Lægeforeningen

Vedl.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1218 København K

Formanden

11. oktober 2007

Jr. 2007-12987/105641
ga

Domus Medica
Trondhjemsgade 9
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 3544 8215 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: nmc@dadl.dk (direkte)
Fax: 3544 8513
www.laeger.dk

Høringssvar vedr. forslag til ændring af sundhedsloven m.fl.

Med henvisning til Indenrigs- og sundhedsministeriets høringsskrivelse af 19. september 2007 (j.nr. 2006-1200-122) vedr. forslag til 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 skal det indledningsvist bemærke, at Lægeforeningen generelt ser positivt på de foreslåede ændringer med henblik på at skabe yderligere kvalitet og sammenhæng i behandlingstilbuddene. Særligt positivt er tilvejebringelse af den nødvendige lovhjemmel til at sikre etableringen af et enstrenget, landsdækkende og tværsektorielt ordinationsgrundlag, hvor det behandlende sundhedsvæsen på tværs af sektorer og regions- og kommunegrænser, altid har adgang til et aktuelt billede af patientens medicinering, når de tekniske forudsætninger – forhåbentligt snart – er til stede. Lægeforeningen ser frem til etableringen, der uden tvivl på en gang vil medvirke til at højne compliance samtidig med at sundhedspersonalets arbejde lettes. Det skal i denne forbindelse dog bemærkes, at reglerne for videregivelse og indhentning af oplysninger er generelt er komplicerede og der er behov for en samlet revision heraf.

Lægeforeningen skal herudover bemærke følgende til de enkelte forslag til ændringer:

Ændring af sundhedslovens § 87 vedr. udvidede udrednings- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge

Forslaget er umiddelbart vurderet meget sympatisk, da mange af lidelserne kan være invaliderende, hvorfor en hurtig og effektiv indsats er påkrævet. Forslaget indeholder dog også visse risici bl.a. i forhold til at sikre høj kvalitet i behandlingen.

Loven er eksempelvis ikke præcis i forhold til, hvem der kan varetage behandlingen af de psykisk syge børn og unge. Loven bør præcisere at behandlingen skal varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri eller

IM REGSU j.nr.
11 OKT. 2007

2006-1200-122

psykologer med speciale i området eller foretages under deres ansvar – uanset om der er tale om behandling i offentligt eller privat regi.

Der kan også peges på, at forslaget indebærer en risiko for, at de psykiatriske afdelinger bliver "opsamlingssygehuse" for mislykkede behandlingsforløb på de private aftalesygehuse/ klinikker m.v. – idet frihedsberøvelse er forbeholdt offentlige myndigheder. En risiko der forøges, hvis behandlingen f.eks. ikke foretages af kvalificeret behandler.

Endelig skal det anføres, at psykiatriske patientforløb generelt set altid kan optimeres, men det er ikke muligt som inden for flere somatiske specialer at etablere egentlige pakkeforløb – ligesom psykiatriske patientforløb set i en gennemsnitsbetragtning har et længere tidsperspektiv. Derfor vil de ressourcemæssige konsekvenser af forslaget også være sværere at forudsige. Lægeforeningen må derfor anbefale, at forslaget anlægges brede økonomiske rammer, således at forslaget ikke – som konsekvens – kommer til at betyde en nedprioritering af andre områder inden for psykiatrien.

Ændring af Sundhedslovens § 90A – Kontaktpersoner

Lægeforeningen har noteret, at det med bestemmelsen bliver lovmæssigt fastsat, at patienter skal tilbydes en eller flere kontaktpersoner til indlæggelser længere end 1 dags varighed bl.a. med formål at sikre sammenhæng i patientforløbet.

Ændring af sundhedslovens § 141 vedr. behandling af alkoholmisbrug

Det er positivt, at der med lovforslaget åbnes mulighed for fra centralt hold at fastsætte regler for adgangen til alkoholbehandling og for indholdet i behandlingstilbud. Lovforslaget kan medvirke til at højne kvaliteten i alkoholbehandlingen, men løser ikke det fundamentale problem med kommunalreformen – overflytning af alkoholbehandlingen fra amterne til kommunerne. Mange steder har dette ført til at institutioner med relativt stort volumen er blevet til mindre behandlingsenheder med få muligheder for at etablere et tilstrækkelig stærkt fagligt miljø. Der er ikke noget overblik over hvordan de enkelte kommuner håndterer alkoholbehandlingen. Det er vidt forskelligt organiseret – nogen steder er alkoholbehandlingen integreret i stofbehandlingen, nogen steder organiseret i socialforvaltningen, nogen steder i arbejdsmarkedsforvaltningen, men der er ikke tvivl om at variationen er blevet større i alkoholbehandlingstilbudene. Meget tyder på at 15 amtslige institutioner er blevet til mere end 40 kommunale institutioner fra små enheder med 2-3 behandlere i mindre kommuner til kommunale samarbejder om bevarelse af de tidligere amtslige institutioner nogle få steder i landet. Mange enheder er blevet for små til at opretholde en god kvalitet.

Dag- og døgnbehandlingen foregår hyppigst i privatejede institutioner med stærkt varierende tilgang til behandlingsarbejdet og stærkt varierende kvalitet. Der er ingen formaliserede krav til alkoholbehandleres uddannelse. Alkoholproblemer er multifaktorielt betinget. Genetiske, opvækstmæssige, biokemiske psykologiske og sociale faktorer og det komplekse samspil mellem disse faktorer gør en tværfaglig indsats nødvendig for at nå det optimale behandlingsresultat, og en alkoholbehandlingsenhed må rumme et flertal af de faglige kompetencer, der modsvarer den enkelte patients behov og som muliggør et differentieret behandlingstilbud. Dette stiller krav om et bredt sammensat personale, altså enheder af en vis størrelse.

En ændring af Sundhedslovens § 141 bør derfor være langt mere grundlæggende og sikre tilstrækkeligt volumen og kvalitet i alkoholbehandling.

Kommentarer til det konkrete forslag:

Behandlingsgaranti
I 2005 blev der indført en 14 dages behandlingsgaranti men uden at definere indholdet i behandlingsgarantien. Hos patienter med alkoholproblemer har det ikke nogen mening at tale om behandlingsgaranti med mindre man definerer hvor stor en del af et områdets alkoholafhængige der skal tilbydes alkoholbehandling, hvad denne behandling skal indeholde (kortlægning/ diagnostik; psykiatrisk/somatisk diagnostik, visitation, evidensbaseret indhold i behandling, krav til uddannelse af personale og dokumentation). I dag kan man overholde behandlingsgarantien i en kommune med et minimalt tilbud.

Lovforslaget bør konkretisere at ministeren bemyndiges til at fastsætte indholdet i behandlingsgaranti for så vidt angår dimensionering og indhold i alkoholbehandlingen.

Visitation til døgnbehandling
Der er generelt ikke dokumentation for at døgnbehandling og dagbehandling er bedre end ambulant alkoholbehandling. Dermed ikke være sagt at der ikke er behov for døgnbehandling, men man bør opfatte døgnbehandling som en behandlingsmetode reserveret til patienter med særlige problemer hvorfor det er vigtigt at der sker en udredning/diagnostik/kortlægning af patienterne inden visitation til døgnbehandling. Hertil kommer at udgifterne til et forløb i døgnbehandling er cirka 10 gange højere end et ambulant behandlingsforløb. Døgn- og dagbehandling kræver at ambulant alkoholbehandling har været forsøgt og kræver en faglig visitation i et alkoholambulatorium som enten er offentligt ejet eller har driftsoverenskomst med en kommune eller en region.

Lovforslaget bør konkretisere at ministeren bemyndiges til at fastsætte vejledende faglige retningslinjer for visitation til dag- og døgnbehandling.

Kvalitetskriterier

Alkoholbehandling er en specialiseret funktion som skal kunne håndtere en række opgaver som:

Kortlægning og diagnostik af alkoholproblemet, diagnostik af somatiske og psykiatriske lidelser, systematisk akut behandling, systematisk psyko-social behandling, systematisk farmakologisk behandling, familiebehandling, intervention overfor børn i familier med alkoholproblemer, dokumentation, sundhedsfagligt personale (sygeplejerske/læge), aftaler med samarbejdspartnere (læger, somatiske og psykiatriske afdelinger, socialforvaltninger, pædagogiske institutioner). Alt dette er blandt andet dokumenteret i den nyligt publicerede Medicinske Teknologivurdering om alkoholbehandling fra Sundhedsstyrelsen. Det store problem er at få ført denne viden ud i klinisk praksis. Det er positivt at lovforslaget, som det fremgår af bemærkningerne, lægger op til udmelding af kvalitetskriterier for indholdet i alkoholbehandling.

Lovforslaget bør konkretisere at ministeren bemyndiges til at fastsætte vejledende kvalitetskriterier for indholdet i alkoholbehandling.

Uddannnelse
Kvalificeret alkoholbehandling kræver et veluddannet personale. I ingen grunduddannelser er der tilstrækkelig undervisning i alkoholproblematik som mange indenfor den offentlige sektor vil støde på i deres arbejde som frontpersonale. Der eksisterer ikke nogen autoriseret uddannelse af personale eller krav til uddannelse af personale der skal beskæftige sig med behandling af patienter med alkoholproblemer. Det må være den eneste sygdom hvor der ikke kræves nogen form for uddannelse overhovedet for at kalde sig behandler. Især døgnbehandlingsområdet er præget af institutioner med personale med meget varierende eller ingen misbrugsrelateret uddannelse. Som eksempel kan nævnes, at nogen privat institutioner opererer med en stillingskategori som "sygevagt".

Hvis man vil højne niveauet af alkoholbehandling her i landet er det afgørende at der stilles krav til behandlernes uddannelse og etableres uddannelser for alkoholbehandlere ligesom man bør arbejde hen mod en autorisation for alkoholbehandlere. Dette gælder for både offentlige og private behandlingsinstitutioner.

Lovforslaget bør konkretisere at ministeren bemyndiges til at fastsætte regler for uddannelse af personale i alkoholbehandlingsinstitutioner.

Afsluttende bemærkninger

Som indledningsvist bemærket ser Lægeforeningen positivt på de i øvrigt foreslåede ændringer og har ikke yderligere bemærkninger.

Med venlig hilsen

Jens Winther Jensen

Jens Winther Jensen