sygdomme og funktionsforstyr-

relser i tand-, mund- og kæberegionen, således at denne bevares i god funktionsdygtig stand under hensyntagen til den enkeltes samlede tilstand.