Høring vedr. udkast til Lov om ændring af sundhedsloven, Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om regioner og nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab

Den 10. oktober 2007

Jnr 09.06.00 P22
Sagsid 000184889

Ref HHS
hhs@kl.dk
Dir 3370 TEST

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har med brev af 19. september 2007 anmodet om KL's bemærkninger til forslag til lov om ændring af fire love på sundhedsområdet. Lovforslaget skal bl.a. ses i sammenhæng med den foreværende kvalitetsreform.

KL takker for høringen og skal hermed redegøre for sine bemærkninger på følgende områder:

1. Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge (§1, nr. 2 og 3)
2. Kontaktpersoner (§ 1, nr. 4)
3. Vederlagsfri fysioterapi mv. (§1, nr. 5, 15-19, § 2, nr. 3, § 4, nr. 2, § 5)
4. Lægemiddelstyrelsens sagsbehandlingstid (§ 1, nr. 10)
5. PEM (§ 1, nr. 11-13)
6. Sundhedsstyrelsens tilsyn (§ 1, nr. 14)

De øvrige forslag giver ikke KL anledning til bemærkninger.

1. Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge.

KL ser positivt på en udrednings- og behandlingsgaranti for unge under 19 år.

KL vil dog gøre opmærksom på, at hvis garantien skal kunne gøre en forskel for både børn, unge og forældre vil det være vigtigt, at kommunerne kender til garantien og kan rådgive om denne.

Det er også vigtigt, at kommunerne kan gå mere aktivt og støttende ind i forhold til børn, unge og forældre, hvor børnene har psykiske vanskeligheder, og hvor garantien evt. kan komme i spil. Dette vil kræve en udstrakt brug af samarbejdsmodeller, bl.a. er der behov for, at regionen fx stiller psykiatri-faglig bistand til rådighed for kommunerne.

En garanti kan være med til at skabe og øge forventningerne til børne- og ungdomspsykiatrien. Derfor bliver det meget vigtigt, at det er tydeligt, hvem der kan bruge garantien, så fejlhenvisninger/ og afvisninger så vidt muligt undgås.

Med en hurtigere vej ind i psykiatrien både i forhold til undersøgelse og evt. behandling forventes det, at kommunerne vil opleve et forstærket pres på opfølgning og foranstaltninger til børn og unge, som er udredt og færdigbehandlet. Hurtigere udredning og evt. behandling betyder dog forhåbentlig, at børnenes og de unges problemstillinger er taget i starten, og at opfølgnings- og efterbehandlingsindsatsen derfor ikke behøver være helt så intensiv, som hvis de havde ventet meget længe på at blive udredt og behandlet. Under alle omstændigheder er det fortsat vigtigt, at psykiatrien og den kommunale indsats ses i en sammenhæng, og at samspillet er tæt og gensidigt forpligtende. Derfor bør garantien følges op med fortsat fokus – både fra centralt hold og lokalt - på disse elementer.

2. Kontaktpersoner

KL er enig i bestemmelsen og enig i behovet for et tilbud til patienterne om en kontaktperson i sygehusbehandlingen. Det fremgår, at formålet er at skabe kvalitet, sammenhæng og tryghed under indlæggelsen og i ambulante forløb, idet kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet, herunder for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt for information til patienten om patientforløbet. Det fremgår endvidere, at ministeren kan fastsætte nærmere regler om kontaktpersonens funktioner. KL ser gerne, at man ved brug af denne bemyndigelse vægter en funktion for kontaktpersonen, der handler om at medvirke til kvalitet, sammenhæng og tryghed i forbindelse med afslutning af behandlingsforløb gennem samarbejde og kontakt til patientens egen læge og kommunen, i de tilfælde, hvor der er behov herfor.

3. Vederlagsfri fysioterapi mv.

Lovforslagets bestemmelser vedr. vederlagsfri fysioterapi udmønter aftalen fra april 2007 mellem regeringen og Dansk Folkeparti om omlægning af den vederlagsfri fysioterapi. Aftalen betyder dels en udvidelse af persongruppen,

der kan få den vederlagsfri fysioterapi, dels en flytning af myndighedsansvaret for ordningen fra regionerne til kommunerne. KL vil indledningsvist kvittere for at have været inddraget i forberedelsen af lovforslaget, herunder deltagelsen i den af Indenrigs- og Sundhedsministeriet nedsatte arbejdsgruppe. KL kan dog samtidig konstatere, at det lovforslag, der nu er sendt i høring, ser markant anderledes ud end de udkast, arbejdsgruppen har været præsenteret for og har drøftet.

KL er – som udtrykt i flere sammenhænge, også i det lovforberedende arbejde - enig i, at flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne kan bidrage til at skabe sammenhæng i tilbuddene til mennesker med handicap, da langt hovedparten af disse vil være kendt af kommunerne i forvejen og modtage andre tilbud såsom træning, pleje og omsorg. Imidlertid anser KL det for stærkt problematisk, at lovforslaget ikke giver kommunerne reelle muligheder for at skabe dette sammenhængende tilbud. Med lovforslaget videreføres den vederlagsfri fysioterapi som en sygesikringsordning efter lægehenvisning Samtidig får kommunerne mulighed for at etablere egne tilbud, og patienterne får frit valg mellem at fortsætte i privat praksis eller vælge et kommunalt tilbud. I lovforslagets bemærkninger argumenteres der for denne model ud fra hensyn til kommunernes bedre muligheder for at tilrettelægge indsatsen for mennesker med handicap mere effektivt samt foretage en hensigtsmæssig planlægning af kapacitet. KL er ikke enig i denne argumentation, fx bliver kommunerne muligheder for kapacitetsplanlægning begrænset af lægernes henvisningsmønstre og borgernes brug af det frie valg.

Som KL har anført flere gange undervejs i det lovforberedende arbejde mener vi, at der findes en oplagt anden model, som vil give kommunerne de rette handlemuligheder og redskaber til at opfylde det fælles ønske om at skabe sammenhængende tilbud for patienterne. Såfremt den vederlagsfri fysioterapi flyttes ud af sygesikringssystemet og gives til kommunerne som en sundhedsopgave i lighed med genoptræning efter sundhedsloven, har kommunerne mulighed for og pligt til som myndighedshaver at skabe sammenhæng mellem vederlagsfri fysioterapi og andre tilbud og foranstaltninger for mennesker med handicap, hvad enten disse er hjemmeboende eller bor på institution. Det skal understreges, at en sådan model stadig vil forudsætte et stærkt samarbejde med praksissektoren, ikke mindst i forhold til leveringen af selve tilbuddet om vederlagsfri fysioterapi, og modellen vil naturligvis også tilgodese valgmuligheder for borgerne.

For så vidt angår indførelsen af den nye tilskudsgruppe, den såkaldte 3. vej, mener KL for det første, at der er behov for et mere konkret supplement til de fire overordnede kriterier for at være omfattet af det nye tilbud, som fremgår af lovforslaget. Det er således KL´s forventning, at Sundhedsstyrelsen foretager yderligere præciseringer af målgruppen, herunder angivelser af

hvor mange patienter indenfor hver diagnosegruppe, der kan forventes omfattet. For det andet forventer KL, at de ansvarlige sundhedsmyndigheder og KL har en fælles interesse i at følge udviklingen for den nye gruppe meget nøje.

Ifølge lovforslaget foregår forhandlinger og aftaleindgåelse på fysioterapiområdet i regi af RLTN, dog med den tilføjelse, at KL´s to repræsentanter i nævnet hver får tre stemmer, når der skal træffes afgørelser om vederlagsfri fysioterapi. Nævnets andre parter har fortsat flertal med 7 stemmer (5 stemmer til regionerne og 2 til staten), samtidig med at statens vetoret bevares.

Den foreliggende model bryder efter KL's opfattelse med alle kendte principper. Kommunerne får et fuldt myndigheds- og finansieringsansvar, uden at forhandlings- og aftalekompetencen følger med. Også omkring dette punkt er der tale om et andet forslag, end det som blev præsenteret i arbejdsgruppen.

KL finder, at der bør etableres en løsning, hvor forhandlings- og aftalekonstruktionen frigøres fra RLTN, der i sin konstruktion er knyttet til det regionale område. Modellen bør naturligt være, at KL forhandler og indgår aftalerne om vederlagsfri fysioterapi, og at Indenrigs- og sundhedsministeren efterfølgende godkender overenskomsterne. Det er en model, der sikrer sammenhæng mellem ansvar og kompetencer, og det var også denne model, der var lagt op til i arbejdsgruppen.

Kan der ikke etableres en løsning på det forhandlings- og aftalemæssige uden for RLTN, bør der ske afgørende ændringer af konstruktionen omkring RLTN. Der bør i en sådan situation som minimum foretages følgende tilpasninger i RLTN i sager vedrørende den vederlagsfri fysioterapi:

- at KL's medlemmer af nævnet bemyndiges til at føre forhandlingerne,
- at KL's sekretariat er sekretariat for nævnet,
- at KL's medlemmer af nævnet tildeles fire stemmer hver

Hvis hele fysioterapien på et senere tidspunkt flyttes til kommunerne, eller andre større sygesikringsgrupper overflyttes, bør der anvendes en anden model for forhandling og godkendelse, som anført i arbejdsgruppearbejdet, og som anfort ovenfor.

Hvad angår ikrafttrædelse af ansvarsflytningen til kommunerne, skal dette ifølge lovforslaget ske pr. 1. januar 2008 til trods for, at loven først må forventes at blive vedtaget i december 2007. Med den tidsfrist for implementering, er det vanskeligt at få anden opfattelse, end at opgaveflytningen på

området alene betragtes som en "administrativ parentes". KL ønsker imidlertid at understrege, at kommunerne med den korte implementeringsperiode ikke levnes nogen chance for at være klar til at modtage en opgave, som indeholder betydelige faglige og driftsmæssige udfordringer.

Blandt disse kan fremhæves, at der forestår en betydelig informationsopgave overfor de praktiserende læger, der jo er henvisende instans og skal kende det nye kommunale myndighedsansvar. Generelt er det vigtigt, at alle kommende samarbejdspartnere på området, det være sig alment praktiserende læger, praktiserende fysioterapeuter, regioner og kommuner, er ordentligt forberedte på de nye samarbejdsrelationer og opgaver forbundet hermed. Det gælder både i samarbejdet om konkrete patienter og deres forløb samt diverse udvalgs- og sekretariatsarbejder på såvel nationalt som regionalt niveau i forlængelse af overenskomsten. Som nævnt ovenfor er der også i relation til administration, herunder IT-systemtilpasning, afregning og statistik, en række nødvendige forberedelser, som erfaringsmæssigt er tidskrævende.

Alt i alt mener KL, at en implementeringsperiode på et år vil give de bedste forudsætninger for, at flytningen af myndighedsansvaret lykkes til gavn for patienterne. KL foreslår derfor, at lovændringen først træder i kraft pr. 1. januar 2009.

KL ser frem til muligheden for at uddybe ovenstående bemærkninger på et snarligt møde med indenrigs- og sundhedsministeren.

4. Lægemiddelstyrelsens sagsbehandlingstid

Det foreslås, at den nuværende sagsbehandlingstid på max 14 dage i særlige tilfælde kan forlænges til op til 60 dage. Dette med henblik på, at kunne forelægge sagen for Medicintilskudsnævnet, inden der træffes en afgørelse. KL mener, at denne forlængelse af sagsbehandlingstiden på op til 2 måneder, kan betyde ekstra udgifter for såvel borgerne som kommunerne, selv om tilskuddet ydes med tilbagevirkende kraft. Dette forhold vil KL uddybe i den særskilte DUT-høring.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at forhøjet tilskud meddeles i alle tilfælde med virkning fra det tidspunkt, hvor Lægemiddelstyrelsen har modtaget en "fyldestgørende" ansøgning. Iht. gældende lov skal Lægemiddelstyrelsen træffe afgørelse, når man har modtaget ansøgning om forhøjet tilskud. Forslaget om, at ansøgningen skal være fyldestgørende, før forhøjet tilskud kan meddeles, kan opfattes som en skærpelse af reglerne, og KL skal derfor opfordre til, at ordet fyldestgørende slettes.

5. Den personlige, elektroniske medicinprofil

Det fremføres i lovforslaget, at reglerne for indhentning af elektroniske helbredsoplysninger følger sundhedslovens bestemmelser om samtykke. Det er KL's holdning, at reglerne for samtykke m.m. i udgangspunktet skal gøres så smidige som muligt, da konsekvenserne af borgeres manglende samtykke medfører øget administration og opbygning af parallelsystemer til håndtering heraf. Netop i situationer – som her vedr. medicinprofilen – hvor formålet er sikring af patientsikkerheden, er der behov for smidighed.

I forhold til lovforslagets bemærkninger til de enkelte bestemmelser ønsker KL at understrege, at indhentningen af oplysninger til de kommunale EOJ-systemer skal ske sideløbende med indhentninger af oplysninger til sygehusenes EPJ-systemer og den praktiserende læges IT-systemer. KL foreslår derfor følgende indskrevet i bemærkningerne til punkt nr. 12, sidste afsnit side 49 (kursiveringen ønskes tilføjet):
"De elektroniske systemer, hvortil der med lovforslaget foreslås videregivet oplysninger fra Medicinprofilen, er afgrænset til elektroniske patientjournalsystemer på sygehuse, *i hjemmesygeplejen* og i lægepraksis. Som sygehuse defineres regionens sygehuse, jf. lovens §74, stk. 2. *Som hjemmesygepleje defineres kommunernes hjemmesygepleje, jf. lovens §138*. Som lægepraksis defineres privatpraktiserende læger."

6. Sundhedsstyrelsens tilsyn

Forslagene vedrører både sundhedsloven (§ 215) og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet (§ 2 og § 4), hvor det foreslås, at "personer inden for sundhedsvæsenet" erstattes med "sundhedspersoner". Formålet med ændringen er ifølge lovbemærkningerne at præcisere, at også "sundhedspersoner" uden for sundhedsvæsenet i snæver forstand - f.eks. sundhedspersoner på plejehjem - er omfattet af embedslægernes tilsyn og Patientklagenævnets kompetence, når de udfører sundhedsfaglig virksomhed.

"Sundhedspersoner" defineres i følge sundhedslovens § 6 som "personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar". Det vil sige, at foruden autoriserede sygeplejersker omfatter embedslægernes tilsyn og Patientklagenævnets kompetence personale i f.eks. ældreplejen (SOSU-personale), der varetager sundhedsfaglige opgaver uddelegeret af autoriserede sygeplejersker.

KL er enig i, at Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med den *sundhedsfaglige* virksomhed i kommunerne. Behovet for den foreslåede præcisering afspejler imidlertid efter KL's opfattelse en væsentlig problemstilling, nemlig at der er et generelt behov for, at reglerne på det sociale område og sundhedsområdet formuleres og administreres i en sammenhæng. Det gælder særligt på

tilsynsområdet, vedrørende kvalitetsudvikling og i forhold til borgernes retsstilling.

Med venlig hilsen

Peter Kjærsgaard Pedersen