

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
sum@sum.dk

CC: sse@sum.dk

Vedr. sagsnummer 2211332

Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Aarhus Universitet, Health har den 25. januar 2023 modtaget høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Aarhus Universitet, Health takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Aarhus Universitets, Health har ingen bemærkninger.

Venlig hilsen



Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dato: 22. februar 2023

Direkte tlf.: +45 87152007
E-mail: dean.health@au.dk
Web: au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2023-0485030

Side 1/1

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Holbergsgade 6

1057 København K

Den 22. februar 2023

Høring om udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

alles Lægehus A/S er en privat aktør, som bistår regionerne med lægedækning via drift af udbudsklinikker, og herudover samarbejder med praktiserende læger om drift af lægeklinikker på overenskomstvilkår.

Med afsæt i vores engagement og indsigt i almen praksis, ønsker vi at afgive følgende høringssvar:

Forslag om særligt vederlag til etablerings- og praksispersonaleudgifter (vedr. §227, stk. 7)

I alles Lægehus understøtter vi lægedækning for mere end 130.000 patienter, hvoraf mere end 70.000 af disse patienter er bosat i regionalt lægedækningstruede områder. Netop i de lægedækningstruede områder ser vi ofte, at der er flere kronikere og multisyge. Disse patientgrupper har typisk behov for hyppigere konsultationer som led i årlige kontroller, opfølgning og behandling. Kombinationen af, at de områder hvor patienterne har størst behov for en læge tæt på også er de områder der er udfordret på lægeressourcer, skaber en social og geografisk ulighed i det nære sundhedsvæsen.

Vi ser det derfor som yderst positivt, at der i lovforslaget er givet regionerne en mulighed for at tage hånd om denne udfordring med et særligt vederlag til etablerings- og praksispersonaleudgifter. Vederlaget vil være en økonomisk håndsrækning til de læger, som ønsker at nedsætte sig med klinik i netop disse trængte områder, men i dag blandt andet grundet de økonomiske udfordringer fravælger dette.

Forslag om at regionen skal kunne etablere en regionsklinik uden først at lave udbud (vedr. forslag om at affatte sundhedslovens § 227, stk. 5 på ny)

En udbudsrunde afskærer ikke alment praktiserende læger fra at byde ind på at drive en klinik i et bestemt område – lægerne har tværtimod allerede i dag en forrang frem for private aktører på drift af lægeklinikker. Ønsker en praktiserende læge således at overtage ydernummer og kapacitet fra regionen, vil regionen kunne aflyse udbudsprocessen til fordel for lægen.

En udbudsrunde har også den fordel, at regionen kan stille krav til kontinuitet med faste læger og krav til driftssikkerhed, tilgængelighed og servicemål. Regionen har med en udbudsklinik herudover en mulighed for at tilpasse lægedækningen efter det eksisterende behov i området. Modsat praktiserende læger, kan

private aktører ikke begrænse antallet af patienter pr. kapacitet til 1.600 patienter i en udbudsklinik, men skal til hver en tid kunne øge bemanningen ved et stigende behov – helt op til 2.700 patienter pr. kapacitet. Skulle en praktiserende læge i området gå på pension, kan regionen altså kræve at den private leverandør skal øge lægebemanningen i udbudsklinikken, så udbudsklinikken kan dække behovet.

Konkurrencen mellem leverandørerne skaber herudover en for regionen forudsigelig økonomisk ramme, idet prisen pr. patient er fastsat på forhånd, samtidig med at drift via private aktører også er billigere, end når regionen selv skal stå for lægedækningen via en regionsklinik.

PLO-analyse "Ekstraudgifter på 30 mio. kr. til regions- og udbudsklinikker" viste, at drift af regionsklinikker er 45% dyrere end drift af udbudsklinikker og 57% højere end overenskomstbunde klinikker. Ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv bidrager udbudsklinikker dermed også til at sikre mere sundhed for pengene til den enkelte borger.

Vi mener også at man bør overveje, om selve klinikdriften er en opgave som regionen skal bruge sine dyrebare ressourcer på, henset til at regionerne i forvejen har en vigtig rolle og betydning i at skabe sammenhæng imellem primær- og sekundærsektor, ser ind i store udfordringer på psykiatriområdet, sygehuvæsenet mm. Alt andet lige vil regionens varetagelse af klinikdrift tage både tid og fokus fra disse opgaver.

Vi er derfor kritiske overfor forslaget om at regionerne i større omfang skal etablere regionsklinikker, i stedet for at lade private aktører bistå med den driftsmæssige understøttelse af lægedækningen.

Forslag om afskaffelse af tidsbegrænsning på drift af regionsklinikker, som nu er begrænset til 6 år (vedr. forslag om at affatte sundhedslovens § 227, stk. 5 på ny)

Vi stiller os kritiske overfor, om en fjernelse af fristen på 6 år for driften af en regionsklinik, vil medvirke til at opfylde formålet om at skabe mere forudsigelige vilkår for personale i klinikken, samtidig med at bidrage til rekruttering. For selvom der med en sløjfning af en tidsbestemt frist er en teoretisk mulighed for driftsperiode på over 6 år, så vil personalet i regionsklinikker fortsat skulle være indstillet på at regionsklinikken enten helt eller delvist lukker ned med et varsel på 12-18 måneder. I det nye lovforslag er der nemlig lagt op til, at praktiserende læger til hver en tid kan gøre krav på at overtage de kapaciteter (og dermed patienter) som er tilmeldt regionsklinikken. Så i stedet for at sikre stabile og forudsigelige arbejdsforhold i en i fastsat tidsramme, vil effekten være den modsatte. Hertil kommer, at regionen ikke kan stille krav om at en praktiserende læge skal tilbyde en komplet overtagelse af drift og personale i regionsklinikken, hvilket kan medføre at personalet i regionsklinikken ikke er garanteret ansættelse ved den praktiserende læge til samme vilkår, som de ellers ville ved en egentlig virksomhedsoverdragelse.

Vedr. forslag om fastsættelse af kvalitetskrav, samt registrering og monitorering af data (vedr. indsættelse af bestemmelse i sundhedslovens § 118 b, stk. 1)

I alles Lægehus arbejder vi målrettet med brug af objektive sundhedsdata til udvikling og sikring af kvalitet. Registrering, monitorering og benchmarking er vores grundlag for systematiske og målrettede indsatser

f.eks. ifm. med behov for specifikke sundhedsindsatser ud fra demografien i den enkelte klinik eller optimerede arbejdsgange for kronikerforløb.

Vi mener, at der er behov for at skabe en fælles ramme for kvalitetssikring i almen praksis, samt en fælles forståelse af begrebet kvalitet i et praksisperspektiv, som kan måles ud fra objektive kriterier. Herunder er der behov for IT-systemer og juridiske rammer, som fremmer muligheden for ensartet måling og monitorering af objektive sundhedsdata.

alles Lægehus står naturligvis til rådighed for uddybning af overstående.

Med venlig hilsen

Thomas Helt
M +45 2232 0220
th@wecarehld.dk



Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Att. sum@sum.dk med kopi til sse@sum.dk.

Høringssvar over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Bedre Psykiatri har læst høringsforslaget og har følgende bemærkninger.

Overordnet ser Bedre Psykiatri positivt på lovforslagets intentioner om at sikre et velfungerende sundhedsvæsen af høj kvalitet, med tæt samspil og sammenhæng mellem det specialiserede sundhedsvæsen og det nære sundhedsvæsen. Bedre Psykiatri ser ligeledes positivt på intentionerne om at tilvejebringe en juridisk ramme for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, idet der indføres hjemmel til at udstede bindende kvalitetskrav til opgavevaretagelsen som del af de kommunale sundhedsydelser i årene fremover og understøtte mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatserne på tværs af landet uanset, hvor man bor. Bedre Psykiatri bakker som udgangspunkt op om lovforslaget, der skal give hjemmel til, at der kan fastsættes forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud samt rådgivning fra sygehusene som led i kvalitetsplanen. Bedre Psykiatri bakker ligeledes op om, at det er Sundhedsstyrelsen som udvikler konkrete kvalitetsstandarder med kvalitetskrav- og anbefalinger (fx indsatser og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og uddannelse, udstyr, kvalitetssikring og registrering/monitorering, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning mv.) i samarbejde med relevante aktører som en del af kvalitetsplanen.

Bedre Psykiatri er dog bekymret for, at selve indholdet af de krav, der stilles, kommer for sent i processen rent tidsmæssigt i forhold til, at kommuner og regioner kan nå at implementere dem i sundhedsindsatserne. Selv om der er afsat midler årligt ved fuld indfasning til de første indsatsområder, er Bedre Psykiatri bekymret for, at det bliver økonomiske hensyn, der kommer til at styre kvalitetskravene fremadrettet fordi der ikke er afsat midler, og et kvalitetsløft i samtlige kommuner kræver betydelige ressourcer. Dermed er der risiko for, at ambitionerne fremadrettet ikke indfries for nye indsatsområder. Omvendt er der en risiko for, at kravene bliver dyrere end hvad kommunerne har økonomi og kompetencer til, hvis økonomi og krav ikke følges ad.

Bedre Psykiatri er desuden betænkelig ved, om ambitionerne i lovforslaget er tilstrækkelige, når der i første omgang kun iværksættes kvalitetsstandarder, der omhandler de kommunale akutfunktioner som en del af hjemmesygeplejen samt de patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme.

Yderligere er Bedre Psykiatri bekymret for, om regeringen med lovforslaget tilstrækkeligt kan sikre sig, at kommunerne lever op til kvalitetskravene, og hvilke greb for registrering/monitorering og sanktionsmuligheder, der lægges op til. Afslutningsvist fremstår det uklart, hvordan det med lovforslaget sikres, at kvalitetskravene er realistiske for kommunerne mht. hvordan indsatserne skal tilrettelægges, implementeres og følges op?

Bedre Psykiatri henholder sig i øvrigt til Danske Patienters høringssvar.

Med venlig hilsen

Bedre Psykiatri

From: Dansk Arbejdsgiverforening <DA@da.dk>
Sent: 25-01-2023 09:51:49 (UTC +01)
To: DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>
Cc: Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>
Subject: SV: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Kære Sarah Storm Egeskov

Ovennævnte falder uden for DA's virkefelt, og vi ønsker ikke at afgive bemærkninger.

Med venlig hilsen

Jeanet Danneberg Jepsen
Ledelsessekretær



Vester Voldgade 113
1552 København V
Direkte +45 33 38 92 76
Mobil +45 29 20 02 76
Mail jdj@da.dk
Web da.dk

Denne mail er tilsigtet en bestemt modtager og kan indeholde fortrolige oplysninger. Er du ikke den rette modtager, beder vi dig om at orientere os ved at besvare denne mail og derefter slette den. Det er ikke tilladt at beholde, kopiere, videresende eller bruge oplysninger fra denne mail, hvis du ikke er den rette modtager.

Fra: Sarah Storm Egeskov
Sendt: 24. januar 2023 14:44
Til: Sarah Storm Egeskov
Emne: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Til høringsparterne på vedlagte høringsliste

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sender hermed vedhæftede udkast til lovforslag i høring. Lovforslaget vedrører ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Lovforslaget skal udmønte dele af den brede politiske aftale om en sundhedsreform, som blev indgået med størstedelen af Folketingets partier den 20. maj 2022. Lovforslaget skal være med til at skabe bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed og geografi, nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet samt understøtte bedre lægedækning.

Vedhæftet er:

- Høringsbrev
- Høringsliste
- Udkast til lovforslag

Materialet kan også findes på høringsportalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til udkastet **senest den 22. februar 2023**.

Bemærkninger bedes fremsendt til ministeriets kontor for Borgernær Sundhed på sum@sum.dk med kopi til sse@sum.dk.

Med venlig hilsen

Sarah Storm Egeskov

Chefkonsulent, Kontor for Borgernær Sundhed

M 2126 7557

@ sse@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 22. februar 2023

Høring om udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Dansk Erhverv har modtaget høring om udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv støtter tiltag, der kan styrke lægedækningen i Danmark og bidrage til en forbedret konkurrence, så patienterne sikres en bred vifte af valgmuligheder i form af både udbudsklinikker, partnerskabsklinikker og traditionelle PLO-klinikker. Derfor finder Dansk Erhverv det grundlæggende problematisk, at der er i lovforslaget lægges op til, at det skal være muligt for regionerne at oprette en regionsklinik uden foregående udbud. Dansk Erhverv er modstander af, at kommuner og regioner i stigende grad tildeles nye værktøjer til at hjemtage opgaver, som ellers kan varetages af private aktører.

Specifikke bemærkninger

Lettere adgang til etablering af regionsklinikker

Det foreslås, at sundhedslovens § 227, stk. 5, affattes på ny således, at regionsrådet, i tilfælde hvor regionsrådet ikke kan afsætte et ydernummer til en læge, som vil praktisere efter overenskomsten, selv kan etablere og drive en klinik, som leverer almen medicinske ydelser.

Dansk Erhverv finder denne ændring problematisk, da den hæmmer konkurrence på markedet og vil tilskynde regionerne til at hjemtage klinikker uden foregående udbud. Det efterlader borgerne uden vished, om regionen reelt har valgt den bedste aktør til prisen, hvilket understøttes af en [analyse](#) fra Dansk Erhverv, der dokumenterer, at regionsklinikker har større bogførte udgifter pr. patient end udbudsklinikker. Det bør derfor specificeres over for regionerne, at de, på trods af ændringen, fortsat vil kunne oprette udbudsklinikker.

Mulighed for at overtage regionsklinik på markedsvilkår

Det foreslås videre, at der indsættes et nyt stk. 6, hvoraf det fremgår, at hvis en læge ønsker at overtage en regionsklinik som er oprettet efter stk. 5, med henblik på at praktisere efter stk. 1, 1. pkt., skal regionsrådet indgå aftale om overdragelsen inden for rimelig tid.

Dansk Erhverv finder dette positivt, da det kan fremme regionernes samarbejde med eksterne aktører og dermed være med til at styrke borgernes frie valg. Dansk Erhverv opfordrer derfor til, at

der igangsættes initiativer, som skal tilskynde regionerne til at sikre en hurtig og smidig overgang i tilfælde af, at en læge ønsker at benytte sig af §6 og overtage en regionsklinik på markedsvilkår.

Dansk Erhverv står naturligvis til rådighed for uddybning af overstående.

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg
Markedschef

Høringssvar vedrørende *Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning)*.

Uddannelsesudvalget under Dansk Hæmatologisk selskab 16.02.23

Den del af lovforslaget, der omhandler indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, vækker bekymring. Uddannelseskvalitet og uddannelseskapacitet bør fortsat vægte højere end driftshensyn og lægedækning ved fordeling af uddannelsesforløb i de regionale Videreuddannelsesråd. Beslutninger om omfordeling af forløb indenfor et speciale bør sendes til høring i specialets regionale videreuddannelses råd samt specialeselskabets uddannelsesudvalg.

Det bør fortsat tilstræbes at speciallægeuddannelsen i intern medicin: hæmatologi lever op til den europæiske standard, med minimum 3-4 års hæmatologi ud af 5 års samlet uddannelse, jævnfør Madrid-deklarationen fra det europæiske specialeselskab; [EHA/the-madrid-declaration/](#). Der bør tilstræbes kontakt med specialet under hele hoveduddannelsesforløbet gennem ansættelse på afdelinger hvor hæmatologien er repræsenteret, så intern medicin læres i sammenhæng med hæmatologi.

Af hensyn til trivsel og uddannelseskvalitet bør uddannelsesforløb endvidere højst omfatte 2-3 afdelinger, herunder 2 forskellig hæmatologiske afdelinger, og antallet af skift bør minimeres . Af hensyn til rekruttering bør man derudover så vidt muligt undgå meget store afstande mellem uddannelsessteder i samme forløb.



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
DK-1057 København K

Dansk Industri
Confederation of Danish Industry

Høringsvar vedr. udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Dansk Industri (DI) har den 24. januar 2023 modtaget udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Lovforslaget skal udmønte dele af den politiske aftale om en sundhedsreform, som blev indgået med størstedelen af Folketingets politiske partier den 20. maj 2022. Som en del af aftalen er det blandt andet besluttet, at der skal skabes bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed og geografi.

Dette høringssvar relaterer sig udelukkende til punkt 1 i lovforslagets indhold, som er indførelse af bemyndigelsehjælpemiddel for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger til kommunale sundhedsydelser samt regionernes rådgivningsforpligtelse.

DI bakker op om denne del af lovforslaget. Afbureaukratisering og øget fokus på kvalitet er vigtige elementer – eksempelvis i ældreplejen. DI gør derfor indledende opmærksom på, at en del af det behandlede i lovforslaget med fordel kan ses i relation til det kommende arbejde med ny ældrelov, hvor netop kvalitet og visitation har været behandlet i ekspert-grupperarbejdet med tidligere departementschef Per Okkels i spidsen.

DI vil gerne benytte lejligheden til generelt at bakke op om et øget fokus på kvalitet i den velfærd, vores borgere modtager. Et øget fokus på kvalitet – og en indførelse af standarder kan forhåbentlig bidrage til en højere leveret velfærd.

Med lovforslaget følges op på aftalen om sundhedsreformen – nærmere bestemt indførelsen af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, som skal sikre indførelsen af kvalitetsstandarder med konkrete kvalitetskrav og -anbefalinger til udvalgte sundhedsindsatser.

Fokus for kvalitetsstandarder bør være gennemsigtighed

DI noterer sig for det første, at selve indholdet af de kommende kvalitetsstandarder ikke er kendt endnu og opfordrer til, at et fokus for de kommende kvalitetsstandarder bør være gennemsigtighed, så både borgere, medarbejdere og pårørende kan få indsigt i og viden



om kvaliteten. Derudover bør kvalitetsstandarder holde sig til overordnede formål og kunne måles på tværs af kommunerne, så det ikke skaber unødigt bureaukrati, men derimod kan fungere som en fælles øvelse og et sammenligningsgrundlag – fremfor at bidrage til minimumskrav.

Inden for ældreområdet er arbejdet med udviklingen af kvalitetsindikatorer allerede i gang, ligesom der er afsat penge til at udvikle sammenlignelige brugertilfredshedsundersøgelser på de store velfærdsområder.

Indikatorerne kan ikke nødvendigvis give et fuldstændigt billede af en given leverandørs leverede kvalitet, men indikatorerne kan på centrale parametre sikre borgerne en sammenlignelig information om den leverede kvalitet (eksempelvis normeringer og personalets sygefravær). Dette bør suppleres med en årlig måling af brugertilfredsheden, der angiver borgernes helhedsvurdering af leverandøren og kvaliteten. Kvalitetsindikatorer og systematisk brug af brugertilfredshedsundersøgelser kan bidrage til at flytte fokus fra proces til resultat for borgerne.

DI bakker desuden op om, at en kommende kvalitetsplan skal have fokus på en løbende udvikling og nytænkning af opgaveløsningen, herunder velfærdsteknologi. DI håber, at lovforslaget kan give anledning til at lette vejen for flere digitale og telemedicinske løsninger.

Visitation og frit valg til borgerne

DI noterer sig for det andet lovforslagets passage om mulighed for at visitere og levere kommunale sundhedsydelser gennem tværkommunale samarbejder.

DI bakker op om et samarbejde på tværs af kommuner, men det er væsentligt, at myndighedsopgaven – uanset om den delegeres til øvrige kommuner – er gjenstand for konkurrenceudsættelse og gennemsigtighed.

Det er nemlig helt afgørende, at borgerne fortsat visiteres, så borgerne har frit valg og adgang til private leverandører. Dette sker som udgangspunkt ikke, hvis man indfører en centraliseret model, da man risikerer at etablere barrierer for at private aktører kan entre markedet. I stedet bør der være fokus på at indføre en fleksibel model, hvor godkendte private leverandører kan levere i de kommuner og til de borgere, de ønsker.

Det står i høringsbrevet ikke klart, hvordan denne nye form for visitation spiller sammen med ældreloven og en frisættelse af velfærdsinstitutionerne. DI gør derfor opmærksom på, at det frie valg for borgerne er helt centralt – netop som regeringsgrundlaget ligger an til.

DI bidrager gerne til det videre arbejde med blandt andet at formulere kvalitetsstandarder, der lever op til ovenstående principper.

Med venlig hilsen

Julie Bjerre Linnemann
Chefkonsulent, Dansk Industri

From: Jens Valdemar Krenchel <jvk@danskkiropraktorforening.dk>
Sent: 26-01-2023 13:29:07 (UTC +01)
To: DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>; Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>
Cc: Christina Munk Eriksen <cme@danskkiropraktorforening.dk>; Louise Larsen <ll@danskkiropraktorforening.dk>
Subject: SV: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Pr. email

Frederiksberg d. 26. januar 2023

Dansk Kiropraktor Forening værdsætter at blive hørt.

Vi har ikke bemærkninger til det fremsendte udkast.

Med venlig hilsen

Jens Valdemar Krenchel

Chefjurist

Dansk Kiropraktor Forening

Peter Bangsvej 30, 4.

2000 Frederiksberg

Tlf.: +45 33 93 04 00

Direkte: +45 33 37 60 96

Mobil: +45 53 86 60 96

E-mail: jvk@danskkiropraktorforening.dk

www.danskkiropraktorforening.dk



Fra: Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>

Sendt: 24. januar 2023 14:44

Til: Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>

Emne: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Til høringsparterne på vedlagte høringsliste

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sender hermed vedhæftede udkast til lovforslag i høring.

Lovforslaget vedrører ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Lovforslaget skal udmønte dele af den brede politiske aftale om en sundhedsreform, som blev indgået med størstedelen af Folketingets partier den 20. maj 2022. Lovforslaget skal være med til at skabe bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed og geografi, nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet samt understøtte bedre lægedækning.

Vedhæftet er:

- Høringsbrev
- Høringsliste
- Udkast til lovforslag

Materialet kan også findes på høringsportalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til udkastet **senest den 22. februar 2023**.

Bemærkninger bedes fremsendt til ministeriets kontor for Borgernær Sundhed på sum@sum.dk med kopi til sse@sum.dk.

Med venlig hilsen

Sarah Storm Egeskov

Chefkonsulent, Kontor for Borgernær Sundhed

–

M 2126 7557

@ sse@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk

22. februar 2023

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringsvar til udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) takker for invitation til deltagelse i høring over udkast til forslag til ændring af Sundhedsloven og Lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed.

Et nærmest enigt Folketing vedtog 20. maj 2022 en bred aftale om Sundhedsreform, som afsætter 6,8 mia. kroner til at omstille og løfte sundhedsvæsenet over de næste 8 år. Planen med Sundhedsreformen¹ er blandt andet at åbne 25 nye nærhospitaler, at sikre mennesker med kroniske sygdomme højere og mere ensartet kvalitet i deres behandling, samt at sætte fokus på rekruttering af flere medarbejdere, herunder læger.

Nærværende udkast til lovforslag er en delvis udmøntning af denne aftale. DSAM anerkender i særdeleshed de målsætninger i aftalen, som kan styrke det nære sundhedsvæsen ved at øge incitamenterne for, at praktiserende læger i områder med lægemangel fastholdes og nye læger i samme områder kan trækkes til samt at fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen for almen medicin tilrettelægges, så der bedst sikres flere praktiserende læger i fremtiden.

Lovudkastet indeholder tre delelementer, hvortil DSAM har nedenstående kommentarer:

1. Den Nationale Kvalitetsplan samt kommunale akutfunktioner mm.

Målsætningen er at indføre nationale kvalitetsstandarder for det nære sundhedsvæsen, uanset hvilken klinik, kommune og region en borger er tilknyttet. Der findes i dag ikke generelle regler i lovgivningen, der bemyndiger sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud eller rådgivning fra sygehusene.

Der er dog på konkrete områder i sundhedsloven allerede mulighed for at stille mere eller mindre eksplicitte krav til kvaliteten i sundhedsvæsenet, og hvad angår almen praksis så fremgår det af Sundhedslovens §57, at alment praktiserende læger er forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer m.v.

¹ <https://www.regeringen.dk/aktuelt/publikationer-og-aftaletekster/et-sammenhaengende-naert-og-staerkt-sundhedsvaesen/>

Med lovudkast indføres bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og anbefalinger til kommunale sundhedsydelse samt regionernes rådgivningsforpligtelse, som vil blive rammesat i en kommende Nationale Kvalitetsplan. Udkast til lovforslag indebærer tillige, at der udfærdiges kvalitetsstandarder i de kommunale akutfunktioner som en del af hjemmesygeplejen samt de patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme.

DSAM anerkender, at nationale kvalitetsstandarder bør omfatte det nære sundhedsvæsen i bred forstand, herunder sundhedstilbud, som varetages uden for sygehusene i eller tæt på borgerens eget hjem af kommuner, almen praksis og øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, herunder privatpraktiserende speciallæger.

- **DSAM finder det uklart defineret i lovudkastet hvilke dele af sundhedsvæsenet, der er omfattet af lovudkastet og i særdeleshed Den Nationale Kvalitetsplan.**
- **DSAM ser gerne, at de vigtigste kommunale sundhedstilbud bliver evidensbaserede og med mulighed for individualisering.**
- **DSAM ser også gerne, at de kommunale sundhedstilbud bliver mere ensartede i indhold på tværs af kommuner, er mere konstante hen over tid og annonceres på en ensartet og intuitiv måde på SOFT portalen.**

Der lægges i lovudkastet op til, at den Nationale Kvalitetsplan skal ses i sammenhæng med sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene.

- **DSAM mener, at det er vigtigt, at Den Nationale Kvalitetsplan understøtter samarbejdet i sundhedsklyngerne og ikke kommer til at begrænse vilkår og mulighed for udvikling og samarbejde i klyngerne.**
- **DSAM mener, at det er vigtigt, at der med Den Nationale Kvalitetsplan er et nødvendigt og stærkt fokus på, at minimumsstandarder ikke fører til overdiagnostik og overbehandling på grund af uflexible og for omfattende standarder, der hæmmer mulighed for prioritering og individualisering af diagnosticering og behandling.**
- **DSAM mener, at det er vigtigt, at der med Den Nationale Kvalitetsplan er et nødvendigt og stærkt fokus på ikke at øge den administrative opgave i det kommunale sundhedsvæsen, almen praksis og andre steder i det primære sundhedsvæsen.**
- **DSAM mener desuden, at der ikke må implementeres nationale digitale værktøjer til kvalitetssikring i kommuner og almen praksis, før disse er udviklet og valideret gennem inddragelse af brugere og pilotforsøg. Det primære sundhedsvæsen er i dag så presset, at arbejds-tunge og unødvendige digitale værktøjer ikke kan rummes.**

2. Bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om procedurer og rammer for praksisplan for almen praksis ved en lovteknisk præcisering

I forbindelse med vedtagelsen af lov nr. 910 af 21. juni 2022 (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.), som trådte i kraft 1. juli 2022 (Folketingstidende 2021-22, A, L 191,

som fremsat) er indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at udstede nærmere regler om praksisplan for almen praksis bortfaldet. Det fremføres i lovudkastet, at dette angiveligt en lovteknisk fejl.

- **DSAM støtter, at lovtekniske fejl på denne måde rettes smidigt uden behov for at politikere og/eller embedsmænd, som på bedste vis blot forsøger at passe deres arbejde grundigt og samvittighedsfuldt, stilles til ansvar. Denne tilgang bør også afspejles i tilgangen til arbejdet med fejl i sundhedsvæsenet, herunder i relation til evaluering af den såkaldte "strammerpakke".²**

3. Indførelse af hjemmel til initiativer, der skal understøtte bedre lægedækning

Lovudkastet anerkender, at praktiserende læger med ydernummer er det primære valg, når det gælder almenmedicinske tilbud til borgerne. Da der flere steder i landet er mangel på praktiserende læger kan det imidlertid være nødvendigt, at regionerne driver almenmedicinske lægetilbud (såkaldte regionsklinikker). Lovudkastet gør det mere smidigt for en region at oprette og drive regionsklinikker.

DSAM anerkender, at regionklinikker kan være nødvendige, der hvor manglen på praktiserende læger er akut. DSAM vurderer, at følgende er vigtigt:

- **At regionsklinikker ikke primært bemannes med læger under uddannelse og at en given regionsklinik ikke bemannes med et større antal uddannelseslæger end speciallæger, på samme måde som gør sig gældende i almindelige klinikker med ydernummer.**
- **At en regionsklinik, for at kunne have en uddannelseslæge, skal have en fast tutorlæge i hele uddannelseslægens ansættelsesperiode, der opfylder krav til tutorlægefunktion.**
- **At en tutorlæge skal have driftsansvar, dvs. være selvstændig erhvervsdrivende praktiserende læge, for at kunne have uddannelseslæger i Intro eller HU-stillinger. For at få godkendt sit uddannelsesforløb skal uddannelseslægen nemlig have træning og undervisning i forskellige kompetencer vedr. driftsansvar, og kompetencerne skal godkendes af tutorlægen.**
- **At en region inden oprettelse af en regionsklinik grundigt afsøger alle muligheder for at afsætte ydernummeret til en alment praktiserende læge, som beskrevet i overenskomsten for almenpraksis, herunder muligheden for etablering af licensklinikker.**
- **At en region inden for rimelig tid vil skulle overdrage ydernummeret, hvis en praktiserende læge tilbyder at overtage ydernummeret og drive klinikken inden for overenskomstens rammer.**
- **DSAM anbefaler endvidere, at bestemmelsen om smidig etablering af Regionsklinikker i lyset af sundhedsreformens ambition om 5.000 praktiserende læger etableres med en 'solnedgangs-klausul' på 10 år, idet ordningen netop er tiltænkt at løse et akut problem.**

Med udkast til lovforslag foreslås, at en region i perioden den 1. juli 2023 til og med 10 år frem til 30. juni 2033 kan indgå aftaler med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel om et

² <https://ugeskriftet.dk/nyhed/laeger-og-tandlaeger-i-brev-til-sundhedsministeren-evaluering-af-strammerpakken-kalder-pa>

særligt vederlag i en tidsbegrænset periode. Dette særlige vederlag vil ligge ud over honorarer, der fremgår af overenskomst for almen praksis. Ved områder med lægemangel forstås geografiske områder, som vil kunne være kendetegnet ved bl.a. få praksishandler, høj andel af ældre læger, høj andel af patienter i regions- eller udbudsklinikker, tyngde af patienter med lav socioøkonomi i et bestemt geografisk område mv. På længere sigt vurderes problemerne med lægedækning i almen praksis primært at være en fordelingsproblematik, hvorfor denne bestemmelse indeholder en 'solnedgangs-klausul' på 10 år.

- **DSAM tilslutter sig bestemmelsens mulighed for, at en region via økonomiske incitamerter kan indgå aftaler, som kan sikre flere praktiserende læger i områder med lægemangel.**
- **DSAM støtter en 'solnedgangs-klausul' på 10 år vedrørende nævnte økonomiske incitamerter.**

Men lovudkastet bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen i almen medicin. Lovudkastet nævner, at kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen eksempelvis kan være lægedækning, patientsikkerhed, uddannelseskapacitet, driftshensyn, uddannelseskvalitet med videre samt hensyn til den politiske intention i aftale om sundhedsreformen.

Forslaget vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren kan påvirke fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen inden for hver af videreuddannelsesregionerne. Dermed vil indenrigs- og sundhedsministeren få mulighed for at påvirke fordelingen af lægelige ressourcer i sundhedsvæsenet.

- **DSAM vurderer, at det primære problem er en grundlæggende mangel på praktiserende læger, og at løsningen snarest er at oprette flere attraktive uddannelsesforløb.**
- **DSAM vurderer, at det i lovudkastet bør specificeres, at det primære kriterie ved fordeling af uddannelsesforløb er at sikre gode uddannelsesstillinger med tid og ressourcer til supervision af den enkelte læge og at andre kriterier er sekundære.**
- **DSAM vurderer, at central tildeling af uddannelsesforløb, som i udgangspunktet kan se såre fornuftige ud, i realiteten kan ende med at forstærke de problemer, som søges løst. Ved at lade centrale hensyn diktere fordeling af uddannelsesforløb risikerer man nemlig at lave en række ikke-eftertragtede uddannelsesstillinger, som ikke vil blive besat. Dette bør undgås.**

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
 Formand for DSAM



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Fremsendt pr. e-mail til sum@sum.dk og sse@sum.dk

21. februar 2023

Høringssvar fra Dansk Selskab for Folkesundhed vedr.:

Lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) takker mange gange for at få mulighed for at kommentere på dette lovforslag.

Lovforslaget skal være med til at skabe bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed og geografi, nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet samt understøtte bedre lægedækning. Dette skal bla. ske ved:

Indførelse af bemyndigelse hjemmel for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger til kommunale sundhedsydelser samt regionernes rådgivningsforpligtelse (Den nationale kvalitetsplan).

Det er denne del af lovforslaget – og afledte konsekvenser heraf - DSFF er særligt opmærksom på.

DSFF bakker op om, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætter forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger til kommunerne under §118 men anbefaler, at beføjelsen udvides til også at gælde §119. Ved at udvide beføjelserne til også at gælde §119 vil man opnå følgende:

- Øget kvalitet i de kommunale forebyggelsestilbud – både til borgere og patienter
- Sikre et mere ensartet tilbud til borgerne uafhængig af hvilke kommune de bor i, hvilket vil bidrage til øget lighed i sundhed
- Undgå at kommunerne ansføres til at flytter resurser fra det borgerrettede område til at løse opgaver på det patientrettede område.

Disse anbefalinger begrundes i det følgende.

Det fremgår også af pkt. 2.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser, at:

Partierne bag aftale om sundhedsreformen er enige om, at der med kvalitetsplanen i første omgang iværksættes kvalitetsstandarder, der skal sikre en kvalitetsudvikling af hhv. de kommunale akutfunktioner som en del af hjemmesygeplejen samt de patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme, som reguleres i hhv. §§ 138 og 119 i sundhedsloven. (DSFF understregning).

DSFF tolker således, at hensigten med lovforslaget også er styrke kvaliteten af den patientrettede forebyggelse beskrevet i §119. DSFF ser et stort potentiale i at styrke den patientrettede forebyggelse og styrke sammenhængen mellem det regionale ansvar for forebyggelse og det kommunale gennem kvalitetsstandarder, kvalitetskrav og -anbefalinger. Det fremgår dog ikke af de foreslåede justeringer til §119.





Tydeligere krav til kommuner om indsats og kvalitet i opgaveløsningen under §118 uden samtidig at tydeliggøre krav om indsats og kvalitet i opgaveløsningen under §119 risikerer at have den afledte konsekvens, at opgaver under §119 vil blive prioriteret lavere kommunerne.

DSFF bemærker desuden den foreslåede tilføjelse til §119:

... et nyt stk. 3, der tydeliggør kommunernes forpligtelse til at tilbyde borgerne patientrettede forebyggelsestilbud målrettet dels borgere i risiko for at udvikle sygdomme og dels patienter, herunder patienter med f.eks. kroniske lidelser.

Justeringen skaber bekymring for at den patientrettede forebyggelse i kommunerne vil blive prioriteret højere end den borgerrettede forebyggelse. DSFF's vurdering er, at det allerede sker i flere kommuner i dag, da effekten af patientrettet forebyggelse ofte ses hurtigere og mere direkte end effekten af den borgerrettede og primære forebyggelse, hvor resultatet i mange tilfælde først ses efter mange år. Fx vil en succesfuld indsats for at forebygge at ørn og unge begynder at ryge først ses efter 50-60 år, når incidensen af fx lungecancer og KOL falder. DSFF frygter, at den foreslåede justering vil skubbe yderligere til den udvikling.

Det fremgår videre af pkt. 2.2.2., Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser, at:

....§ 119, stk. 2, har ... siden dens indførelse i sundhedsloven i 2005 været hensigten med bestemmelsen, at den skulle rumme både den forebyggende og sundhedsfremmende indsats for både borgere og patienter. Dette er allerede udmøntet i praksis, da kommunerne allerede har patientrettede forebyggelsestilbud til f.eks. patienter med visse kroniske sygdomme.

DSFF skal i denne sammenhæng bemærke at der er meget stor variation i kommunernes tilbud – både inden for patientrettet og borgerrettet forebyggelse.

Den borgerrettede forebyggelse er ikke nævnt i lovforslaget og overvejelser vedr. lovforslagets konsekvenserne for den borgerrettede forebyggelse er fraværende i Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser.

DSFF skal derfor gøre opmærksom på, at den borgerrettede forebyggelse under §119 har allerede nu trænge vilkår i kommunerne. DSFF anerkender Sundhedsstyrelsens store rådgivningsindsats på området og bakker op om anbefalingerne til kommunerne, som bla. er beskrevet i Forebyggelsespakkerne. Men det er kun anbefalinger og opgaveløsningen varierer meget mellem kommuner og bidrager ikke til at skabe lighed i sundhed.

Et eksempel på et område, som kan løftes markant, hvis Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætter forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger til kommunerne, er tobaksforebyggelse generelt og rygestop/nikotinstop specifikt. Borgere i nogle kommuner har kun adgang til telefonisk rådgivning, hvis de ønsker at stoppe, mens borgere i andre kommuner har adgang til kurser i naturen, kurser om aftenen, kurser om dagen, kurser på arbejdspladsen, Kurser i naturen, kurser med yoga, individuelle samtaler, online kurser, telefoniske forløb og – ikke mindst – mulighed for at få tilskud til rygestopmedicin. Det er blot ét eksempel på den ulighed i adgang til forebyggelse danskerne oplever som følge af, at der ikke stilles krav til opgaveløsningen inden for §119.





DSFF er enig i, at den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, med indførelsen af konkrete kvalitetskrav- og anbefalinger, kan bidrage til en styret og systematisk indsats – dette forankret i kvalitetsstandarder. På samme vis vil det styrke forebyggelsesområdet, hvis §119 blev omfattet. En intensiveret og mere ensartet borgerrettet forebyggelsesindsats i kommunerne vil også kunne bidrage til at løse nogle af kapacitetsudfordringerne som sundhedsvæsenet står overfor i dag, på sigt. En mere aktiv befolkning med et mindre alkohol- og tobaksforbrug vil reducere sygdomsbyrden markant og dermed reducere presset på sundhedsvæsenet.

Afslutningsvis skal DSFF bemærke, at der afsættes midler til den statslige administration i forbindelse med udvikling og implementering af kvalitetsplanen, mens det ikke vurderes, at indførelse af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen ikke vurderes ikke at medføre varige økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner. Der åbnes dog for, at der kan være:

... økonomiske og administrative konsekvenser for regioner og kommuner forbundet med at udmønte bemyndigelserne. Omfanget af disse økonomiske konsekvenser vil afhænge af den konkrete situation, hvor hjemlerne udmøntes, og dette vil blive drøftet og evt. aftalt med kommuner og regioner.

DSFF anbefaler, at der afsættes midler til den kommunale implementering. Dette vil særligt være vigtigt for at afbøde de afledte konsekvenser for kommunernes arbejde under Sundhedslovens §119, hvis ikke kvalitetsplanen udvides til også at omfatte Sundhedslovens §119.

Venlig hilsen

Helle Terkildsen Maindal
Forperson DSFF

Nina Krogh Larsen
Bestyrelsessuppleant DSFF



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Dansk
Sygeplejeråd



Den 21. februar 2023

Høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringsvar over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Generelle bemærkninger

Dansk Sygeplejeråd støtter op om en kvalitetsplan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med tilhørende kvalitetskrav og -anbefalinger. Ligeledes støtter vi op om, at der lægges op til at styrke almen praksis' rolle. Det er godt, at det gøres lettere at etablere regionsklinikker, da det vil sikre behovene for lægehjælp for borgere i områder, hvor der ikke kan afsættes ydernumre.

Dansk Sygeplejeråd mener, at det er vigtigt, at der sikres en sammenhæng med de kvalitetsplaner, der er i det regionale sundhedsvæsen. Det skal være med til at løfte, sikre og udvikle det samlede patientforløb. Det er desuden ikke klart, hvordan kvalitetsplanen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen tænkes sammen med det nationale kvalitetsprogram. Det bør ligeledes sammentænkes.

I det kommende arbejde med en kvalitetsplan er det vigtigt, at de involverede parter inddrages. For Dansk Sygeplejeråd vil det bl.a. være vigtigt, at der er fokus på hvilke faglige kompetencer, der er brug for i det nære sundhedsvæsen, hvilken normering der kræves, at kvalitetsstandarderne ikke må være med til at øge unødvendigt bureaukrati, og at det faglige skøn fortsat er vigtigt.

Tekstnære bemærkninger

Udkastet til lovforslaget indeholder et nyt stk. 3 i § 119, som ifølge bemærkningerne på side 42 skal tydeliggøre kommunalbestyrelsens forpligtelse til at tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til borgere og patienter. DSR vil foreslå, at der indsættes et tilsvarende eksplicit krav i forhold til de forebyggende sundhedsydelse til

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

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

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

børn og unge - Kapitel 36, §120 i Sundhedsloven. Baggrunden er, at flere kommuner har skåret ned på antal hjemmebesøg, som sundhedsplejerskerne tilbyder de nyfødte og deres familier i hjemmet, ligesom tiden til sundhedsfremme målrettet børnene i grundskolen er reduceret. Ulighed i sundhed starter tidligt i livet. Derfor er det vigtigt, at familier, børn og unge ikke oplever, at der er stor forskel i kommunernes forebyggende sundhedsydelse.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der tilføjes et nyt stk. i §120, Stk.3:

- "at kommunalbestyrelsen tilbyder forebyggende sundhedsydelser for børn og unge, der som minimum følger de nationale retningslinjer i 'Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge' fra Sundhedsstyrelsen."

Med venlig hilsen



Grete Christensen
Formand

København den 15. februar 2023

Høringssvar fra DASYS vedr. udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning).

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer og har modtaget svar fra DASYS' uddannelsesråd.

Generelt

DASYS bifalder fokus på styrkelsen af de kommunale akutfunktioner, for derved at øge kvaliteten og mulighederne for borgere i det nære sundhedsvæsen i takt med at opgavevaretagelsen øges tættere på patientens hjem. Dette vil være elementer i at udmønte sundhedsreformen, og det vil øge sammenhæng og samarbejde på tværs.

Specifikke kommentarer og rettelser

DASYS støtter betegnelsen KOMMUNAL SYGEPLEJE i stedet for hjemmesygepleje. Det er vigtigt at fastholde betegnelse "sygeplejerske" eller "kommunal sygeplejerske". Begrundelsen er, at sygepleje kan udføres af flere fag- og professioner, og i den aktuelle udvikling med langt flere opgaver, flere patientforløb med højere kompleksitet i den kommunale del af sundhedsvæsenet, er det afgørende, at der er tydelighed i loven i ansvar for sygeplejefaglige indsatser.

DASYS støtter forpligtende krav og kvalitetsstandarder i kommunale sundhedstilbud, da disse krav og standarder er fremadrettede. Her og nu skal der indskrives krav om at følge faglige retningslinjer, referenceprogrammer, forløbsprogrammer, som gælder i regionalt regi. Der skal samtidig følges og indberettes data til kliniske databaser, som både angiver og sikrer kvaliteten for et givent sygdoms- og/eller patientområde fx hoftebrud. Dette skyldes, at det er ét samlet sundhedsvæsen, der skal garantere kvalitet og patientsikkerhed. Borger og patient skal være tryk uanset i hvilken del af sundhedsvæsenet, deres behandling, behov og problemer varetages.

Der bør indskrives krav om sygeplejefaglig ledelse (kommunal sygeplejerske) af somatiske og psykiatriske behandlingsforløb, med behandlingsansvar på sygehuset, samt sygeplejefaglig ledelse af forløb for langvarigt kronisk syge, multisyge og svækkede ældre under 'den ældre medicinske patient' gruppen, med behandlingsansvar hos egen læge/specialafdelinger på sygehus. Årsagen er at patienter skal være omgivet af relevant faglighed på samme professionelle niveau, uanset hvor i sundhedsvæsenet de får tilgodeset behov for behandling, sygepleje, forebyggelse, træning og pleje.

Fleere steder i teksten står der 'udenfor sygehus'. Denne passus bør slettes og erstattes med fx 'Med det nære sundhedsvæsen forstås en samlet betegnelse for sundhedstilbud, der varetages (SLET: uden for sygehus) i eller tæt på borgerens eget hjem INDSÆT: I SAMORDNING MELLEM kommuner almen praksis..... Dette fordi det nære sundhedsvæsen har et ønske om – i tæt kobling mellem sygehus-kommune-praktiserende læge – at give sundhedsvæsenet i DK en fleksibilitet og sammenhæng i varetagelse af patientbehandling, forebyggelse, sygepleje, træning, pleje. 'Uden for sygehus' kan indikere, at der gælder andre regler for kvalitet og patientsikkerhed i det kommunale sundhedsvæsen, hvilket der ikke gør. Det kan give anledning til misforståelse af, at indsatser under sundhedsloven kan varetages efter tilfældig kommunal rammesætning og ikke ensartet for hele landet og under Sundhedsstyrelsens rammesætning.

Opsamling

DASYS takker for muligheden for at afgive høringssvar, og skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Pernille Olsbro
Bestyrelsesmedlem

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

14/02/23

Hørings svar vedr. udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Danske Bioanalytikere takker for muligheden for at kommentere udkast til lovforslaget. Vi forholder os udelukkende til den del af lovforslaget, som vedrører rammerne for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen ved indførelse af bemyndigelses-hjemmel for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger til kommunale sundhedsydelser samt regionernes rådgivningsforpligtelse.

Hovedbudskaber

- Danske Bioanalytikere er positive overfor forslaget om at indenrigs- og sundhedsministeriet kan fastsætte forpligtende kvalitetskrav til kommunale sundhedsydelser.
- Der er i dag stor geografisk variation i, hvordan kommunerne kvalitetssikrer laboratorieprøver foretaget i kommunerne. Over halvdelen af landets kommuner har ikke indgået en aftale om kvalitetssikring på trods af at det er anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen. Det resulterer i at der på tværs af Danmark er uensartet kvalitet i prøvetagning og analysesvar, hvilket øger risikoen for fejlbehandling. Danske Bioanalytikere ser derfor behov for, at det bliver muligt at fastsætte forpligtende kvalitetskrav til kommunale sundhedsydelser.

Danske Bioanalytikere bakker op om lovforslaget om at indenrigs- og sundhedsministeriet kan fastsætte forpligtende kvalitetskrav til kommunale sundhedsydelser samt regionernes rådgivningsforpligtelse.

I dag eksisterer der en stor variation i kvalitetssikringsordningerne af diagnostikken i de kommunale akutfunktioner. Det er dokumenteret i en rapport af MedCom fra 2021¹, at der blandt de adspurgt 79 kommuner kun var 30 %, der havde indgået en aftale om en kvalitetssikringsordning på trods af at det er anbefalet fra Sundhedsstyrelsen. Det vidner om, at der er behov for at sikre kvaliteten af laboratorieprøver foretaget i kommunerne ved forpligtende kvalitetskrav, sådan at der kommer ensartet kvalitet på tværs af landet og på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Sekretariatet
Peter Bangs Vej 7A, 3 etage
2000 Frederiksberg
Tlf: 4422 3246
dbio@dbio.dk
www.dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159

I almen praksis har der i årevis været kvalitetssikring af laboratorieundersøgelser fra klinisk biokemiske sygehusafdelinger af hensyn til at sikre høj og tidssvarende kvalitetⁱⁱ. En lignende ordning burde gælde i kommunerne.

Vi uddyber gerne vores høringssvar og supplere med viden om eksisterende ordninger inden for kvalitetssikring af diagnostikken i kommuner.

Venlig hilsen

Martina Jürs
Formand, Danske Bioanalytikere

ⁱ https://www.medcom.dk/media/12474/deling-kommunale-proevesvar_styrkelse-naere-sundhedsvaesen_v10.pdf

ⁱⁱ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/konsulentjaelp-til-praksis/laboratoriekonsulentordningen/om-laboratoriekonsulentordningen/>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K



Høringssvar Ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Dato:
14-02-2023

Email:
kt@fysio.dk

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at afgive høringssvar på Indenrigs- og Sundhedsministeriets udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed i høring.

Tlf. direkte:
3135 1838

Vi deler forslaget overordnede ambition om at skabe bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed og geografi, nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet samt at understøtte bedre lægedækning.

Danske Fysioterapeuter ser også helt overordnet positivt på de foreslåede lovændringer og har kommentarer som særligt knytter sig til:

- a. Initiativer til omstilling af sundhedsvæsenet, der sikrer sammenhæng og samarbejde på tværs og understøtning af lægedækning
- b. De styrkede muligheder for at sikre forpligtende kvalitetskrav til de kommunale sundhedsydelser
- c. Præciseringen af kommunernes ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse.

A. Omstilling af det danske sundhedsvæsen og understøtning af lægedækning

Danske Fysioterapeuter deler de bagvedliggende analyser, der peger på behovet for nytænkning og en omstilling af sundhedsvæsenet. Vi bifalder ligeledes ønsket om mere tværfaglighed, sammenhæng og nærhed i sundhedsvæsenet, hvilket blandt andet betyder et øget pres på almen praksis. I forslaget er mange gode initiativer til at sikre den fremtidige lægedækning,

men vi vil stærkt opfordre til, at der fra politiske side ses på mulighederne for at indføre direkte adgang til fysioterapi med sygesikringstilskud. Det vil ikke bare aflaste de almen praktiserende læger med op mod 760.000 konsultationer årligt og dermed sikre en bedre udnyttelse af lægerne knappe tid, til at tilse patienter med mere komplekse problemstillinger end de muskuloskeletale. Det vil også sikre patienterne bedre adgang til tidlige og mere lige adgang til den rette behandling. Det er ikke kun vigtigt at sikre, "at alle har en læge tæt på", som det anføres i indledningen til bemærkningerne, lægen skal også have tid til at se patienten:

Danske Fysioterapeuter foreslår, at der indføres tilskudsberettiget fysioterapi uden lægelig henvisning.

B. Styrkede muligheder for at sikre forpligtende kvalitetskrav til de kommunale sundhedsydelser

Danske Fysioterapeuter finder det positivt, at der med lovforslaget kan skabes hjemmel til at indføre bindende kvalitetskrav til kommunernes sundhedsopgaver. Det er afgørende, at vi får løftet og sikret kvaliteten for ALLE patienter i HELE landet. Og i takt med at stadig flere sundhedsindsatser foretages af eller for kommunerne er det særligt vigtigt, at bemærkningerne til lovforslaget tydeliggør, at der er tale om bindende og konkrete kvalitetskrav til kommunerne. Ligeledes finder vi det positivt, at kvalitetskravene skal sikre en styret og systematisk indsats, samt udvikle kvaliteten i forhold til i dag.

Danske Fysioterapeuter bidrager gerne til arbejdet med at udvikle kvalitetstandarter og kvalitetskrav.

Danske Fysioterapeuter opfordrer desuden kommunerne til at indføre systematisk efter/videreuddannelse for deres sundhedsmedarbejdere, så der sker et kontinuerligt kompetenceløft i alle kommuner.

I bemærkningerne anføres det, at de nye nationale krav og anbefalinger til sundhedsindsatsen fortsat giver mulighed for "lokale tilpasninger i forbindelse med implementeringen, bl.a. i sundhedsklyngerne. Vi vil gerne rejse vores bekymring for, at den snævre faglige "sammensætning" af såvel sundhedsklyngerne som sundhedssamarbejdsudvalg også medfører et snævert blik på udfordringer, løsninger samt implementerings- og sundhedsfaglig sammenhængskraft. Det giver således anledning til følgende opfordring:

Danske Fysioterapeuter opfordrer til, at strukturen og sammensætningen af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg udvides med henblik for at understøtte en mere tværfaglig involvering og sammensætning.

C. Præciseringen af kommunernes ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse

Sidst men ikke mindst finder Danske Fysioterapeuter det særdeles positivt, at kommunernes forpligtelse til at tilbyde patientrettet forebyggelse gælder både borgere i risiko for at udvikle sygdomme og borgere, som allerede er diagnosticeret præciseres med lovforslaget, således som det er beskrevet i bemærkningerne til forslaget. Det er afgørende, at vi sætter mere ind på at styrke de sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser. Ikke bare for at nedbringe antallet hospitalsindlæggelser, presset på sundhedsvæsenet og tilgangen til plejeområdet, men i særlig grad også for patienterne og de pårørendes skyld. Lad os sikre danskernes frihed gennem bevægelse. For hovedparten af kronikerne er det centralt med fokus på kost, superviseret træning og patientuddannelse af høj kvalitet. Vi skal sikre, at patienterne har styrken og redskaberne til at mestre deres sygdom i hverdagen, og at behandlingstilbuddet er der, når der er behov herfor. For patienterne, for sundhedsvæsenet og for samfundsøkonomien.

Danske Fysioterapeuter anbefaler, at man bringer alle aktører i spil med udgangspunkt i den enkelte patient, og hvor organiseringen sker i et tæt samarbejde mellem praksisområderne, kommuner individuelt eller i et koordineret tværkommunalt samarbejde.

Danske Fysioterapeuter bidrager

Danske Fysioterapeuter vil slutteligt gerne gentage vores tilsagn om at bidrage konstruktivt, aktivt og i samarbejde med andre relevante parter i udviklingen af det danske sundhedsvæsen generelt og helt konkret ind i Sundhedsstyrelsens videre arbejde med at udvikle kvalitetskrav til kommunerne. Både i forhold til de kommunale sundhedsydelse og til den patientrettede forebyggelse.

Med venlig hilsen

Jeanette Præstegaard

Formand for Danske Fysioterapeuter

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: sse@sum.dk

Hørings svar vedr. Lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed (Skabe rammerne for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, smidigere regler for etablering og drift af regionsklinikker, mulighed for særligt vederlag til læger i områder med lægemangel, samt regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen)

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til det tilsendte lovforslag. Lovforslaget indeholder flere positive elementer, og vi anser det – sammen med den bagvedliggende sundhedsaftale – som et vigtigt skridt i den rigtige retning mod at skabe rammerne for en kvalitetsudvikling af det nære sundhedsvæsen. Den kommunale del af sundhedsvæsenets samlede indsats har i mange år har været dekoblet fra resten af sundhedsvæsenet, og der i den grad behov for at styrke kvaliteten af de sundhedstilbud, man møder som patient her, uanset om man lever med en kronisk eller langvarig fysisk eller psykisk sygdom. Ligeledes er det positivt, at man med lovforslaget vil give kommunerne øgede muligheder for tværkommunalt samarbejde i den kommunale hjemmesygepleje med henblik på at styrke de kommunale akutfunktioner. Endelig finder vi det positivt, at der er lagt op til at skabe smidigere regler for etablering og drift af regionsklinikker for bl.a. at styrke regionernes mulighed for at rekruttere personale til regionsklinikkerne. I det følgende vil vi kommentere på lovforslagets enkelte dele. Vi henviser i øvrigt til høringssvar fra flere af Danske Patienters medlemsforeninger, herunder Gigtforeningen, Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen og Osteoporoseforeningen, for kommentarer af mere sygdomsspecifik karakter.

Vigtigt med bindende kvalitetskrav til kommunale sundhedstilbud

Der er massive udfordringer mange steder i de kommunale sundhedsindsatser, hvor kvaliteten er alt for svingende og afhængig af, hvilket postnummer, man har bopæl i. Det hænger blandt andet sammen med, at der i dag er meget begrænsede muligheder for at stille forpligtende krav fra nationalt niveau til de sundhedsindsatser, der tilbydes i kommunalt regi. Som et resultat heraf er der stor forskel i arbejdsgange, og det har selvsagt betydning for kvaliteten af den indsats, patienter møder i én kommune kontra en anden. Et eksempel er de kommunale plejecentre, som ofte er hjem for patienter med en høj sygdomsbyrde. 50 % af beboerne i plejebolig er diagnosticeret med én eller flere kroniske sygdomme som diabetes, KOL, astma, osteoporose, gigtt eller hjertesvigt, og der er 2½ gange flere forebyggelige genindlæggelser blandt patienter på plejehjem sammenlignet med tilsvarende patienter, der ikke bor på plejehjem.

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeorganisationer i Danmark. Danske Patienter har 23 medlemsforeninger, der repræsenterer 104 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- og Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, Gigtforeningen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Patientforeningen Fertilitet og Tab, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Polioforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

Dato:
22. februar 2023

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
sr@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/6

Derfor er det særdeles positivt, at man med lovforslagets §118b vil tilvejebringe en juridisk ramme for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen ved at indføre hjemmel til, at ministeren kan udstede bindende kvalitetskrav til opgavevaretagelsen som del af de kommunale sundhedsindsatser. Vi noterer med tilfredshed, at det af bemærkningerne til lovforslaget fremgår, at der er tale om *bindende* og *konkrete* kvalitetskrav til kommunerne, og at kvalitetskravene skal bidrage til en *styret* og *systematisk* indsats. Det er positivt, at kvalitetsplanen skal understøtte en *udvikling* og nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen i sundhedsvæsenet. I forlængelse heraf kvitterer vi for, at det i bemærkningerne præciseres, at kvalitetsstandarderne både kan omfatte eksisterende sundhedsindsatser i det nære sundhedsvæsen, men også indsatser, hvor der kan ske en gradvis omstilling til, at flere opgaver varetages i det nære sundhedsvæsen, tættere på patienten – og at dette både kan være i kommunalt regi, i tværkommunalt regi, i tværfaglige teams eller af patienten selv. Endelig finder vi det positivt, at det med §118b, stk. 2 bliver muligt for ministeren at fastsætte nærmere regler for regionsrådenes rådgivning mv. ift. kommunernes opgaver, og at det i bemærkningerne præciseres, at der kan være tale om rådgivning, sparring og vejledning i relation til en konkret patient eller vedrøre problemstillinger af mere generel karakter.

Mere og bedre patientrettet forebyggelse

Danske Patienter finder det positivt, at det i §119, stk. 3 præciseres, at kommunerne har ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse – også selvom det allerede foregår i praksis i dag. Det er ligeledes vigtigt, at det af bemærkningerne fremgår, at forpligtelsen både gælder borgere i risiko for at udvikle sygdom og patienter, som allerede er diagnosticeret. Vi finder det ligeledes positivt, at lovforslagets bemærkninger understreger, at en styrkelse af den forebyggende indsats i kommunerne er et nødvendigt greb for at nedbringe hospitalsindlæggelser og lette det generelt store pres på sundhedsvæsenet. Mange steder i landet mangler der kommunale sundhedstilbud i dag, herunder patientrettet forebyggelse – og for de patientgrupper, hvor der allerede eksisterer tilbud, er det langt fra alle, der får det tilbudt. De bebudede kvalitetsstandarder er derfor helt nødvendige, da de kan være med til at skubbe på, at alle patienter, der har behovet, sikres patientrettede forebyggelsestilbud af høj faglig kvalitet, uanset hvor i landet de bor.

Veltilrettelagt patientuddannelse, sygdomsmestring og træningstilbud kan være med til at forebygge forværring af en kronisk sygdom og følgesygdomme, og derfor er det ikke uden betydning, hvad de patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne indeholder.

Indholdet skal være baseret på faglig viden

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmoder Sundhedsstyrelsen om at udvikle konkrete kvalitetsstandarder inden for udvalgte områder, men ikke hvordan og på hvilket grundlag områderne udvælges. I den forbindelse bemærker vi, at det er vigtigt, at kvalitetsstandarderne målrettet patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne er baseret på faglig viden og evidens samt eksisterende faglige anbefalinger på området.

I den forbindelse bider vi mærke i, at det af bemærkningerne fremgår, at nye nationale krav og anbefalinger til sundhedsindsatsen fortsat vil give mulighed for lokale tilpasninger i forbindelse med implementeringen, bl.a. i sundhedsklyngerne. Her bemærker vi, at det – for at sikre kvaliteten i tilbuddene – er afgørende, at tilbuddene baseres på samme videnskabelige grundlag i hele landet. Derfor må lokale tilpasninger aldrig ske på bekostning af heraf, og eventuelle lokale tilpasninger i f.eks. sundhedsklyngerne bør derfor altid godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Når det gælder rehabilitering, er det vigtigt, at kravene til rehabiliteringsindsatser tager udgangspunkt i rehabiliteringsbegrebet og tager højde for patientens funktionsevne, livssituation og pårørende, og at indsatserne omfatter psykosociale indsatser og indebærer aktiv koordinering med andre kommunale aktører, herunder beskæftigelsesindsatsen og socialområdet. Mindstekrav omfatter også behovet for at foretage differentieringer i forhold til individuelle behov og ressourcer.

Patientrettet forebyggelse skal indeholde sygdomsspecifikke elementer

En del af den faglige viden, der er om patientrettet forebyggelse i dag – herunder patientuddannelse og sygdomsmestring – er, at det er vigtigt at sikre sygdomsspecifikke elementer i tilbuddet til den enkelte patient. Det gælder på tværs af fysiske og psykiske sygdomme, og det er beskrevet i flere faglige vejledninger på området i dag. Den forebyggende effekt af tilbuddet afhænger af, at tilbuddet formår at støtte patienten til bedre sygdomsmestring og til at tilpasse livsstil på en måde, der forebygger eller udskyder forværring og følgesygdomme. Derfor er det afgørende, at der i kvalitetsstandarderne for patientrettede forebyggelsestilbud stilles krav om, at der skal indgå diagnosespecifikke elementer målrettet den enkeltes diagnose eller diagnoser.

Det betyder dog ikke nødvendigvis, at hele tilbuddet om patientrettet forebyggelse inden for et givent sygdomsområde skal være diagnosespecifikt. Dele af tilbuddet kan afvikles som forebyggende tilbud af mere generisk karakter på tværs af diagnoser.

Opmærksomhed på organisatoriske forhold

For at kunne sikre kvalitetsudvikling af de patientrettede forebyggelsestilbud kan det være nødvendigt at stille krav til organisatoriske forhold som mindstevolumen af patienter i målgruppen for et givent tilbud. Ellers kan det være en udfordring at sikre de nødvendige kompetencer og ressourcer til at udbyde tilbud af høj nok kvalitet. Inden for nogle sygdomsområder vil det ikke være et problem at sikre dette i dag, mens det inden for områder med et mindre patientgrundlag, f.eks. sjældne sygdomme, kan være en udfordring.

Derfor bliver tværkommunalt samarbejde helt centralt, når det kommer til patientrettede forebyggelsestilbud, da det kan være en måde at øge patientgrundlaget på og sikre de rette specialiserede kompetencer, så både store og små kommuner kan udbyde tilbud af høj faglig kvalitet, også på de sygdomsspecifikke elementer. Af den grund bør kvalitetskravene lægge op til tværkommunalt samarbejde, f.eks. i regi af sundhedsklyngerne, om at udbyde fælles patientrettet forebyggelse.

Vigtigt at sikre forpligtende kvalitetskrav – ikke kun anbefalinger

Som nævnt er det positivt, at der i §118b ordret står "kvalitetskrav", men læser man i lovforslagets bemærkninger står der flere steder, at kvalitetsstandarderne skal bestå af "kvalitetskrav og -anbefalinger". Vi bemærker, at det er vigtigt over de kommende år at have fokus på rent faktisk at sikre, at kvalitetsstandarderne i det store og hele bliver forpligtende, så de ikke kun bliver på anbefalingsniveau.

Side 4/6

Monitorering og opfølgning er afgørende

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at kvalitetsstandarderne f.eks. kan vedrøre krav og -anbefalinger til målgruppe, indsats og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og uddannelse, udstyr, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning mv., kvalitetssikring og registrering/monitorering. Det er en vigtig bemærkning, for efter implementering af en given kvalitetsstandard er det helt afgørende, at udviklingen på området monitoreres, og at der følges op med forbedringsindsatser kontinuerligt, så personalet i kommunerne understøttes i at levere en indsats af høj faglig kvalitet. Uden dette kan der ikke foregå en egentlig kvalitetsudvikling. Derfor bør der i kvalitetsstandarderne som udgangspunkt stilles krav til systematisk dataopfølgning, herunder via PRO-data.

Opmærksomhedspunkter i forhold til finansiering

Ingen kvalitetsstandarder uden finansiering

Hvis kvalitetsstandarderne som led i den nationale kvalitetsplan skal batte, er det afgørende, at der følger penge med til at implementere dem. Der er afsat godt 100 mio. kr. årligt til at indføre kvalitetsstandarderne, men fordelt på alle landets kommuner er det langtfra nok til at sikre et reelt løft af kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats. Derfor er det helt afgørende, at kvalitetsplanen og antallet af kvalitetsstandarder udbygges i kommende økonomiaftaler og finanslove, så den nødvendige finansiering til kvalitetsudviklingen i det nære sundhedsvæsen findes løbende. En styrkelse af de kommunale sundhedsindsatser, herunder den patientrettede forebyggelse, er en investering for både den enkelte patient, for sundhedsvæsenet som helhed og for samfundsøkonomien. Dog er det en udfordring, at det er kommunen, der i de fleste tilfælde vil stå for hele omkostningen til patientforløbet, men ofte kun oplever en mindre del af gevinsten, der til gengæld i højere grad tilfalder region og stat. Derfor er det nødvendigt at sikre statslig finansiering af kvalitetsstandarderne, hvis tilbud om f.eks. patientrettet forebyggelse skal sikres i hele landet.

Udfordringerne med barrierer for samdrift er ikke løst

Af lovforslagets bemærkninger fremgår det, at den nationale kvalitetsplan skal forstås som drivkraft for en strukturel ændring af sundhedsvæsenet, men fortsat med tæt sammenhæng i indsatsen på tværs af både kommunal-, praksis og sygehussektor. Det bemærkes også, at myndighedsansvaret vedr. konkrete sundhedsopgaver fortsat vil være placeret i hhv. regioner og kommuner. Udfordringerne med barrierer for samdrift, som er medvirkende til, at der i mange patientforløb i dag ikke er sammenhæng i indsatsen, vil således ikke blive løst af indeværende lovforslag eller af den nationale kvalitetsplan i sin helhed.

Som det er i dag, er der nemlig en række centrale udfordringer, som kan spores tilbage til, at regioner og kommuner arbejder inden for hver deres økonomiske ramme, hvor man har en tendens til at fokusere på, hvad der kan betale sig for det enkelte hospital eller den enkelte kommune. Det medvirker til, at tilrettelæggelsen af behandling på tværs af sektorer ofte ikke tager højde for, hvad der vil være bedst for den enkeltes forløb, ligesom det medfører dårlig koordination på tværs af sundhedsvæsenet. Samlet set går det ud over patienterne, som kan opleve over-, under- eller fejlbehandling, øget ventetid eller have svært ved at få de hjælpemidler, de har brug for.

Side 5/6

Der er allerede gennemført en afdækning af de lovmæssige barrierer for fælles finansiering og ledelse i regi af Sundhedsministeriet, og i den faglige ramme for etablering af nærhospitaller fremhæver Sundhedsstyrelsen barriererne som en central udfordring ift. at sikre sammenhæng på tværs. Ganske vist findes der i dag en række muligheder for, at regioner og kommuner kan samarbejde i forhold til organisering og opgavevaretagelse, men hvis det reelt skal blive muligt at etablere samlede løsninger med fælles finansiering og ledelse, skal der ske ændringer i sundhedsloven. De første skridt mod at skabe bedre muligheder for fælles finansiering og ledelse er således taget, og grundlaget for at arbejde videre med barriererne i lovgivningen ligger klar. Vi kvitterer i den forbindelse for, at det af bemærkningerne til lovforslaget fremgår, at regeringen vil se positivt på, hvis der opstår behov for yderligere tilpasninger af den nationale kvalitetsplan i takt med omstillingsprocessen, herunder lovgivningsmæssige tilpasninger. For det bliver der behov for.

Bedre muligheder for tværkommunalt samarbejde

I Danske Patienter ser vi positivt på, at man med §138, stk. 2 vil give kommunalbestyrelser mulighed for at delegerer ansvaret for tildeling af sygepleje til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i et givent tværkommunalt samarbejde. Bestemmelsen kan være med til at øge det tværkommunale samarbejde i den kommunale sygepleje, og det kan bidrage til at løfte fagligheden, når man puljer kompetencer på tværs af kommuner. Som tidligere bemærket er tværkommunalt samarbejde et centralt greb til at sikre bedre forudsætninger for kvalitetsudvikling, hvorfor mulighederne herfor bør udvides løbende som led i implementeringen af de nationale kvalitetsstandarder.

Positivt med smidigere rammer for at etablere regionsklinikker

Med lovforslagets nye §227, stk. 5 vil man skabe smidigere rammer for, at regionsrådet kan etablere og drive en regionsklinik, der leverer almenmedicinske ydelser. Det indebærer, at den nuværende tidsbegrænsning for regionsklinikkerne på seks år bortfalder. I Danske Patienter ser vi positivt på den nye bestemmelse og i analysen af, at det kan være med til at styrke regionernes mulighed for at rekruttere personale til regionsklinikkerne og sikre kontinuitet i de almenmedicinske tilbud i lægedækningstruede områder. I arbejdet med at sikre, at alle i fremtiden kan få en fast praktiserende læge, bør man nemlig kigge mod alternative drifts- og organiseringsformer, som på fast basis kan supplere den praksissektor, vi kender i dag – og som kan tiltrække de almenmedicinere, der ikke har lyst til at være selvstændigt erhvervsdrivende.

Afsluttende bemærker vi, at lovforslaget kun er et første skridt på vejen mod at skabe rammerne for den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og selvsagt ikke kan stå alene. Vi ser frem til at modtage den bebudede bekendtgørelse om det overordnede indhold i kvalitetsplanen.

Side 6/6

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

DANSKE
REGIONER



22-02-2023

EMN-2023-00188

1606656

Kristine Skovgaard Bossen

Helle Fich Pedersen

Jacob Schelde Holde

Anna Marie Rønne Ørtved

Jane Holm

Høringssvar vedr. forslag om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Danske Regioner modtog den 24. januar 2023 ”Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed” i høring. Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar, som afgives på vegne af regionerne. Høringssvaret afgives med forbehold for drøftelse i Danske Regioners bestyrelse på møde den 2. marts 2023.

Lovforslaget er en udmøntning af dele af den brede politiske aftale om en sundhedsreform fra maj 2022. Danske Regioner bakker op om sundhedsreformens overordnede visioner om en omstilling til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen. En omstilling som allerede er i gang i alle dele af sundhedsvæsenet – ikke mindst i de nye sundhedsklynger.

Lovforslaget indeholder ændringer i forhold til en række forskellige emner. Nedenfor følger Danske Regioners overordnede bemærkninger til lovforslagets enkelte afsnit.

Kvalitetsplanen, herunder fælles visitation til kommunal hjemmesygepleje og akutfunktion (afsnit 2.1-2.3)

Danske Regioner bakker op om de foreslåede lovændringer. Indførelsen af en kvalitetsplan er helt central for den ønskede omstilling, som skal sikre en høj og ensartet kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Planen bliver bl.a. afgørende for, at sundhedsklyngerne kan lykkes med deres opgave om at skabe bedre forløb for de fælles patienter på tværs af sektorer.

For at indfri sundhedsreformens ambitioner om en bedre og mere sammenhængende indsats for bl.a. ældre medicinske patienter og mennesker med psykiske lidelser foreslår Danske Regioner, at Sundhedsstyrelsens beføjelser i forhold til en kvalitetsplan ikke begrænses til indsatser efter sundhedslovens kapitel IX, som der er lagt op til i lovforslaget. En kvalitetsplan bør omfatte alle

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

de sundheds- og plejeindsatser i det nære sundhedsvæsen, som er vigtige i forhold til at forebygge unødvendige hospitalskontakter og sikre en tidlig indsats i borgerens hjem eller nærmiljø udenfor hospitalet. Det gælder også sundhedstilbud efter serviceloven til bl.a. borgere med psykiske lidelser og svækkede ældre.

Danske Regioner bakker op om, at forslaget skaber bedre rammer for at indgå tværkommunalt samarbejde om den kommunale sygepleje. Det forventes, at det vil bidrage til at løfte kvaliteten og sikre et ensartet niveau – særligt i de kommuner som har udfordringer med kapacitet og kompetencer i sygeplejen.

Danske Regioner vil opfordre til, at kvalitetsplanen opstiller ensartede krav til kvaliteten, samtidig med at den ikke må stå i vejen for den udvikling og tilpasning, som løbende sker i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet står i en situation med flere ældre, flere med kroniske sygdomme og flere med psykiske lidelser. Samtidig er der begrænsede personaleressourcer, hvilket i stigende grad presser sundhedsvæsenet. Det er derfor nødvendigt, at personalets kompetencer anvendes klogt og effektivt i forhold til den samlede opgaveløsning. Hensynet til effektiv ressourceudnyttelse på tværs af sektorer er derfor et vigtigt element i arbejdet med en kvalitetsplan, hvilket bør fremgå af lovforslaget.

Praksisplan for almen praksis (afsnit 2.4)

Danske Regioner har ingen bemærkninger til denne del af lovforslaget, da der alene er tale om en lovteknisk ændring.

I flere regioner er der etableret almenmedicinske tilbud, som ikke er organiseret under PLO – fx regionsklinikker, udbudsklinikker, partnerskabsklinikker mv. Det er vigtigt at være opmærksom på, at de organisatoriske rammer for arbejdet med praksisplaner er så brede, at alle relevante parter, som driver almen medicinske tilbud efter aftale med regionen, inddrages.

Regionsklinikker (afsnit 2.5)

Regionernes mulighed for at etablere regionsklinikker i områder med lægemangel er et vigtigt redskab til at sikre alle borgere et almen medicinsk lægetilbud. Derfor bakker Danske Regioner op om intentionen bag lovforslaget om at gøre det nemmere for regionerne at etablere disse klinikker uden forudgående udbud. Det vil give øget fleksibilitet i forhold til at finde rette løsninger i de situationer, hvor det ikke har været muligt at afsætte et ydernummer til en praktiserende læge.

Men udkastet til lovændringen begrænser samtidig regionernes mulighed for at etablere og drive regionsklinikker i et mere langsigtet perspektiv, da regionsklinikkerne i henhold til lovudkastet skal kunne overdrages inden for rimelig tid, sædvanligvis 12-18 måneder, hvis en læge henvender sig. Danske

Regioner kan ikke bakke op om denne del af lovforslaget, da det hindrer regionernes mulighed for at etablere regionsklinikker med fastansatte læger og en langsigtet investering i lokaler og faciliteter. Lovgivningen bør udformes, så det reelt bliver nemmere at etablere og drive regionsklinikker. Danske Regioner ønsker derfor, at tidsbegrænsningen helt bortfalder. Som det ser ud nu, svækkes regionernes mulighed for at drive et regionalt tilbud med kvalitet og kontinuitet i patientbehandlingen betydeligt, og det vil i værste fald indvirke negativt på rekrutteringen af læger til et område.

Ved den seneste ændring af vilkårene for etablering af regionsklinikker vedtaget i november 2017 blev det muligt at drive regionsklinikker op til 6 år – fremfor de dengang gældende 4 år. Den daværende regerings begrundelse var, at tidshorizonten har betydning for rekruttering af personale til klinikkerne. Danske Regioner vurderer, at dette hensyn fortsat er vigtigt.

Endeligt skal det bemærkes, at overdragelsen af en regionsklinik bør være efter regionalt opslag eller lignende annoncering, således at alle læger har mulighed for at afgive et bud.

Særlig vederlag til praktiserende læger (afsnit 2.6)

Danske Regioner finder det væsentligt, at der er flere redskaber, der kan anvendes for at sikre bedre lægedækning i de lægedækningstruede områder. Derfor bakker Danske Regioner op om, at der kan ydes særligt vederlag til de praktiserende læger i disse områder.

Det fremgår af lovforslaget, at det særlige vederlag vil skulle ydes undtagelsesvist og have en midlertidig karakter. Regionerne er dog generelt bekymrede for, at hjemlen vil foranledige forventninger hos praktiserende læger, som ikke kan honoreres inden for den nuværende økonomi, herunder den økonomi der er allokeret i forbindelse med sundhedsreformen til licensklinikker. Derfor vil Danske Regioner foreslå, at der sammen med lovforslaget kan følge en national pulje, som regioner med lægedækningstruede områder kan søge.

Danske Regioner finder det i øvrigt hensigtsmæssigt, hvis der i lovbemærkningerne gives eksempler på, hvordan hjemlen tænkes anvendt. Det kunne fx være som led i etableringen af licensklinikker, som er en kliniktype, som de politiske parter bag sundhedsreform ønsker fremmet. Tilskuddet kunne i dette eksempel tage form af en lav værdiansættelse set i forhold til udstyr, faciliteter og antallet af personale.

Endelig skal der være en opmærksomhed på, at udmøntning forudsætter en lokal aftale, som indrammer fx vilkår, indhold og sanktioner, hvis aftalen misligholdes.

Fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen (afsnit 2.7)

Danske Regioner ønsker, at danskerne har adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor i landet de bor, og uanset hvad de fejler. Det forudsætter, at der er det nødvendige antal speciallæger i alle specialer i alle dele af landet. Derfor har regionerne bl.a. aftalt fem fælles principper for udmøntningen af Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen, som skal understøtte rekruttering i hele landet gennem regional prioritering og koordinering inden for den enkelte videreuddannelsesregion og på tværs af videreuddannelsesregionerne.

Danske Regioner kan også bakke op om, at der skabes mulighed for at fastsætte nationale kriterier for fordeling af uddannelsesstillinger, som kan medvirke til at styrke rekruttering af speciallæger med rette kompetencer i alle dele af landet. Nationale kriterier vil eventuelt kunne suppleres med særlige regionale strategiske hensyn. Det er vigtigt, at Danske Regioner – som ansvarlige for driften af sundhedsvæsenet – inddrages i udarbejdelsen af oplæg til kriterierne for fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Der gøres derudover opmærksom på, at der er behov for tilstrækkelig tid til implementering af nye kriterier. Ændringer i fordeling af uddannelsesstillinger og dermed opslag af stillinger tager omkring seks måneder, fra behovet for ændring står klart til, at stillingerne kan slås op. Dertil skal lægges tiden, fra stillinger kommer i opslag, til de påbegyndes. Samlet går der dermed ni måneder fra forslag til ændring, til en uddannelsesstilling kan påbegyndes. Derfor opfordrer Danske Regioner til, at der sikres en implementeringsperiode på mindst ni måneder fra nye kriterier træder i kraft og til videreuddannelsesregionerne, i relevant omfang, skal have implementeret ændringerne i forhold til planlagte og påbegyndte uddannelsesforløb.

Danske Regioner håber, at ovenstående bemærkninger vil indgå i Indenrigs- og Sundhedsministeriets videre arbejde og behandling af lovforslaget.

Venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand



Stephanie Lose
Næstformand

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høring vedrørende udkast til lov om ændring af sundhedsloven m.v.

Danske Ældreråd kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (skabe rammerne for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen m.v.).

Et sammenhængende sundhedsvæsen er for stadig flere ældre en forudsætning for at leve et godt og værdigt liv som ældre. Derfor imødeser Danske Ældreråd med store forventninger en national kvalitetsplan, som er en afgørende brik i at skabe en mere ensartet og høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen og mindske ulighed i sundhed.

En tydelig kvalitetsplan skal styrke de nære sundhedsindsatser

Vi finder det i Danske Ældreråd nødvendigt, at kvalitetsplanen indeholder meget tydelige og forpligtende krav til kommunernes opgaveløsning, hvis den skal bidrage til at styrke de nære sundhedsindsatser. Derfor er vi glade for at se, at kvalitetsstandarderne vil kunne adressere ikke bare konkrete indsatser, men også målgruppe, kompetencer, tilrettelæggelse, udstyr mv. Vi opfordrer til, at ministeriet i udmøntningen af bemyndigelsesbestemmelsen er såvel ambitiøse som realistiske i de formulerede krav til kommunerne.

Vi savner en tydelig beskrivelse af, hvordan der følges op på kvalitetsplanen og af hvem. Herunder at det tydeliggøres, hvilke implikationer det kan få, hvis en kommune i en kortere eller længere periode ikke lever op til kvalitetsplanen, samt hvorvidt og hvordan der sker en løbende vurdering af, om kommunerne lever op til kvalitetsplanen.

Bedre rammer for samarbejde på tværs

Danske Ældreråd finder det meget positivt, at lovforslaget skaber mulighed for, at kommunerne kan delegerede myndighedsansvar på tværs af kommunegrænser og til sundhedsklyngerne. Vi vurderer, at dette er en vigtig løftestang for at indfri sundhedsklyngernes potentiale.

Almen praksis styrkes til gavn for patienterne

Vi er i Danske Ældreråd glade for, at der sættes ind med en styrkelse af almen praksis med fokus på lægedækningstruede områder. Det vil yderligere bidrage til mindske geografisk ulighed i sundhed. I den sammenhæng ønsker vi at understrege, at flere

praktiserende læger skal være med til at løfte opgaverne i det nære sundhedsvæsen i samspil med kommunerne, og at snitfladerne mellem almen praksis og den kommunale sygepleje således bør være tydeligt beskrevet i kvalitetsplanerne.

Midlertidige pladser skal defineres af hensyn til patientsikkerheden

Den sygepleje, der leveres i kommunen, er en krumtap i det danske sundhedsvæsen, og derfor er det glædeligt, at lovforslaget lægger op til en tiltrængt sproglig præcisering og opdatering, der ændrer betegnelsen hjemmesygepleje til kommunal sygepleje.

I samme ombæring må vi gøre opmærksom på, at der i bemærkningerne til lovforslaget refereres til "midlertidige pladser" i kommunerne, men der mangler en præcisering af, hvad midlertidig plads vil sige, hvilke rettigheder patienter har, samt hvilke krav der stilles til kommunale midlertidige pladser. Der findes i dag ingen krav til det flertal af de midlertidige pladser, der er oprettet efter servicelovens § 84, hvilket er et stort problem bl.a. på grund af de udfordringer, det skaber for patientsikkerheden.

Det er vores ønske og forventning, at dette vil blive adresseret af strukturkommissionen, og at der vil blive taget højde for dette i kvalitetsplanen for de kommunale akutfunktioner.

Inger Møller Nielsen

Formand

Trine Toftgaard Lund

Direktør

21. februar 2023

diabetes
foreningen



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Høringsvar ang. udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte d. 24. januar 2023 udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed i høring. Diabetesforeningen takker for muligheden for at afgive høringsvar.

Diabetesforeningen finder det overordnet positivt, at det nu i sundhedsloven præciseres, at kommunerne har ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse. Vi finder det ligeledes positivt, at lovforslagets bemærkninger understreger, at en styrkelse af den forebyggende indsats i kommunerne er et nødvendigt greb for at nedbringe hospitalsindlæggelser og lette det generelt store pres på sundhedsvæsenet.

Bindende kvalitetskrav skal sikre udvikling af højere kvalitet samt en styret og systematisk indsats

Vi finder det positivt, at der med lovforslagets §118b skabes hjemmel til at indføre bindende kvalitetskrav til kommunernes sundhedsopgaver. Her finder vi det særligt vigtigt, at bemærkningerne til lovforslaget tydeliggør, at der er tale om *bindende* og *konkrete* kvalitetskrav til kommunerne. Ligeledes er det positivt, at kvalitetskravene skal sigte på at sikre en *styret* og *systematisk indsats*, samt en *udvikling* af kvaliteten i forhold til i dag. Det er desuden vigtigt, at kommunernes forpligtelse til at tilbyde patientrettet forebyggelse gælder både *borgere i risiko for at udvikle sygdomme* og *borgere*, som allerede er diagnosticeret, som det præciseres i bemærkningerne.

Kvalitetskrav haster - som bidrag til at lette presset på sundhedsvæsenet

Lovforslagets bemærkninger indeholder en række formuleringer, som peger på, at udviklingen af kvalitetskrav til kommunerne må forventes at blive en langstrakt proces, hvor krav udvikles gradvist over en årrække. Diabetesforeningen kan naturligvis bakke op om, at nationale kvalitetskrav kan udvikles og forbedres i takt med ny viden og udviklingen i sundhedsvæsenet i øvrigt. Samtidig vil vi dog understrege behovet for at holde

□ Stationsparken 24, st. tv.
2600 Glostrup

Telefon 66 12 90 06

□ Fax 65 91 49 08
info@diabetes.dk
www.diabetes.dk

CVR-nr. DK-35 23 15 28



fast i ambitionsniveauet fra sundhedsaftalen om relativt hurtigt at få hævet kvaliteten i den patientrettede forebyggelse og nedbringe behovet for hospitalsbesøg. Hvis vi skal løse krisen i sundhedsvæsenet, er det tvungende nødvendigt at styrke indsatsen i det nære sundhedsvæsen hurtigt.

Diagnosespecifikke elementer er afgørende for den forebyggende effekt af patientrettet forebyggelse

Vi ved, at god patientuddannelse og sygdomsmestring forebygger forværing og følgesygdomme til kronisk sygdom. Derfor er det langt fra ligegyldigt, hvad indholdet i kommunernes patientrettede forebyggelse er.

For at sikre en god sygdomsmestring - og dermed en god forebyggende effekt - er der behov for, at patientrettet forebyggelse bl.a. indeholder diagnosespecifikke elementer.

For borgere med type 2-diabetes er det eksempelvis afgørende for deres sygdomsmestring, at de får vejledning i, hvordan kost og motion påvirker deres langtidsblodsukker. Den forebyggende effekt for denne store målgruppe afhænger af, at tilbuddet formår at støtte dem til at tilpasse deres livsstil på en måde, der holder langtidsblodsukkeret nede og forebygger følgesygdomme.

Det betyder ikke, at hele tilbuddet om patientrettet forebyggelse skal være diagnosespecifikt. Dele af tilbuddet kan afvikles som generiske forebyggende tilbud på tværs af diagnoser, men Diabetesforeningen ser det som helt afgørende, at kvalitetskravene efter § 118b kommer til at omfatte krav om diagnosespecifikke elementer målrettet den enkeltes diagnose(r).

Vi anerkender samtidig, at kommunerne – ligesom resten af sundhedsvæsenet – oplever udfordringer med at rekruttere de rette specialiserede kompetencer. Derfor mener vi også, at de nye kvalitetskrav skal lægge op til, at kommunerne samarbejder – eksempelvis inden for sundhedsklyngerne – om at udbyde fælles patientrettet forebyggelse. Dermed kan man sikre både de rette specialiserede kompetencer samt opnå et passende borgergrundlag i både store og små kommuner, også på de diagnosespecifikke elementer.

Der findes tilmed gode eksempler på, at det kan lade sig gøre og giver god effekt i praksis. I Region Syddanmark har man udviklet tilbuddet 'Lev Livet med type 2-diabetes', som netop går på tværs af 5 kommuner, der samarbejder tæt med regionen og almen praksis. Patientuddannelsen i tilbuddet indeholder både diagnosespecifikke såvel som generiske elementer. Det vil sige, at man både sikrer en god sygdomsforståelse for den enkelte ift. egen diagnose og opnår stordriftsfordelene ved at øge borgergrundlaget via tværkommunalt samarbejde og generiske elementer, hvor borgerne vejledes på tværs af diagnoser. Desuden gøres der brug af



digitale elementer, som kan afbøde for længere afstande og sikre en effektiv deling og anvendelse af de sundhedsprofessionelle kompetencer på tværs af kommunerne. Konceptet er netop gjort tilgængeligt for alle kommuner og regioner i landet.

Diabetesforeningen mener, at 'Lev Livet med type 2-diabetes' bør give inspiration til udformningen af de kommende kvalitetskrav, fordi det viser vejen til at sikre høj kvalitet og effekt i en tid med mangel på arbejdskraft og stort pres på sundhedsvæsenet.

Diabetesforeningens 9 forslag til kvalitetskrav

Diabetesforeningen mener, at de kommende kvalitetskrav efter lovforslagets §118b skal forholde sig til hele borgerens forløb omkring patientrettet forebyggelse. Ud over selve indholdet i det kommunale tilbud bør kvalitetskravene derfor også adressere kommunernes opgave ift. at få flere borgere ind i tilbuddene og sikre fastholdelse af den forebyggende effekt efter endt forløb.

Diabetesforeningen har 9 forslag til, hvad de kommende kvalitetskrav efter § 118b skal adressere:

1. Kommunerne skal arbejde **systematisk med opsporing** af borgere i risiko for de væsentligste kroniske sygdomme ud fra bl.a. data fra sundhedsprofilen og kommunens eget kendskab til lokale risikogrupper.
2. Kommunerne skal sikre **rammerne for, at praktiserende læger** lokalt kender til kommunale tilbud om patientrettet forebyggelse og henviser borgere.
3. **Almen praksis skal forpligtes** til at opnå mål om antal henvisninger til kommunale tilbud.
4. Kommunerne skal give et tilbud om patientrettet forebyggelse **senest 2 uger** efter, at borgeren er blevet henvist eller selv har henvendt sig til kommunen.
5. **Indholdet** i kommunernes patientrettede forebyggelse skal følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger (for borgere med type 2-diabetes drejer det sig om "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes") og tilbuddene skal indeholde sygdomsmestring, fysisk træning, kostvejledning og rygestop.
6. **Diagnosespecifikke elementer skal indgå**. For type 2-diabetes drejer det sig om diagnosespecifikke elementer om sygdomsmestring og kost, herunder vejledning i blodsuktermåling og hvordan borgeren kan bruge og handle på målingerne. Elementer om fysisk træning og rygestop kan være generiske.
7. Kommunerne skal sikre, at borgerne i patientrettet forebyggelse får **adgang til vejledning fra de rette kompetencer** ift. deres diagnose. Fsva. type 2-diabetes skal tilbuddet bygge på faglige kompetencer fra klinisk diætist, fysioterapeut og sygeplejerske.



8. **Kommunerne skal følge op** med deltagerne i patientrettet forebyggelse fx efter 3 og 12 måneder og derefter hvert 2.-5. år vurderet ud fra den enkeltes efter behov. Herunder skal kommunerne sikre brobygning til relevante tilbud i civilsamfundet lokalt, som kan understøtte, at borgeren fastholder en hensigtsmæssig livsstil ift. diagnose.
9. Kommunerne skal evaluere på effekten af deres tilbud lokalt med henblik på at udvikle tilbuddet og sikre god effekt for den relevante målgruppe af borgere. Desuden skal kommunerne forpligtes til **systematisk dataopfølgning** på en ensartet måde, som bl.a. inkluderer PRO-data. Der kan eksempelvis også hentes inspiration fra KiAP.

Kvalitetskrav for indsatser efter § 119

Ud over ovenstående forslag til kvalitetskrav til kommunernes tilbud efter §118b vil Diabetesforeningen desuden pege på, at vi også ser et behov for, at der på sigt udarbejdes kvalitetspakker og standarder for den generelle borgerrettede forebyggelse under sundhedslovens § 119 med fokus på populationsbaserede strategier og måltal.

Loven bør fremme tværkommunalt samarbejde - også når det gælder patientrettet forebyggelse

Diabetesforeningens erfaring er, at der i dag er alt for store forskelle i kvaliteten på kommunernes tilbud til borgere med kronisk sygdom. Vi anerkender, at kommunerne har forskellige forudsætninger for at løse opgaverne - eksempelvis kan mindre kommuner have vanskeligere ved at skaffe de rette specialiserede kompetencer, som er relevante og nødvendige for at sikre høj kvalitet og effekt i patientrettet forebyggelse til en bred målgruppe af diagnoser.

Derfor ser vi også et behov for, at kommunerne i højere grad samarbejder på tværs – fx i regi af sundhedsklyngerne – om at udvikle, udbyde og bemande tilbud om patientrettet forebyggelse med høj kvalitet og effekt.

Diabetesforeningen vil derfor opfordre til, at det i § 118 eller i udmøntningen af de konkrete kvalitetskrav præciseres, at kommunerne kan og bør indgå i tværkommunale samarbejder om patientrettet forebyggelse, der hvor det kan sikre en mere ensartet høj kvalitet og en samlet set bedre udnyttelse af ressourcer og kompetencer i sundhedsvæsenet. I den forbindelse bør der i forlængelse af lovændringen også arbejdes med at fjerne barrierer for samdrift både på tværs af kommuner og mellem regioner og kommuner.

Kvalitetskrav til flere aktører i sundhedsvæsenet

Diabetesforeningen finder det meget positivt, at kvalitetsstandarderne efter § 118b, jf. bemærkningerne til lovforslaget, kan adressere en omstilling i sundhedsvæsenet og dermed også kan omfatte *krav til*



opgaveudvikling, tilgængelighed, samarbejde og opgavevaretagelse mellem regioner, kommuner og almen praksis. En af de store udfordringer for effekten af kommunernes patientrettede forebyggelse er, at alt for få borgere i dag får et tilbud. Derfor bør kvalitetskravene også kunne adressere eksempelvis de alment praktiserende lægers opgave ift. at sikre henvisning af borgerne til relevante tilbud i kommunerne.

Vi bidrager gerne til det videre arbejde med kvalitetskrav

Skulle ovenstående medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed. Diabetesforeningen bidrager også gerne med data, viden og erfaring fra vores store målgruppe af borgere med kronisk sygdom. Diabetesforeningen ser frem til at indgå - sammen med andre relevante parter - i Sundhedsstyrelsens videre arbejde med at udvikle kvalitetskrav til kommunernes patientrettede forebyggelse.

Med venlig hilsen

Eva Tingkær
Chef for Affairs, Diabetesforeningen



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 20. februar 2023

Ref.: SSH

ssh@etf.dk

Hørings-sagsnr.: 2211332

Hørings-dok. nr.: 2526818

Hørings svar vedrørende udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 24. januar 2023 sendt udkastet til lovforslaget i offentlige høring, med Ergoterapeutforeningen som høringspart. Lovgivningen følger op på sundhedsreformen, som blev indgået mellem en række af folketingets partier den 20. maj 2022. Ergoterapeutforeningen kvitterer for muligheden for at svare på høringen.

Ergoterapeutforeningen er grundlæggende enige i intentionen bag aftalen, og således også bag nærværende lovgivning. Det er nødvendigt at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger til kommunale sundhedsydelser samt regionernes rådgivningsforpligtelse (Den nationale kvalitetsplan). Ergoterapeutforeningen bakker således op om, at man med nærværende lovgivning ønsker at indfører bemyndigelses-hjemme til at fastsætte disse krav, anbefalinger med videre med tilføjelsen af **§118b** til lovgivningen.

Ergoterapeutforeningen håber på en inddragende proces omkring dette arbejde med kvalitet og Ergoterapeutforeningen ser frem til at bidrage til processen, være en del af arbejdsgrupper mv., og være en del af løsningen på at højne kvaliteten. Ergoterapeutforeninger understreger desuden, at det er væsentligt, at der i arbejdet med lovgivningen og kvalitetsarbejdet også bliver kigget på at få styrket forskningsforpligtelsen i kommunerne. Vi gør også opmærksomme på ergoterapeutiske faglighed med fordel kan understøtte det forebyggende fokus, der også ligger op til i den præciserings af kommunalbestyrelsens rolle, der lægges op til med indførelsen af det nye **Stk. 3 i §119**.

De dele af lovændringen, der specifikt omhandler (hjemme)sygeplejeydelser og de praktiserende læger, har Ergoterapeutforeningen ingen kommentarer til.

Ergoterapeutforeningen står gerne til rådighed med uddybning af dette hørings svar om hvordan ergoterapeuter kan bidrage, og det videre arbejde med kvalitet generelt. Ligesom vi opfordrer til at man inddrager Dansk Selskab for Ergoterapi.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager
Formand for Ergoterapeutforeningen

From: Mette Lisbeth Johansen <mlj@farmakonom.dk>
Sent: 21-02-2023 10:57:10 (UTC +01)
To: DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>
Cc: Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>
Subject: Høringssvar: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023 (FF ID: 768331)

Sendt til: sum@sum.dk med kopi til sse@sum.dk

Høringssvar fra Farmakonomforeningen vedr. høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Farmakonomforeningen takker for muligheden for at kunne afgive høringssvar i forbindelse med en række lovændringer, der bl.a. vil give ministeren den juridiske ramme, som er nødvendig, for at kunne lave forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger til kommunale sundhedsydelse.

Farmakonomforeningen ser meget positivt på regeringens arbejde med at styrke kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, herunder bl.a. arbejdet med at styrke det nære sundhedsvæsen og udfordringerne i sektorovergangene ml. primær og sekundær sektor. Vi har dog en bemærkning til den del af lovforslaget, som vedrører dette dvs. den juridiske ramme, der skal være for, at indenrigs- og sundhedsministeren kan udstede bindende kvalitetskrav til kommunernes opgavevaretagelse.

Kvaliteten i de kommunale sundhedsydelse skal styrkes, og nationale kvalitetskrav vil være med til at sikre en højere standard i ydelse på tværs af hele landet. Farmakonomforeningen ser derfor positivt på den del af lovforslaget.

Farmakonomforeningen håber dog også, at indenrigs- og sundhedsministeriet vil se på en anden mulighed for at løfte kvaliteten i kommunerne – her specifikt i relation til medicinområdet. Flere ældre borgere og kronikere betyder flere medicinrelaterede opgaver på kommunernes pleje- og sundhedsområde. Samtidig øges kompleksiteten også i medicinhåndteringen omkring den enkelte patient, da flere borgere end tidligere har mere end en sygdom, og får medicin for flere forskellige lidelse. Stigningen i de mange medicinopgaver- og kompleksiteten i dem - udfordrer i dag kvaliteten i medicinhåndteringen i kommunerne.

Kvaliteten i medicinhåndteringen kan styrkes gennem nationale kvalitetskrav, men Farmakonomforeningen håber også, at ministeren vil se på nødvendigheden i, at farmakonomer autoriseres for at styrke kvaliteten i de mange opgaver i det nære sundhedsvæsen, som er relateret til medicin.

Farmakonomer er med deres specialistviden om medicinhåndtering med til at styrke kvaliteten i medicinopgaverne på kommunale institutioner allerede i dag. Men i dag er den manglende autorisation en begrænsning for at bruge faggruppens kompetencer optimalt, og det svækker kvaliteten i opgavevaretagelsen.

En sundhedsfaglig autorisation giver klare retningslinjer i praksis ift., hvad en faggruppe kan og må - og det styrker derfor opgavevaretagelsen i det tværfaglige samarbejde i den kommunale sundheds- og plejesektor. Den manglende autorisation er i dag derfor en hæmsko. I praksis opstår der uklarhed ift. hvad farmakonomer fagligt "må og kan" uden en autorisation, og det påvirker opgavevaretagelsen negativt og fordrer ikke til styrket, tværfaglig opgavevaretagelse i et presset sundhedsvæsen.

Den manglende autorisation betyder ligeledes også, at borgerne ikke har samme beskyttelse og klagemuligheder, når farmakonomer udfører patientnære opgaver. For hvis man ikke er autoriseret – og der sker alvorlige eller gentagne fejl – er det op til den enkelte arbejdsgiver, hvad der skal ske, hvis der bliver klaget over en behandling, som den ansatte har været involveret i. Men der sker ikke en registrering på personen, og man kan ikke fratage en autorisation eller indskrænke et virksomhedsområde. Et broddent kar kan derfor nemt arbejde videre i samme funktion hos en ny

arbejdsgiver. Samtidig føres der heller ikke tilsyn med faggruppen. Når farmakonomer udfører patientnære opgaver vil den manglende autorisation automatisk betyde, at patientsikkerheden er udfordret – og det svækker ligeledes også kvaliteten.

Farmakonomforeningen arbejder sammen med Pharmadanmark om at få farmakonomer og farmaceuter autoriseret. Vi håber, at indenrigs- og sundhedsministeren også vil se på autorisation som et middel til at styrke kvaliteten i kommunernes sundheds- og plejeydelser.

Med venlig hilsen

Ann-Mari Grønbæk

Formand, Farmakonomforeningen



FARMAKONOMFORENINGEN

METTE LISBETH JOHANSEN

Chefkonsulent

M: 2393 4388

mlj@farmakonom.dk

Ramsingsvej 30

2500 Valby

T: 2393 4388

www.farmakonom.dk

Til: Sarah Storm Egeskov (SSE@SUM.DK)

Fra: Sarah Storm Egeskov (SSE@SUM.DK)

Titel: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Sendt 24-01-2023 14:43

:

Til høringsparterne på vedlagte høringsliste

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sender hermed vedhæftede udkast til lovforslag i høring. Lovforslaget vedrører ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Lovforslaget skal udmønte dele af den brede politiske aftale om en sundhedsreform, som blev indgået med størstedelen af Folketingets partier den 20. maj 2022. Lovforslaget skal være med til at skabe bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed og geografi, nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet samt understøtte bedre lægedækning.

Vedhæftet er:

- Høringsbrev
- Høringsliste
- Udkast til lovforslag

Materialet kan også findes på høringsportalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til udkastet **senest den 22. februar 2023.**

Bemærkninger bedes fremsendt til ministeriets kontor for Borgernær Sundhed på sum@sum.dk med kopi til sse@sum.dk.

Med venlig hilsen

Sarah Storm Egeskov

Chefkonsulent, Kontor for Borgernær Sundhed

–
M 2126 7557
@ sse@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk

FOAs høringsvar vedr. kvalitetsplan, tværkommunale samarbejder mv.

FOA støtter op om ambitionerne i den nye kvalitetsplan. Det er helt afgørende, at der sker en styrkelse af det nære sundhedsvæsen, og at omstillingen til mere behandling i det nære sundhedsvæsen sker strategisk og fagligt funderet.

Lovforslaget om kvalitetsplanen har dog det grundlæggende problem, at sundheds- og ældreområdet ikke tænkes sammen. Når Sundhedsstyrelsen med lovforslaget får mandat til at komme med bindende krav, gælder det kun ydelserne efter sundhedsloven og ikke efter serviceloven. Denne opdeling giver ingen mening i en praktisk hverdag, hvor de samme medarbejdere hos de samme borgere løser opgaver efter både sundhedslov og servicelov. Derfor var et af formålene i arbejdet med en ny ældrelov, at servicelov og sundhedslov skulle tænkes sammen.

FOA frygter, at der med dette lovforslag slås søm i denne problematiske styringsmæssige ramme med to forskellige lovgivninger, hvor der i stedet bør være et opgør med den. FOA vil derfor kraftigt opfordre til, at der allerede nu sker en samtænkning af ældreområdet og sundhedsområdet. Dette skal også sikre, at Sundhedsstyrelsen får det nødvendige mandat til at skabe de faglige rammer på ældreområdet, som bl.a. blev anbefalet af det rådgivende panel og ekspertgrupperne i arbejdet med en ny ældrelov.

FOA vil opfordre til, at kvalitetsplanen tænkes nøje sammen med arbejdet i regi af psykiatriplanen, jf. at psykiatriske patienter nævnes som målgruppe for kvalitetsplanen.

På de næste sider uddybes FOAs bekymringer ligesom lovforslagets øvrige dele kommenteres.

FOA stiller naturligvis gerne op, hvis nogle af pointerne skal udfoldes.

Venlig hilsen



Tanja Nielsen

Sektorformand, Social- og sundhedssektoren

Bemærkninger vedr. kvalitetsplanen

Det har længe været efterspurgt, at der sættes klare krav til det kommunale sundhedsområde, når flere opgaver flyttes ud af sygehusene. Det er derfor positivt, at den nye § 118 b vil give Indenrigs- og sundhedsministeren mulighed for at fastsætte forpligtende krav til kommunernes sundhedstilbud.

De senere år har vi set, at kommunerne har overtaget flere sundhedsopgaver, hvilket oprettelsen af de mange akutpladser og midlertidige pladser er et eksempel på. Desværre har udviklingen båret præg af tilfældig opgaveflytning som følge af pressede sygehuse, og kvaliteten og rammerne er derfor ikke fulgt med. FOA ser derfor positivt på, at Sundhedsstyrelsen i højere grad skal rådgive om, hvordan en ændret opgavevaretagelse kan se ud.

Problemet opstår dog, når der med lovforslaget sættes to streger under adskillelsen mellem ydelser efter sundhedsloven og ydelser efter serviceloven. Mere specifikt står det i lovforslaget, at ”ministeren kan fastsætte nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, kvalitetskrav hertil samt tilrettelæggelsen heraf i henhold til sundhedsydelseerne.”

For medarbejderne og borgerne i ældresektoren giver det ingen mening at skelne skarpt mellem servicelovsydelser og sundhedslovsydelser. Det er de samme medarbejdere, de samme borgere og de samme besøg, som er underlagt to forskellige lovgivninger med helt forskellige krav og styringsmekanismer. Det giver ingen mening i en praktisk hverdag, og det virker forstyrrende for medarbejderne. En undersøgelse fra FOA viser, at fire ud af ti ansatte i ældreplejen i høj eller nogen grad oplever udfordringer med bureaukrati og unødigt ventetid, fordi hjælpen i ældreplejen reguleres af forskellige regelsæt.¹

Et eksempel: Hvis en ældre borger lider af nedsat funktionsevne på grund af en hjerneblødning, vil de fysiske lidelser høre under sundhedsloven. Hvis borgeren samtidig skal have hjælp til at spise på grund af lidelsen, så omhandler det serviceloven.

Det er bredt anerkendt, at de to forskellige lovgivninger giver anledning til problemer i praksis. Det blev bl.a. beskrevet i VIVEs rapport om social- og sundhedshjælpere og -assistenter i kommunerne² samt i afrapporteringen fra ekspertgrupper og det rådgivende panel vedr. en ny ældrelov.³

FOA er derfor stærk kritisk over for lovforslagets skelnen mellem sundhedsydelser og servicelovsydelser. Vi frygter, at det kommer til at sætte søm i en problematisk lovgivningsmæssig ramme, som allerede i dag skaber udfordringer for medarbejdere og borgere. **Hertil kommer at flere serviceydelser har direkte indflydelse på sundhed og helbredstilstanden. F.eks rengøring, der udføres efter SSI's retningslinjer for hygiejnisk rengøring har eksempelvis positiv indflydelse på sundhed og smitteforebyggelse. Hygiejnisk rengøring er således både en nødvendig forudsætning for sikring af kvalitet i det nære sundhedsvæsen og samtidig et vigtigt element i forebyggelsesindsatsen.**

Samtidig frygter vi, at det ikke giver Sundhedsstyrelsen de nødvendige muskler til at gennemføre den kvalitetsramme, som blev foreslået i forbindelse med Ældreopmøderne, og som blev bakket op af et meget bredt udvalg af aktører.⁴

¹ FOA: ”Servicelov og sundhedslov – Udfordringer i ældreplejen ved at yde hjælp efter to lovgivninger” (2023)

² VIVE: ”Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne” (2021)

³ ”En ældrepleje med tid til omsorg” (2022)

⁴ Sundhedsstyrelsen: ”Ældreopmødet 2021: Debatoplæg - Status på arbejdet med kvalitet og kompetence” samt ”Ældreopmødet 2021: Inspirationsoplæg - Status på arbejdet med kvalitet og kompetence” (2021)

Endelig er FOA bekymret for, at kommunerne, medarbejderne og borgerne kommer til at stå i en mere kompleks styringsmæssig situation, hvis der med hhv. kvalitetsplanen og en ny ældrelov sendes modsatte signaler. Med den ene hånd vil man øge styringen (sundhedsydelse), mens man med den anden hånd vil øge frisættelsen (servicelovsydelserne).

Derimod bør der skabes én styringslogik på tværs af det, der i dag er servicelovsydelser og sundhedsydelser. Frisættelsen af medarbejderne er ikke i modsætning til flere kvalitetskrav eller kvalitetsrammer for området. Snarere er de hinandens forudsætning: En øget frisættelse af medarbejdernes faglighed kan øge behovet for, at der kommer klarere faglige rammer.

FOAs klare opfordring er derfor, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Ældreministeriet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen får sikret, at kvalitetsplanen og den nye ældrelov bliver tænkt sammen.

Derudover er det vigtigt, at der i takt med, at der flyttes opgaver til det nære sundhedsvæsen og over i kommunerne følger de nødvendige ressourcer med.

FOA har desuden følgende tekstnære bemærkninger til lovforslagets del om en ny kvalitetsplan:

- På s. 10 har FOA følgende forslag til tilføjelse (understreget): "Kvalitetsstandarderne kan f.eks. vedrøre krav og -anbefalinger til den omfattede målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, rammerne for (tværfaglig) sparring, kompetencer og uddannelse, udstyr, kvalitetssikring og registrering/monitorering, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning, **samt kvalitetskrav i henhold til retningslinjer fra SSI (NIR)**". Her bør følgende tilføjes: "
- På s. 10 står følgende: "Dette kan være opgaver som mere hensigtsmæssigt kan varetages tættere på borgeren, f.eks. i kommunalt regi, på tværs af flere kommuner eller i tværfaglige teams med speciallæger i almen medicin, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.v., eller af patienten selv.". Det er i denne sammenhæng oplagt at nævne de største faggrupper på det kommunale sundheds- og ældreområde: social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.
- På s. 11 har FOA følgende forslag til tilføjelse (understreget), som skal tydeliggøre den nye rolle, som ambulancerne får i disse år: "Med det nære sundhedsvæsen forstås en samlet betegnelse for sundhedstilbud, der varetages uden for sygehusene i eller tæt på borgerens eget hjem f.eks. af kommuner, almen praksis, øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, herunder privatpraktiserende speciallæger, udgående funktioner fra sygehusene, ambulancepersonale mv. eller varetages af borgeren selv f.eks. ved hjælp af digitale løsninger.

Bemærkninger vedr. regionernes rådgivning

Jf. den nye § 118 b, stk. 2, kan Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler for regionsrådenes rådgivning mv. i forhold til kommunernes opgaver. FOA ser positivt på dette. For at styrke det kommunale sundhedsvæsen er der behov for en langt større rådgivning fra almen praksis og sygehusene til kommunerne. Hvis det skal lykkes, skal der skabes bedre rammer for denne rådgivning, så alle er klar over deres roller, kommunikationsveje mv. Rådgivningen skal ikke være på regionernes "nåde", men skal derimod indgå i klare rammer.

Bemærkninger vedr. kommunal sygepleje

Ifølge lovforslaget skal det ikke længere hedde "hjemmesygepleje" men blot kommunal sygepleje. Dette er en oplagt ændring. Allerede i dag foregår den kommunale sygepleje mange andre steder end i borgerens eget hjem, herunder på midlertidige pladser, i sygeplejeklinikker, virtuelt mv.

Udover ordet "hjemmesygepleje" fjernes også ordet "hjemmesygeplejerskeordning", som erstattes med sygeplejeordning (§ 139). I lovbemærkningerne er begrundelsen for denne ændring udelukkende, at det ikke længere skal hedde "hjemme", fordi sygeplejen også kan foregå andre steder. Et væsentligt yderligere argument bør være, at ordet "hjemmesygeplejerske" lægger op til, at kun sygeplejersker er udførende af sygepleje. Snarere ved vi, at store dele af den kommunale sygepleje foretages af social- og sundhedshjælpere og -assistenter.⁵

Derfor bør følgende tilføjes til lovbemærkningerne:

"Dertil lægger begrebet "hjemmesygeplejerskeordning" op til, at opgaverne udelukkende varetages af sygeplejersker. Ved i stedet at bruge begrebet "sygeplejeordning" tydeliggøres det, at den kommunale sygepleje også varetages af andre faggrupper end sygeplejersker".

Bemærkninger vedr. tværkommunale samarbejder

Med den nye § 138 stk. 2 lægges op til, at sygeplejen kan udføres i et tværkommunalt samarbejde. Med den stigende sygeplejefaglige kompleksitet er dette en oplagt vej at gå, så kommunerne i fællesskaber kan sikre en tilstrækkelig kvalitet.

Der er en længere beskrivelse af de lovgivningsmæssige udfordringer i forhold til myndighed mv. FOA vil opfordre til, at Indenrigs- og sundhedsministeriet tænker endnu mere i fælles løsninger med fælles ledelse og fælles økonomi, gerne i regi af de nye sundhedsklynger.

⁵ VIVE: "Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne" (2021)

From: Forbrugerrådet Tænk Hoeringer <hoeringer@fbr.dk>
Sent: 26-01-2023 09:12:51 (UTC +01)
To: DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>
Cc: Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>
Subject: SV: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Forbrugerrådet Tænk vurderer, at denne konkrete høring ligger uden for vores for tiden prioriterede arbejdsområder og vil derfor undlade at forholde os hertil. Forbrugerrådet Tænk kan således ikke tages til indtægt for at støtte forslaget eller for at gøre det modsatte. For en god ordens skyld skal det understreges, at Forbrugerrådet Tænk stadig er interesseret i at modtage høringer inden for området.

Med venlig hilsen

Uffe Rabe Krag

POLITISK CHEF

T +45 7741 7731

W taenk.dk

Forbrugerrådet Tænk

Ryesgade 3A, 2. th. | 2200 Kbh. N



Fra: Sarah Storm Egeskov [<mailto:SSE@SUM.DK>]

Sendt: 24. januar 2023 14:44

Til: Sarah Storm Egeskov

Emne: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Til høringsparterne på vedlagte høringsliste

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sender hermed vedhæftede udkast til lovforslag i høring.

Lovforslaget vedrører ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Lovforslaget skal udmønte dele af den brede politiske aftale om en sundhedsreform, som blev indgået med størstedelen af Folketingets partier den 20. maj 2022. Lovforslaget skal være med til at skabe bedre sammenhæng og

samarbejde på tværs af faglighed og geografi, nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet samt understøtte bedre lægedækning.

Vedhæftet er:

1. Høringsbrev
2. Høringsliste
3. Udkast til lovforslag

Materialet kan også findes på høringsportalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til udkastet **senest den 22. februar 2023**.

Bemærkninger bedes fremsendt til ministeriets kontor for Borgernær Sundhed på sum@sum.dk med kopi til sse@sum.dk.

Med venlig hilsen

Sarah Storm Egeskov

Chefkonsulent, Kontor for Borgernær Sundhed

M 2126 7557

@ sse@sum.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Kontor for Borgernær Sundhed
Mail: sum@sum.dk
CC: sse@sum.dk

17. februar 2023

Hørings svar til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte den 24. januar 2023 udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed i høring.

Gigtforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har i vores høringssvar alene fokuseret på den del af lovforslaget, der vedrører rammerne for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen.

Gigtforeningen ser overordnet positivt på, at lovforslaget og den bagvedliggende sundhedsaftale sætter en ramme for en kvalitetsudvikling af det nære sundhedsvæsen. Det er der brug for. Kommunerne fik med kommunalreformen i 2007 hovedansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i forhold til borgerne, men uden der blev afsat de nødvendige mål og midler til at løfte opgaven. Med dette lovforslag tages de første skridt til at få rettet op på det.

Med Gigtforeningens øjne skal der være tre faktorer opfyldt for at sikre et reelt løft af det nære sundhedsvæsen i kommunerne: 1) Bindende kvalitetsstandarder er nødvendige for at sikre ensartede evidensbaseret sundhedstilbud i alle landets kommuner, 2) Diagnosespecifikt tilbud til borgere med artrose (slidgigt) er afgørende ift. virkning og berettiget ift. volumen af borgere og 3) Statslig finansiering er afgørende for implementeringen af kvalitetsstandarderne.

Det vil vi i nedenstående redegøre nærmere for.

Bindende kvalitetsstandarder er nødvendige for at sikre evidensbaseret sundhedstilbud i alle landets kommuner

Gigtforeningen noterer med tilfredshed, at ministeriet med lovforslaget fastslår, at der tilvejebringes en juridisk ramme for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Konkret med hjemmel til at udstede bindende kvalitetskrav til opgavevaretagelsen som del af de kommunale sundhedsydelse.

Det mener vi, at der er brug for. Der er solid evidens¹ for, at vi kan hjælpe tidligere og flere med gigt med de rette patientuddannelses- og træningstilbud. Problemet er, at de kommunale tilbud alt for ofte mangler i dag.

Artrose (slidgigt) er ikke bare en af de mest udbredte gigtsygdomme. Det er også en folkesygdom. Over 425.000 danskere er diagnosticeret med artrose², som ofte er forbundet med alvorlige smerter og funktionstab for den enkelte, der er ramt.

¹ [Godt Liv med Artrose i Danmark \(glaid.dk\)](https://www.glaiddk.dk/)

² Statens Institut for Folkesundhed (2022): Muskel- og skeletlidelser i Danmark – Nøgletal 2022'



Sundhedsstyrelsen har tilbage i 2012 og 2016 udarbejdet nationale kliniske retningslinjer for behandling af knæ- og hofteartrose baseret på national og international forskning³. Her er anbefalingen, at superviseret træning og patientuddannelse hos en fysioterapeut skal være første trin, inden vurdering og evt. operation på sygehuset bør komme på tale.

Problemet er, at det langt fra sker i dag. En videnskabelig undersøgelse udført af SDU og Hvidovre Hospital fra 2020 viste, at kun 1/3 af patienterne med knæartrose, som blev henvist til evt. operation på sygehuset, var blevet tilbudt træning og patientuddannelse i primær sektoren⁴. Det hænger formentlig sammen med, at det kommunale tilbud mangler mange steder. Den kommunale opgørelse "Forebyggelse, behandling og rehabilitering af gigt" fra Kantar-Gallup fra 2021 viste, at kun 34 kommuner svarede, at de havde tilbud til borgere med artrose⁵.

Bindende kvalitetsstandarder er derfor nødvendige, hvis borgerne skal sikres evidensbaserede sundhedstilbud i alle landets kommuner. De evidensbaserede kvalitetsstandarder skal samtidig bidrage til at mindske den i dag udbredte geografiske og sociale ulighed i forhold til, hvem der kan få/har råd til den konkrete sundhedsindsats.

Konkrete kommentarer til bemærkningerne til lovforslaget (Side 10, pkt. 2.1.3.)

Vedr. valg af områder

Det fremgår, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmoder Sundhedsstyrelsen om at udvikle konkrete kvalitetsstandarder inden for udvalgte områder. Det fremgår imidlertid ikke, hvordan og på hvilket grundlag disse områder udvælges. Gigtforeningen mener, dette skal præciseres og anser følgende tre kriterier som væsentlige: 1) Stort volumen, 2) Evidens for indsatsen og 3) Hurtig og effektiv implementering.

Vedr. en ændret opgavevaretagelse, som en del af opgaveløsningen:

Det fremgår i bemærkningerne, at nye nationale krav og anbefalinger til sundhedsindsatsen fortsat vil give mulighed for lokale tilpasninger i forbindelse med implementeringen bl.a. i sundhedsklyngerne. Gigtforeningen mener, at det er væsentligt for at sikre kvaliteten i tilbuddene, at disse i hele landet baseres på samme videnskabelige grundlag. Derfor må lokale tilpasninger aldrig ske på bekostning heraf, og evt. lokale tilpasninger i fx Sundhedsklyngerne bør derfor altid godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Diagnosespecifikt tilbud til borgere med artrose (slidgigt) er afgørende

Gigtforeningen finder det vigtigt, som lovforslaget også lægger op til, at kvalitetsstandarderne sætter krav i forhold til målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og udstyr, kvalitetssikring og registrering/monitorering, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning mv.

Artrose er ofte forbundet med smerter og i perioder invaliderende smerter. Det er derfor vigtigt, at borgere med artrose tilbydes patientuddannelse, hvor de kan få indsigt i sygdommen og konkrete redskaber til at tackle sygdommen og smerterne samt styrke egenomsorgen.

³<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/NKR-Knaeartrose>

⁴<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2021/NKR-Hofteartrose--ikke-kirurgisk-behandling-og-genoptraening-efter-THA>

⁵[View of Patients report inferior quality of care for knee osteoarthritis prior to assessment for knee replacement surgery – a cross-sectional study of 517 patients in Denmark \(actaorthop.org\)](http://www.actaorthop.org)

⁵ <https://www.gigtforeningen.dk/media/5885/forebyggelse-behandling-og-rehabilitering-af-gigt-en-kommunal-kortlaegning-af-kantar.pdf>



Som følge af artrose i knæ eller hofte har mange også smerter forbundet med træning af de berørte led, hvilket kan få mange til at holde sig fra træningen. Her er det nødvendigt med en fysioterapeut, der kan vejlede, hvordan man kan træne – også på trods af smerter – uden man overbelaster leddet med artrose. Med andre ord kan man ikke bare give adgang for borgere med artrose til det kommunale træningscenter. Det kræver superviseret træning med en fysioterapeut. Her er der til gengæld evidens for, at træningen både kan højne livskvalitet, formindske smerter og forbedre den fysiske funktion.

Mere end 425.000 danskere har som nævnt artrose heraf 270.000 i knæet⁶. Gigtforeningen har sammen med KL og Hjerteforeningen i et fælles udspil ”Bedre forløb for mennesker med kronisk sygdom” præsenteret syv principper og anvist to konkrete patientforløb i fremtidens nære sundhedsvæsen⁷. Det ene patientforløb er for knæartrose, hvor implementeringen af kvalitetsstandarder kunne være et godt sted at starte.

Udover at der allerede er stærk evidens og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen i forhold til træning ved knæartrose, så vil træningen også betyde, at flere holder kroppen fysisk aktiv og dermed potentielt kan forbygge andre kroniske sygdomme. Kan vi forebygge knæoperationer, kan vi ikke alene aflaste sygehusene. Vi kan også skåne patienterne for en indgribende operation og tilbyde en endnu bedre indsats end i dag, hvor der først er hjælp at hente efter måske flere år med smerter, sygemeldinger og nedsat livskvalitet. Det ville være en mærkbar forbedring, hvis den praktiserende læge i fremtiden ikke bare sender borgeren hjem med smertestillende medicin, men også med en henvisning til et forebyggende kommunalt tilbud.

Derudover er der også et tilstrækkeligt stort volumen af borgere med knæartrose i hver enkelt kommune til, at der kan oprettes et diagnosespecifikt tilbud indeholdende patientuddannelse og træning til dem. Da en del af borgene med knæ-artrose samtidig har behov for vægttab (anbefalet i faglige retningslinjer), vil det samtidig være relevant for nogen også at deltage i vægttabskurser af mere generisk karakter.

Konkrete kommentarer til bemærkningerne til lovforslaget(Side 10, pkt. 2.1.3.)

Vedr. omstilling så flere opgaver løses tættere på borgerne frem for på sygehusene

Gigtforeningen bakker op om, at indsatserne i kvalitetsstandarder kan bidrage til, at der kan ske en gradvis omstilling til, at flere indsatser løses tættere på borgerne i det nære sundhedsvæsen frem for f.eks. på sygehusene. Så tidlige og forebyggende indsatser i det nære sundhedsvæsen kan mindske eller fjerne behovet for mere behandlingskrævende indsatser. Det vil være tilfældet, såfremt der udarbejdes kvalitetsstandarder på artrose området, idet færre med hofte/knæ artrose i så fald vil skulle henvises til vurdering og evt. operation på sygehus, såfremt det var tilbud om træning og patientuddannelse i kommunerne.

Vedr. en eller flere kvalitetsstandarder på et område

Det fremgår af bemærkningerne, at der kan udarbejdes en eller flere kvalitetsstandarder på et område. Formålet hermed er at opnå kvalitet og sammenhæng for både somatiske og psykiatriske patienter. Gigtforeningen finder det uklart, hvad der menes hermed og ønsker dette præciseret nærmere.

⁶ KL's beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen

⁷ <https://www.kl.dk/media/53964/udspil-om-kronisk-sygdom-kl-gigtforeningen-og-hjerteforeningen-010223.pdf>



Statslig finansiering er afgørende for implementeringen af kvalitetsstandarderne

Gigtforeningen ser det som en nødvendighed, at der følger statslig finansiering med til implementeringen af kommunale kvalitetsstandarder målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme. Derfor kvitterer Gigtforeningen også for, at der er afsat godt 100 mio. kr. årligt til indførelsen af kvalitetsstandarderne. Fordelt på landets 98 kommuner er det dog en begrænset sum, og det er langt fra tilstrækkeligt til et réelt og tiltrængt løft af det nære sundhedsvæsen i kommunerne. Det er derfor nødvendigt, at kvalitetsplanen og antallet af kvalitetsstandarder udbygges i kommende økonomiaftaler og finanslove, så kommunerne kan hjælpe tidligere og flere med kronisk sygdom. Det vil gavne borgerne med kronisk sygdom, aflaste sygehusene og være en samfundsøkonomisk gevinst.

Kraka Advisory har med analysen ”Potentialet ved investering i bedre tilbud til mennesker med gigt” fra 2021 påvist, at der med den rette indsats med træning og patientuddannelse til borgere med artrose er en væsentlig besparelse for det offentlige på 5.000 kr. pr. borger i den erhvervsaktive alder. Det er sammenlagt en besparelse på 500 mio. kr. årligt, fordi man ved at sætte ind tidligere blandt andet kan forebygge hospitalsomkostninger og langvarig sygefravær⁸.

Rapporten konkluderer dog også, at der på trods af positive nettogevinster for de offentlige finanser kan være økonomiske incitamentsproblemer, som kan være en hindring for, at forløbene bliver gennemført. Kommunen vil i de fleste tilfælde stå for hele omkostningen til det patientrettede forløb, men vil ofte kun realisere en mindre del af gevinsten, der til gengæld i højere grad tilfalder region og stat. Statslig finansiering er derfor nødvendig, hvis tilbuddet skal sikres i hele landet.

⁸ https://kraka-advisory.com/sites/default/files/2021-10/Potentialet%20ved%20investering%20i%20bedre%20tilbud%20til%20mennesker%20med%20gigt_0.pdf

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12, 1216 København K
E-mail: sum@sum.dk

Dato: 20. 02 2023

Direkte tlf.: 51 60 34 14
E-mail: mlind@hjertereforeningen.dk

Høringsvar over lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundheds- personer og sundhedsfaglig virksomhed

Sundheds- og Ældreministeriet har den 24. januar fremsendt udkast til lov om ændring af sundhedsloven, hvormed loven skal skabe rammerne for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, smidigere regler for etablering og drift af regionsklinikker, mulighed for særligt vederlag til læger i områder med lægemangel, samt regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

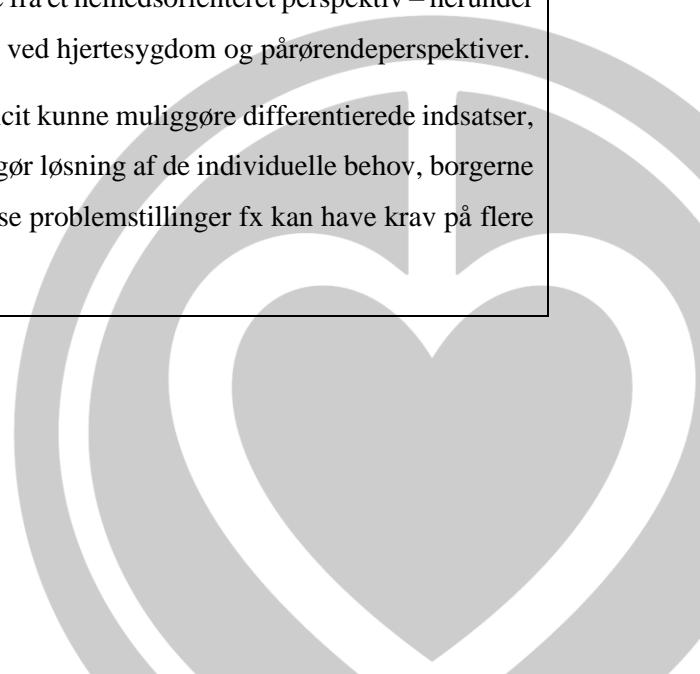
Overordnet mener Hjerteforeningen, at forslaget er positivt, og at dette er en helt nødvendig forudsætning for en sikring af patienternes samlede behandlings kvalitet. Det er positivt, at Indenrigs- og sundhedsministeren ifølge forslaget vedr. §118b gives hjemmel til at fastlægge kvalitetsstandarder for kommunale sundhedsydelser efter kap. IX, samt at ændringsforslaget fastslår et kommunalt ansvar for den ”patientrettede forebyggelse”, som del af §119. Det er to centrale ændringer af sundhedsloven, hvis der skal kunne opnås en ensartet mindstekvalitet i ydelser, samt være mulighed for at stille krav til monitoreringen af kvaliteten og effekten af de kommunale sundhedsydelser.

Hjerteforeningen konstaterer dog, at ændringsforslaget ikke indeholder lovgivningsmæssige løsninger på udfordringer med samdrift mellem regioner og kommuner, når det gælder delt økonomi og delt ansvar. Dette forhindrer fortsat et fælles ansvar for optimal organisering og øger risikoen for suboptimering til skade for sammenhæng i behandlingen.

Hjerteforeningen har desuden i nedenstående skema konkretiseret nogle af de afledte bekymringer, som vi finder særligt væsentlige i forbindelse med- og i forlængelse af en evt. vedtagelse af forslaget. Vi står naturligvis til rådighed for uddybning og sparring, hvis dette ønskes.

Overordnede kommentarer til lovudkastet	
<i>Tema</i>	<i>Bemærkning</i>

<p>Efterfølgende Udmøntning af kvalitetsstandarder (kvalitetspakken) for den patientrettede forebyggelse</p>	<p>Der er ifølge Hjerteforeningens egen patientundersøgelse (Livet med en Hjertesygdom) samt konklusioner i seneste årsrapport fra Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase store variationer i hvilke rehabiliteringstilbud patienter modtager – både mellem regioner og mellem kommuner. Endvidere har en undersøgelse i region midt vist, at 29 % af borgere, som påbegyndte rehabiliteringsforløb i kommunerne, faldt fra forløbet. Både indholdet i den patientrettede forebyggelse, kvaliteten samt overgangen mellem sektorerne varierer altså mellem kommunerne, og der mangler systematiske data for kommunernes tilbud og indhold, som muliggør datadrevet kvalitetsudvikling. På denne baggrund finder Hjerteforeninger det vigtigt, at Sundhedsstyrelsens og Sundhedsdatastyrelsens udarbejdelse af kvalitetsstandarder fastsætter fagligt funderede krav til den patientrettede forebyggelse (inkl. data til den datadrevne udvikling heraf) og således dels tager udgangspunkt i de eksisterende faglige anbefalinger. Dels fra Sundhedsstyrelsens diagnosespecifikke anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Dels fra Dansk Cardiologisk Selskabs Behandlingsvejledning vedr. rehabilitering (kapitel 29) og endelig fra Hvidbog om rehabilitering (Rehpa).</p> <p>Hjerteforeningen forventer således, at de eksisterende anbefalinger til kommunerne (Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme) alle ophæves til mindstekrav, og at disse udvides med udgangspunkt i de ovenfor anførte diagnosespecifikke faglige anbefalinger fx i forhold til retningslinjer, som sikrer patients sikkerhed ved visitationen til fysisk træning og garanterer tilbud om psykosocial rådgivning fx i forhold til angst og depression.</p> <p>Selvom lovforslaget anvender begrebet ”patientrettet forebyggelse” er det afgørende, at anbefalingernes karakter afspejler principperne for rehabilitering, og dermed tager udgangspunkt i patientens funktionsevne fra et helhedsorienteret perspektiv – herunder de psykologiske og sociale udfordringer ved hjertesygdom og pårørendeperspektiver.</p> <p>Kvalitetsstandarder bør endvidere eksplicit kunne muliggøre differentierede indsatser, hvor mindstekravene afspejler og muliggør løsning af de individuelle behov, borgerne har. Dvs. at borgere med mere komplekse problemstillinger fx kan have krav på flere og mere intensive indsatser.</p>
--	---



	<p>Dette forudsætter også, at anbefalingerne tilgodeser et tværsektorielt perspektiv i kommunerne og medtager en fordring om et aktivt koordineret samarbejde mellem sundhed og fx det sociale og beskæftigelsesmæssige sektorområde i kommunerne.</p> <p>Endelig bør kvalitetsstandarder vedrørende datadrevet kvalitetsudvikling integrere prodata og sikre, at patienternes oplevelser af kvalitet og effekt inddrages i udviklingen af tilbud. Der bør også gives muligheder for forskning, der understøtter udvikling af ny evidens og øget kvalitet.</p> <p>Kvalitetsstandarderne bør omfatte anbefalinger til de nødvendige lokale organisatoriske forudsætninger fx i forhold til fagligheder, udstyr og patientvolumen for at den faglig kvalitet kan opretholdes og udvikles lokalt. Der kan her med fordel bruges erfaringer med udarbejdelse af specialeplaner fra det regionale område.</p> <p>Kvalitetsstandarder bør også omfatte prehabilitering, at få flere patienter ind i rehabilitering - herunder med et fokus på social ulighed (gerne med måltal for henvisninger fra almen praksis og region og måltal for frafald undervejs), samt tiltag til at sikre fastholdelse af effekterne af rehabiliteringsforløbet fx gennem brobygning til civilsamfundsorganisationer, og endeligt bør de inkludere en løbende systematisk opfølgning på patienter efter endt forløb.</p>
<p>Perspektiver ved vedtagelse af §118b stk 2.</p>	<p>Hjerteforeningen anbefaler, at der - ud over krav til at understøtte primærsektoren med adgang til løbende faglig specialistrådgivning - også udarbejdes forpligtende krav til regionerne i forhold til kompetenceudviklingen af kommunale sundhedsprofessionelle for så vidt angår diagnosespecifikke vidensområder af betydning for kvaliteten af rehabiliteringstilbuddene. For hjerte-kar-patienter bør der fx ske en kompetenceudvikling af det kommunale sygeplejefaglige rehabiliteringspersonale med udgangspunkt i relevante elementer fra regionernes kardiologiske efteruddannelse for sygeplejersker.</p>
<p>Perspektiver ved indførelsen af §118b for den ”borgerrettede forebyggelse” §119 stk 1 og 2</p>	<p>Der er aktuelt ingen bindende kvalitetskrav til kommunalbestyrelsernes varetagelse af §119 stk. 1 eller stk.2. Kommunerne har således kun de vejledende anbefalinger fra ”Forebyggelsespakkerne” fra Sundhedsstyrelsen.</p> <p>Hjerteforeningen ser gerne, at Regeringen som konsekvens af indførelsen af §118b også beder Sundhedsstyrelsen udarbejde kvalitetsstandarder for den borgerrettede forebyggelse med bindende mindstekrav og et fokus på brug af populationsbaserede</p>

	<p>data og målsætninger. Kravene bør fx omfatte krav til systematisk udbredelse af viden om muligheden for rygestoprådgivning og sikre den tilhørende nødvendige driftskapacitet. Men Sundhedsstyrelsen bør i det hele taget få til opgave at gennemgå hvilke forebyggelsestilbud og dataindsamlingsmetoder, som ud fra evidensbaserede viden med fordel kan gøres til genstand for mindstekrav og dermed sikre at nationale mål for forebyggelse af sygdom i Danmark kan gennemføres.</p>
--	--

Med venlig hilsen



Anne Kaltoft
Adm. direktør





Indenrigs- og Sundhedsministeriet

KL-høringssvar vedr. lovforslag om kvalitetsplaner mv

KL takker for lejligheden til at afgive høringssvar.

KL skal indledningsvis anerkende, at regeringen med dette lovforslag tager et vigtigt skridt mod den omstilling af sundhedsvæsenet, som er helt afgørende, hvis vi også i fremtiden vil sikre bæredygtige og robuste sundhedstilbud til alle med behov. Ved at omstille sundhedsvæsenet skal der skabes plads til, at langt flere borgere kan få indsatser i det nære sundhedsvæsen, så sygehusene kan fokusere på patienter med de mest specialiserede behov.

Det kræver, at hele sundhedsvæsenet handler på en ny måde og at man i langt højere grad end i dag f.eks. systematisk bruger teknologi, træning og patientuddannelse, differentierer indsatsen, understøtter borgernes egenmestring og overlader et større ansvar til patienter, der godt kan tage det. Og det forudsætter, at man fra nationalt hold prioriterer de tilbud, der ligger uden for sygehusene, som er en forudsætning for et robust samlet sundhedsvæsen.

KL har i det følgende en række generelle kommentarer til lovforslaget. KL har herudover til slut nogle mere tekstnære bemærkninger.

Generelle kommentarer

Bemyndigelse til at fastsætte bindende krav til kommuner og regioner

KL skal bemærke, at en bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte bindende krav til kommuner og regioner om indsatser efter sundhedslovens afsnit IX er vidtgående. Til sammenligning kan Sundhedsstyrelsen stille krav til sygehusene i forhold til indsatser på lands- og landsdelsfunktioner, hvorimod Sundhedsstyrelsen alene kan komme med anbefalinger til sygehusene på hovedfunktionsniveau uagtet at størstedelen af sygehusenes aktivitet sker på hovedfunktionsniveau. Med lovforslaget får Sundhedsstyrelsen således mere vidtgående beføjelser fht at stille krav til opgavevaretagelsen i kommunerne end det er tilfældet for hospitalerne.

KL skal derfor også understrege, at det er helt afgørende, at relevante parter, herunder driftsherrerne, løbende inddrages i drøftelse af konkrete tiltag til udmøntning af denne bemyndigelse, jf. også neden for.

KL skal bede ministeriet uddybe, om ministeren udover at fastsætte nærmere regler for indsatsen efter sundhedslovens afsnit IX med

Dato: 22. februar 2023

Sags ID: SAG-2023-00488
Dok. ID: 3303301

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 7



lovforslaget også bemyndiges til ved bekendtgørelse at regulere opgavevaretagelsen i kommuner og regioner, konkret f.eks. flytte (omlægge) opgaver, der i dag er henlagt til regionerne, til kommunerne (se f.eks. lovforslagets side 11, næstsidste afsnit eller side 40 midt for). Er dette tilfældet, så vil ministeren få hjemmel til at ændre i myndigheders opgaver udenom Folketinget, hvilket er meget vidtgående.

National kvalitetsplan og kvalitetsstandarder for det nære sundhedsvæsen

KL bakker op om, at en national kvalitetsplan skal "understøtte nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen".

KL bakker også op om, at en national kvalitetsplan forstås som "drivkraft for en strukturel ændring af sundhedsvæsenet, hvor der bliver sat ramme og retning for en ændret opgaveløsning og omstilling af indsatserne uden for sygehusene".

Kvalitetsstandarder for det nære sundhedsvæsen

KL bakker op om, at Sundhedsstyrelsen udarbejder nationale kvalitetsstandarder for det nære sundhedsvæsen. KL mener, at nationale kvalitetsstandarder bør understøtte kommunernes opgavevaretagelse og sikre klarhed om, dels hvad der er en kommunal henholdsvis regional opgave; dels sikrer en national ramme for dialog om kompetencer og kapacitet i kommunerne i takt med, at flere borgere får indsatser i det nære sundhedsvæsen.

KL skal i den forbindelse anbefale, at Sundhedsstyrelsen i det kommende arbejde lader sig inspirere af de syv principper for fremtidens behandling af kronisk sygdom fra Hjerteforeningen, Gigtforeningen og KL.

Principperne kan hentes her: [Hjerteforeningen, Gigtforeningen og KL i fælles front: Her er fremtidens behandling af kronisk sygdom](#)

KL noterer sig, at det fremgår af lovforslaget, at "en ændret opgaveløsning som en del af omstillingsprocessen vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter". Det er efter KL's opfattelse helt afgørende med en løbende dialog om den mest hensigtsmæssige anvendelse af sundhedsvæsenets samlede kapacitet – ikke mindst begrænsede personaleressourcer – og herunder at sikre, at der løbende følger finansiering med i takt med en ændret opgaveløsning/forpligtende krav til kommunerne.

KL noterer sig også, at kvalitetsstandarderne skal sikre en kvalitetsudvikling af de kommunale akutfunktioner og af de patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. KL undrer sig i den forbindelse derfor også over, at det af lovforslagets side 10 nederst fremgår, at også psykiatriske patienter skal omfattes af arbejdet med kvalitetsplan og -standarder. Dette bl.a. henset til, at langt størstedelen af de opgaver, som kommunerne i dag løfter på det psykiatriske område, reguleres efter Lov om Social Service (socialpsykiatrien) og således ikke er omfattet af bemyndigelsesbestemmelsen i dette lovforslag.

Dato: 22. februar 2023

Sags ID: SAG-2023-00488
Dok. ID: 3303301

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 7

Regional rådgivning af kommuner

KL bakker op om, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler for regionsrådenes, herunder almen praksis rådgivning m.v. af kommunerne i forhold til indsatser efter sundhedslovens afsnit IX.

KL skal i den forbindelse opfordre til, at der fastsættes konkrete og entydige krav til sygehuse og almen praksis om rådgivning af kommunerne og om behandlingsansvarlig læge i de enkelte patientforløb. Forpligtende krav til sygehuse og almen praksis vil sikre ensartede rammer for den regionale rådgivning og dermed også understøtte mere lighed i sundhed på nationalt plan. Kravene kan, for så vidt angår rådgivning fra sygehuse, med fordel tage udgangspunkt i de gode erfaringer fra Region Hovedstaden om 72 timers behandlingsansvarlig læge, som allerede lanceret som led i forhandlingerne om en akutplan.

Rådgivning fra sygehuse er dog mere og andet end rådgivning efter udskrivning af konkrete patienter. Kommunerne oplever i dag stor forskel på, hvilken rådgivning de tilbydes fra sygehuse og sygehusafdelinger og i hvor høj grad rådgivning der tilbydes, er defineret ud fra kommunernes behov for rådgivning. Almen praksis er en tæt samarbejdspartner for kommunerne og en afgørende spiller, hvis omstilling skal ske. Lovforslaget kunne med fordel beskrive bedre, hvordan almen praksis' rolle sikres i omstillingen.

Klare rammer for adgang til medicin og remedier

KL skal opfordre til, at ministeriet tydeliggør sygehusenes ansvar for at levere medicin og remedier til borgerens fortsatte behandling, når denne er afsluttet fra sygehus til videre behandling i eget hjem/midlertidig plads i kommunen. Kommunerne oplever stor forskel i sygehusenes praksis på dette område. Tydeligere rammer for sygehusene vil styrke patientforløbet og dermed bl.a. reducere risikoen for en akut genindlæggelse.

Mere systematisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

KL skal opfordre til, at man nationalt opfordrer til og styrker opmærksomheden på, at sygehuse og almen praksis henviser borgere med kronisk sygdom til kommunale forebyggelsestilbud i langt højere grad end tilfældet er i dag, hvor der er store forskelle i henvisningspraksis på tværs af sygehuse, sygehusafdelinger og praktiserende læger. KL skal i den forbindelse understrege, at en standardisering af henvisningspraksis forudsætter styrket kapacitet i kommunerne, jf. også bemærkninger omkring finansiering neden for.

Forpligtigelse til at tilbyde patientrettet forebyggelse efter sundhedslovens § 119, stk. 3.

KL noterer sig, at det med lovforslaget ekspliciteres, at "kommunalbestyrelsen tilbyder patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen". Og videre, at tilføjelsen i § 119, stk. 3, er en "formel kodificering af allerede eksisterende praksis" henset til, at "kommunerne allerede har patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom". KL bemærker i den forbindelse, at den nuværende bestemmelse i sundhedsloven er af en så

Dato: 22. februar 2023

Sags ID: SAG-2023-00488
Dok. ID: 3303301

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 7

overordnet karakter, at nævnte præcisering og de kommende kvalitetsstandarder er en markant ændring i forhold til gældende praksis og således ikke blot en formel kodificering af allerede eksisterende praksis.

KL noterer sig, at en kvalitetsstandard for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom vil forpligte kommunerne til at efterleve en række nationale konkrete krav til indsatsen. Konsekvenserne af de(n) konkrete kvalitetsstandard skal derfor også løbende drøftes ift. økonomisk kompensation til kommunerne for at efterleve nationale krav til indsatsen, uagtet den hidtidige kommunale praksis på området, jf. oven for, som vel at mærke alene bygger på nationale anbefalinger. KL er derfor heller ikke enig i, at den forslåede ændring ikke vil indebære ændringer i praksis.

KL bemærker, at en kommende kvalitetsstandard alene bør have fokus på indsatsen til borgere med kronisk sygdom og ikke "borgere i risiko for at udvikle sygdomme", som lovforslaget også tydeliggør kommunernes forpligtelse over for og som ret beset omfatter store dele af den danske befolkning. Fx er 50 pct. af danskerne overvægtige og dermed i risiko for at udvikle kronisk sygdom. Den brede borgerrettede forebyggelse, som alle kommuner gennem mange år har arbejdet målrettet med, og som handler om at skabe gode rammer for en sund levevis, omfatter også gruppen af borgere i risiko for at udvikle sygdom. En yderligere og evt. mere håndholdt og individuel indsats overfor borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom vil være en voldsom og ganske ressourcekrævende indsats, som vil kræve en markant tilførsel af kapacitet i kommunerne.

KL skal endelig understrege, at det er afgørende, at arbejdet med nationale kvalitetsstandarder tager udgangspunkt i en generisk tilgang. Det er både velkendt og dokumenteret, at fysisk nærhed til forebyggelsestilbud har en stor betydning for borgernes tilslutning og deltagelse. Derfor må de kommende krav til tilbuddene ikke betyde en centralisering, som gør, at tilbuddene rykker fysisk væk fra de borgere, som har de allerstørste behov. Dette ville betyde øget ulighed i sundhed. Det er også vigtigt at arbejdet kommer til at tage udgangspunkt i, at borgere er forskellige og har forskellige behov, uafhængigt af deres diagnose. Der er således gode erfaringer med at tilbyde forebyggelse og træning til specifikt til fx modne mænd eller etniske minoriteter. Endelig bemærker KL, at flere og flere danskere lider af flere samtidige sygdomme, hvilket forebyggelsestilbuddene også i fremtiden skal kunne rumme.

Visitation til tilbud efter sundhedslovens § 119, stk. 3.

KL skal foreslå, at det i lov eller bekendtgørelse ekspliciteres, at almen praksis og sygehus kan *henvise* borgere til tilbud efter sundhedslovens § 119 og at det er kommunalbestyrelsen, der *visiterer* til tilbud efter samme lov via en afklarende samtale. En lignende bestemmelse om visitation gælder hjemmesygepleje efter sundhedslovens §§ 138 og 139.

KL skal også foreslå, at det i lovforslaget tydeliggøres, at borgerne ikke har ret til tilbud efter § 119, stk. 3, men at det altid er en konkret faglig vurdering, der, bl.a. på baggrund af borgerens funktionsevne, motivation,

Dato: 22. februar 2023

Sags ID: SAG-2023-00488
Dok. ID: 3303301

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 7

ressourcer og kompetencer i øvrigt, afgør rammerne for et evt. kommunalt tilbud, jf. også de syv principper for fremtidens behandling af kronisk sygdom, hvor en af principperne handler om at differentiere indsatsen. Konkret kan det ske ved, at det i lovforslagets § 119, stk. 3 tydeliggøres, at "kommunerne tilbyder patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen [til borgere med særlige behov]".

Finansiering

KL anerkender, at der med den politiske aftale fra maj 2022 er afsat midler til de reviderede kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner og til regional rådgivning heraf (i alt 125 mio. årligt fra 2023 og frem) og til kvalitetsstandarder for patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (godt 100 mio. kr. i 2023 stigende til 130 mio. kr. fra 2029 og frem).

KL bemærker, at kommunerne med de afsatte midler i 2023 kan ansætte i alt 167 sygeplejersker. Det svarer til, at en gennemsnitskommune vil kunne ansætte godt 1½ ekstra sygeplejerske. Det er KL's vurdering, at denne opnormering langt fra vil stå mål med de markante forventninger til indsatsen til borgere med kronisk sygdom, som regeringen med den kommende kvalitetsplan lægger op til.

KL finder, at de må være en grundpræmis, at de økonomiske, ressourcemæssige og faglige konsekvenser afdækkes systematisk i forbindelse med kvalitetsstandarderne. Her kan der fx skeles til, hvordan man i dag regionalt eller mellem regioner og enkeltkommune indgår aftaler om opgaveoverdragelse. KL har, med udgangspunkt i regionale tjeklister, udarbejdet en tjekliste til dette, som kan ses her [Tjekliste til vurdering af konsekvenser ved omstilling og opgaveoverdragelse i det nære sundhedsvæsen](#)

KL ser på den baggrund frem til løbende drøftelser med regeringen om de økonomiske konsekvenser af kvalitetsstandarder målrettet de kommunale tilbud efter sundhedslovens afsnit IX eller konsekvenserne af en omlægning af opgaver til det nære sundhedsvæsen i øvrigt inden for rammerne af en national kvalitetsplan.

Hjemmesygepleje

KL bakker op om, at "hjemmesygepleje" med lovforslaget erstattes med "sygepleje" og at det hermed tydeliggøres, at opgaverne kan foregå uden for borgerens eget hjem.

KL imødeser i den forbindelse, at gældende bekendtgørelse og vejledning justeres jf. oven for og i øvrigt opdateres i forhold til den udvikling den kommunale sygepleje har gennemgået gennem det seneste årti.

Mellekommunale samarbejder

KL bakker op om muligheden for ved mellekommunale samarbejder at kunne visitere på tværs af kommunegrænser.

Dato: 22. februar 2023

Sags ID: SAG-2023-00488
Dok. ID: 3303301

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 7

KL bemærker, at den enkelte kommunalbestyrelse med lovforslaget fortsat bevarer myndighedsansvaret for den kommunale sygepleje, herunder også den del, der er henlagt til et mellemkommunalt samarbejde og at hver enkelt kommunalbestyrelse derfor også skal fastlægge serviceniveau m.v. for opgaver henlagt til det fælleskommunale samarbejde. KL undrer sig i den forbindelse over, at det på side 45 midt for kan læses som at kommunerne i tværkommunale samarbejder bl.a. kan lave fælles visitationskriterier.

KL bemærker i forlængelse heraf, uagtet kommunernes øgede fleksibilitet, at der formentlig ikke kan høstes afbureaukratiseringsgevinster herved givet det øgede behov for kommunikation kommunerne imellem.

KL bemærker også, at udbredelse af mellemkommunale samarbejder fordrer en drøftelse af behovet for mellemkommunal refusion på sundhedsydelse.

KL skal endelig og generelt bemærke, at om end mellemkommunale samarbejder kan øge patientgrundlaget, risikerer mellemkommunale samarbejder også at øge borgerens afstand til et givent tilbud, hvilket har konsekvenser for borgerens tilslutning til tilbuddet, jf. ovenfor.

Regionsklinikker

Det er afgørende for KL, at der er lægedækning i alle områder af landet og at alle borgere har adgang til en praktiserende læge. KL bakker derfor også op om muligheden for, at regionen kan etablere og drive en klinik, som leverer almen medicinske ydelser i fald regionsrådet ikke kan afsætte et ydernummer.

Tekstnære bemærkninger

- Iflg. § 119 nyt stk. 3 tilbyder kommunalbestyrelsen patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen. Efter § 119, stk. 2 etablerer kommunalbestyrelsen forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgeren. Hvad er forskellen mellem "tilbyder" og "etablerer"?
- Øverst side 6 nævnes alene krav til kommunernes sundhedsydelse. Nævn også gerne krav til regionernes rådgivningsforpligtelse.
- Udfordringerne med lægedækning er beskrevet meget grundigt og underbygget med tal og fakta, mens udfordringsbilledet for kvalitetsplanen er noget mere sparsomt beskrevet.
- Den lange beskrivelse af reglerne for specialeplanlægning forekommer mindre relevant.
- Øverst side 9 står at rådgivning fra regioner til kommuner allerede er en del af sundhedsvæsenets praksis. Dette er korrekt, men det bør fremgå at der er stor variation i den rådgivning der tilbydes. I det hele taget anbefaler KL at regionernes rådgivningsforpligtelse skrives mere integreret ind i teksten om omstilling. Det står fx ret dekoblet på side 12 midt for.
- Det fremgår af lovforslaget, at kvalitetsstandarderne kan vedrøre krav/anbefalinger til monitorering (side 10). Det er i den forbindelse vigtigt, at kvalitetsmonitoreringen bygger på Fælles Sprog III på § 119, som netop nu implementeres i kommunerne.

Dato: 22. februar 2023

Sags ID: SAG-2023-00488
Dok. ID: 3303301

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 7



- Det fremgår på side 14 at kommunernes forpligtelse til at tilbyde patientrettet forebyggelse tydeliggøres. "Tydeliggøres" bør erstattes af "etableres", idet forpligtelsen ikke har eksisteret før som et krav.

KL skal afslutningsvis tage forbehold for lovforslagets økonomiske konsekvenser og senere politisk behandling.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Dato: 22. februar 2023

Sags ID: SAG-2023-00488
Dok. ID: 3303301

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 7

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

07.02.2023

Att: Sarah Storm Egeskov

Høringssvar fra foreningen af Kommunale Velfærdschefer til: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning)

Sendt til: Kontor for Borgernær Sundhed på sum@sum.dk
C.c.: sse@sum.dk.

Foreningen for Kommunale Velfærdschefer (KV) takker for muligheden for at indgive høringssvar på sagen, og har følgende bemærkninger hertil.

Helt generelt bakker KV op om forslaget til ændringerne i sundhedsloven og autorisationsloven og ser positivt på indsatsen for at øge kvaliteten på denne del af sundhedsområdet. Det gælder bl.a. de kommunale akutfunktioner, som spiller en stadig større rolle i det nære sundhedsvæsen. De kommunale akutpladser kunne med klarere rammer få et mere tydeligt mandat og arbejdsområde. Dog vil ændringerne stille større krav til kommunernes økonomi, brug af ressourcer mm., hvorfor et økonomisk råderum bør følge med i implementeringen heraf.

At indføre en national kvalitetsplan for kommunerne kræver bl.a. en understøttende funktion til kommunerne samt en massiv efter-/videreuddannelse af personale, da medarbejdergrupperne repræsenterer et bredt spænd af kompetencer og kompetenceniveauer, i.e. fra ufaglært til længere videregående uddannelser. At sikre kvaliteten på tværs af alle kommuner vil som allerede nævnt kræve en øget finansiering, og KV stiller sig uforstående overfor ministeriets beskrivelse af, at det ikke er en varig udgift. At sikre kvaliteten kræver, at kommunerne investerer i en kvalitetsorganisation samt laver et varigt løft af kompetenceniveauet i flere af medarbejdergrupperne, - og set i lyset af de stigende rekrutteringsudfordringer, kræver det en stor investering.

KV hilser overvejelserne om ændring af betegnelsen *hjemmesygepleje* til *sygepleje* velkommen. Det kan bidrage til at understøtte ønsket om i højere grad at samle sygeplejeydelser i kommunernes sygeplejeklinikker. I bestræbelsen på fortsat at understøtte lighed i sundhed anbefales det i forlængelse heraf at stille borgerne lige i forhold til transport til kommunale sygeplejeklinikker som til undersøgelser på sygehuset.

KV ser endvidere positivt på muligheden for rådgivning fra såvel sygehuse som praktiserende læger. KV vil dog rette opmærksomheden på den store sundhedsfaglige kompetence, der ligger i

kommunerne og den viden kommunerne har om borgeren før og efter evt. behandling på sygehusene. Med henblik på at understøtte udviklingen af det nære sundhedsvæsen kunne det således være relevant om der ligeledes blev indhentet sundhedsfaglig rådgivning fra kommunerne.

Med venlig hilsen

Jakob Bigum Lundberg, formand KV.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Att. sum@sum.dk
Kopi til sse@sum.dk

Høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

21. februar 2023

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

pha@kost.dk
51215960

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Kliniske Diætister takker for muligheden for at afgive hørings svar og afgiver fælles hørings svar i forhold til de fremsendte ændringsforslag.

Vores bemærkninger fokuserer på indførelse af bemyndigelse hjemmel for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende kvalitetskrav- og anbefalinger til kommunale sundhedsydelse.

Indledende bemærkninger

Indledningsvist vil vi gerne kvittere for regeringens arbejde for at sikre et velfungerende sundhedsvæsen i forbindelse med sundhedsreformen og for, at der sættes fokus på at sikre kvalitet, bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed samt, at der er fokus på at nedbringe ulighed i sundhed.

Vi byder det velkomment, at det nu i sundhedsloven præciseres, at kommunerne har ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse, og at lovforslagets bemærkninger understreger, at en styrkelse af den forebyggende indsats i kommunerne er nødvendig for at nedbringe hospitalsindlæggelser og lette det store pres på sundhedsvæsenet.

De kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud har i alt for lang tid været forskellige, hvilket har bidraget til at øge uligheden i sundhed. Det er derfor positivt, at der med lovforslaget skabes hjemmel til at indføre bindende og konkrete kvalitetskrav til kommunernes sundhedsopgaver, så der sikres en *styret og systematisk indsats*, samt en *udvikling* af kvaliteten i forhold til i dag.

Der er brug for større fokus på underernæring og svær overvægt

Underernæring

For at opfylde hensigten om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser¹, er det vores opfattelse, at afsnit IX i sundhedsloven bør udvides med indsatser om forebyggelse og behandling af underernæring.

Underernæring er et stort problem i Danmark. Et dansk studie viser, at 60 procent af medicinske patienter over 65 år var i ernæringsrisiko.² Hver femte beboer på plejehjem har tilsvarende problem.³ En ny norsk rapport⁴ viser, at underernæring hvert år koster det norske samfund 22 mia. DKK., tab af livskvalitet og for tidlig død. Der er ingen grund til at tro, at det står bedre til i Danmark. Det har store konsekvenser for den enkeltes helbred og livskvalitet – og for samfundsøkonomien.

En stor del af ældre, der modtager kommunale ydelser som hjemmepleje eller bor på plejecenter, er i ernæringsrisiko eller lider af underernæring. Vi foreslår derfor, at der stilles krav til kommunernes indsats på området i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning⁵, så indlæggelser og genindlæggelser undgås.

Svær overvægt

Ligeledes bør der være kommunale tilbud af høj kvalitet for borgere med svær overvægt. Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefaling for livsstilsinterventioner⁶, bør kostelementet varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en professionsbachelor i ernæring og sundhed inden for Sundhedsfremme og diætetik med toningen Sundhedsfremme og forebyggelse eller med toningen Klinisk diætetik, hvorfor dette bør prioriteres.

På begge områder bør der udarbejdes kvalitetsstandarder, som beskrevet for andre områder i afsnit IX i sundhedsloven, således at

¹ Sundhedsreform, Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen maj 2022

² J Hum Nutr. Diet. 2022; 1–8. Nutritional risk screening in a Danish university hospital is insufficient and may underestimate nutritional risk: A cross-sectional study.

³ Arla og Kost og Ernæringsforbundet. 2014. Underernæring – det skjulte samfundsproblem.

⁴ Menon Economics. 2022, Samfunnskostnader knyttet til underernæring. Menon - publikasjon nr. 123/2022

⁵ Sundhedsstyrelsen. 2022. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis.

⁶ Sundhedsstyrelsen. 2021 Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger til børn og voksne.

der sikres en ensartet indsats, på tværs af kommunegrænserne i Danmark.

Kvalitetspakke for den ældre medicinske patient

I fremtiden vil der komme flere syge ældre i Danmark, og der er brug for at sikre en ensartet kvalitet og systematik i behandlingen af denne borgergruppe. Ældre medicinske patienter behandles og plejes på tværs af hospitalet, almen praksis og i kommunalt regi.

Ældre er særligt sårbare i overgangene mellem hospital, midlertidige pladser og egen bolig. Derfor er der brug for systematiske kvalitetskrav til behandlingen. Vi foreslår derfor, at der etableres kvalitetspakker for denne borgergruppe, så der sikres kvalitet i den tværgående indsats med medicin, træning og ernæring.

Samtidig erkender vi, at kommunerne står med en stor opgave, når de skal tage imod en udskrevet ældre medicinsk patient. Derfor opfordrer vi til, at bl.a. ernæringsindsatser skal indgå i regionernes 72 timers udvidede behandlingsansvar, herunder formidling af den ældre patients ernæringsstatus, -behov og evt. ernæringsbehandling. Og den ældre medicinske patient skal tilbydes den rette hjælp til ernæring i overgangen mellem hospital, selvstændig bolig eller plejehjem.

Lige adgang til diætvejledning og behandling

Derudover foreslår vi, at der stilles krav til kommunernes generelle indsats på ernæringsområdet, så alle med behov har ret til ernæringsvejledning og diætbehandling⁷ – uanset hvor i landet de bor. Det kan ske via tværfaglige og udkørende ernæringsteams.

Tværkommunal visitation

Ved muliggørelse af tværkommunal visitation kan der med fordel medtages ernæringsbehandling ved klinisk diætist, hvor der kan være ernæringsmæssigt behov.

Evidensbaseret forebyggelse og sundhedsfremme skal ikke kun tilbydes patienter

Vi foreslår, at der til lovforslagets § 119, stk. 3, tilføjes, at også kommunerne skal tilbyde evidensbaserede forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser, så dette omfatter både borgere og patienter. Fx er mennesker der lider af svær overvægt ikke nødvendigvis patienter, men har alligevel behov for kvalificerede,

⁷ Af kliniske diætister eller professionsbachelor i Ernæring og Sundhed med toning Sundhedsfremme og Forebyggelse afh. af kompleksiteten.

⁸ Sundhedsstyrelsen. 2021 Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger til børn og voksne

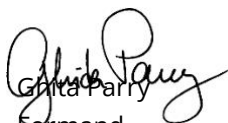
evidensbaserede kommunale tværfaglige indsatser, jf. Sundhedsstyrelsens anbefaling⁸.

Almen praksis skal have bredere mulighed for at henvise til diætist

Almen praktiserende læger kan i dag henvise fx patienter med diabetes til fysioterapi eller fodterapeuter, men det ikke er muligt at henvise til en autoriseret privatpraktiserende klinisk diætist. Det er vores forslag, at henvisning til klinisk diætist fremadrettet bliver et mere smidigt redskab for den almene praksis, også hvor der ikke er regionale eller kommunale adgange.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD indgår meget gerne i det videre arbejde, som skal iværksættes af Sundhedsstyrelsen, med at udvikle kvalitetskrav og standarder på ernæringsområdet, herunder bl.a. svær overvægt, kroniske sygdomme og underernæring.

Med venlig hilsen



Gitte Parry
Formand

Kost og Ernæringsforbundet



Mette Theil
Formand

Formand

Fagligt selskab af Kliniske Diætister
(FaKD) i Kost og Ernæringsforbundet

Hørings svar til

Høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Fra:

KD - Kristendemokraterne

Kontaktperson: Sundhedsordfører: Tina Mørk,
tinamoerk61@gmail.com, tlf 20 70 46 90
Sundhedsudvalgsmedlem: Britta Kristensen
03bgkristensen@kd.dk, tlf 21 64 86 21
Politisk næstformand: Henrik Hjortshøj
08hhjortshoj@kd.dk, tlf 22 96 29 27
Organisatorisk næstformand: Jesper Housgaard
01jhousegaard@kd.dk, tlf 28 30 26 55

Generelle bemærkninger:

KD Kristendemokraterne er en del af den politiske aftale om sundhedsreformen, som blev indgået i maj 2022 og vil derfor gerne afgive følgende høringssvar vedrørende fremsat udkast til ændringsforslag af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed.

KD Kristendemokraterne ønsker en lovgivning, som understøtter den nære sundhed, herunder at lovgivningen fortsat gør det muligt for praktiserende læger at være aktive og lokale i deres klinikker. Den enkelte patient og dennes familie skal have mulighed for at være tilknyttet en fast praktiserende læge, som følger patienten kontinuerligt i en sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Kvaliteten i den praktiserende læges lokale arbejde udtrykkes også ved, at lægen aktivt indgår i samarbejdet med det regionale sygehus og den kommunale sundhedsindsats, herunder kvalitets-klyngesamarbejdet

Lovforslagets første del om at skabe rammerne for en national kvalitetshandleplan for det nære sundhedsvæsen i forhold til at stille krav om kvalitetsstandarder og sikre ensartet behandling i de kommunale sundhedstilbud, herunder sygepleje og akuttilbud har KD's opbakning. Dog må bureaukrati og standarder ikke overskygge behovet for den nødvendige

differentierede sundheds-indsats, der lokalt må gøres for at forebygge ulighed i sundhed.

KD Kristendemokraterne opfatter lovforslaget omkring smidiggørelse af etablering af regionale klinikker som en styrkelse af mulighederne for at sikre den nære sundhed, større fleksibilitet i praksislægers arbejdstid og bekæmpe ulighed i sundhed.

Den nationale kvalitetshandleplan, som sikrer større ensartethed og kvalitet for patienterne og arbejder konstruktivt for bedre lægedækning, og dermed sikkerhed for et personligt læge-patientforhold, er i fuld overensstemmelse med den aftale, KD har været med til at indgå.

Tekstnære bemærkninger:

Pkt 2.4 og 2.5:	Punkterne indeholder muligheder for at oprette flere forskellige typer i klinikker, specielt i lægedækningstruede områder. Der lægges op til, at ydernumre skal overdrages, hvis en praktiserende læge ønsker at drive praksis indenfor overenskomsten.
Kommentar:	<p>KD er blevet bekendt med udbredelse af en kliniktype, hvor en koncern indgår kontrakt med f.eks. en praktiserende læge, som ønsker at afhænde praksis og derfor kan stille sit ydernummer til rådighed for koncernen, som dels ikke lever op til kvalitetskrav og klyngesamarbejder, men ej heller driver klinikken på en for patienten og samfundet ønskværdig måde.</p> <p>Disse "Stråmandsklinikker" drives i en uigennemsigtig konstruktion med hemmelige kontrakter, og hvor patienter oplever, at hverken den læge, der har ydernummeret eller en anden fast læge er til stede, og det er vanskeligt som patient at få foretræde for en læge. Ofte bemandes disse såkaldte "stråmandsklinikker" i det daglige af sygeplejersker/klinikpersonale og de tilknyttede læger er kun inde i kortvarige vikariater og kun til stede i korte perioder af dagen. Patienter oplever, at de skal igennem flere aftaler med sygeplejersker, blodprøvetagning mv., før de får mulighed for en læge-samtale.</p> <p>Desværre ses disse konstruktioner især i områder med lægemangel – og hvor der også er udfordringer med ulighed i sundhed.</p> <p>KD ser derfor behov for skærpet tilsyn med koncerner og krav til f.eks. standard regionale kontrakter, som grundlag for en gennemsigtighed i koncernens levering af ydelser.</p>

<p>Forslag til ændring:</p>	<p>Krav om kvalitet og tilsyn med koncern-klinikker</p> <p>KD Kristendemokraterne vil opfordre til, at der i kapitlet omkring regionsklinikker, hvor PLO- og licensklinikker er omtalt, indarbejdes paragraffer om hvilke kvalitetskrav, der skal stilles til de klinikker, som drives af koncerner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansættelseskontrakter for læger med specialuddannelse med et timetal, der svarer til hvor mange ydernumre koncern-klinikken har - en læge kan have op til 6 ydernumre • Krav til i hvilket omfang vikarer anvendes. • Tilsyn med adgang til patientsystemer • Tilsyn med kvaliteten i koncern-klinikker i forhold til GDPR og behandlingen af patient-data. • Krav om, at patienterne i disse koncerner præsenteres for en liste af læger, og at de tilknyttes en fast læge • Standardkontrakter, som skal anvendes uanset hvilken virksomhedsform, der er tale om, og at ovenstående krav skal fremgå af kontrakten. Regionen kan som led i deres ansvar for praksisplan mv. stå for at godkende disse standardkontrakter, og i det hele taget bør regionens kompetencer til at føre tilsyn skærpes. Det er desværre nødvendigt at kontrollere i langt højere grad overfor denne form for kliniktype.
-----------------------------	---

<p>Punkt 2.1.1, 2.1.2 og 2.1.3:</p>	<p>Bemyndigelsen til at fastlægge bindende kvalitetskrav må ikke føre til central styring og begrænsning af kommuners og regioners frihed til samarbejde og tilrettelægge opgaveløsning.</p>
<p>Kommentar:</p>	<p>KD står bag tanken om at flere opgaver kan løses i det nære sundhedsvæsen, mange opgaver kan med fordel varetages tættere på borgeren/patienten. Kvalitetskrav skal være faglige krav. Der skal være tillid og frihed til at kommuner og regioner i praksis tilrettelægger indsatsen lokalt.</p>
<p>Forslag til ændring:</p>	<p>KD foreslår at budgetloven revideres, serviceloftet i kommunerne fjernes og regionerne styrkes og tildeles skatteudskrivningsret, så muligheden for nærdemokrati og samarbejde om løsninger i det nære sundhedsvæsen forbedres. Fokus på forløbsprogrammer og pakkeløsninger må ikke føre til, at patienter, der har flere lidelser, som falder udenfor pakkeløsningerne, nedprioriteres i effektivisering.</p>

KD Kristendemokraterne bakker op om lovforslagets del omkring hjemmesygepleje, og mulighederne for at denne sygepleje kan udføres i klinikker og indgå som en del af den rehabiliterende indsats i samarbejde med øvrige faggrupper, samt at indsatsen kan tilrettelægges tværkommunalt, hvilket der allerede er gode erfaringer med.

Ligeledes ser KD Kristendemokraterne en fuldstændig sammenhæng over til kvalitetsstandardkrav til kommunerne, for at levere en meget mere ensartet sundhedsindsats, både i akuttilbud, sygeplejeklinikker, **men især også på det forebyggende sundhedsområde, som især nu er i fare for at blive udsat for kommunale besparelser i 2023 og 2024.**

21. februar 2023

Direktionen

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Kræftens Bekæmpelses høringsvar vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Kræftens Bekæmpelse vil gerne indledningsvis udtrykke støtte til lovforslagets overordnede formål om at skabe bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed og geografi, nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet samt understøtte bedre lægedækning.

Ad 2.1. Kvalitetsplan

Kræftens Bekæmpelse mener, at den nationale kvalitetsplan er et vigtigt skridt i retningen for at sikre bedre og mere ensartet kvalitet i de kommunale tilbud til gavn for borgerne. Kvalitetsplanen bør imidlertid ses som et første skridt i den større omstillings- og forandringsproces af sundhedsvæsenet, og Kræftens Bekæmpelse vil understrege behovet for, at patientperspektivet løbende bør indtænkes i denne proces. I dette arbejde vil Kræftens Bekæmpelse stille sig til rådighed herunder også i det videre arbejde med udvikling af konkrete kvalitetsstandarder.

For patienter med kræft er der behov for nationale kvalitetsstandarder for behandling af senfølger, rehabilitering og palliation i kommunerne. Mange, der enten har eller har haft kræft, oplever, at de forskellige sundhedstilbud i landets kommuner ofte er af svingende kvalitet. Eksempelvis viser Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse fra 2019, at 38 pct. af de adspurgte kræftpatienter har haft kontakt til kommunen i deres forløb. Heraf oplever under halvdelen, at de ansatte i kommunen har sat sig ind i deres forløb. 19 pct. oplever, at den hjælp, de fik fra kommunen, var overvejende eller særdeles dårlig. Kræftens Bekæmpelse ser derfor positivt på, at lovforslaget jævnfør § 118 stk. 1 og stk. 2 giver indenrigs- og sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og regler for rådgivning fra sygehusene, da det er forhåbningen, at det vil løfte kvaliteten og mindske den geografiske ulighed.

Hvis regeringens ambition om et borgernært sundhedsvæsen af høj faglig kvalitet skal efterleves, er bindende kvalitetskrav og -standarder nødvendige. Det er imidlertid efter Kræftens Bekæmpelses opfattelse ikke tilstrækkeligt i sig selv, da det også er afgørende, at der medfølger de nødvendige dokumentationskrav, så det sikres, at kommunerne lever op til kravene. I det videre arbejde med at fastsætte nationale kvalitetsstandarder vil Kræftens Bekæmpelse op-

fordre til, at det er faglige og ikke økonomiske hensyn, der bliver styrende, samt at Sundhedsstyrelsen får tilstrækkelige beføjelser til at håndhæve overholdelsen af kvalitetsstandarderne. Der opfordres også til, at der kommer stort fokus på implementering af den nationale kvalitetsplan med henblik på at sikre, at målene med kvalitetsplanen bliver omsat til praksis i alle kommuner.

Kræftens Bekæmpelse vil desuden understrege behovet for, at der kommer den rette IT-understøttelse, der kan muliggøre en ensartet opsamling af sundhedsdata på det kommunale område, deling af data på tværs af sektorer samt for opsamling af kvalitetstab i de kliniske kvalitetsdatabaser. Derudover vil Kræftens Bekæmpelse fremhæve, at øgede kvalitetskrav kan medføre behov for kompetenceudvikling herunder efteruddannelse af sundhedspersonale.

Ad 2.2. Forbedrede rammer for kommunernes opgavevaretagelse som led i indførslen af kvalitetsstandarder

Udviklingen i danskernes sundhedsadfærd går på mange områder den forkerte vej. Der er stadig alt for mange, som ryger, flere og flere danskere får overvægt, og danskernes alkoholforbrug særligt blandt unge er for stort. Kræftens Bekæmpelse mener, at det er helt centralt, at de samfundsmæssige rammer fremmer vores sundhed, og at der er relevante og tilgængelige forebyggelsestilbud til borgere, der har brug for støtte til at leve sundere.

Kommunerne har ansvaret for at sikre forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgere, og som blandt andet Statens Institut for Folkesundheds monitorering fra 2020¹ viser, er der behov for at styrke kommunernes forebyggelsesindsatser. Kræftens Bekæmpelse noterer derfor med tilfredshed, at der i § 119 indsættes et nyt stk. 3, der tydeliggør kommunernes forpligtelse til at etablere patientrettede forebyggelsestilbud og sundhedsfremmende indsatser til borgere i risiko for at udvikle sygdomme samt for patienter i kommunen. Det er med bestemmelsen godt at få tydeliggjort eksisterende praksis i kommunerne, og det er samtidig et relevant skridt i bestræbelserne på at styrke kvalitetsudviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at der som led i arbejdet med udformningen af forpligtende kvalitetskrav til de kommunale sundhedsydelse, herunder til den patientrettede forebyggelse, indføres en bestemmelse om forpligtende kvalitetsstandarder med kvalitetskrav for den borgerrettede forebyggelsesindsats i regioner og kommuner jævnfør § 119. Ligeledes opfordres der til, at der etableres en national monitorering af omfanget og kvaliteten af regionernes og kommunernes forebyggelsesindsatser.

Ad 2.4. Praksisplan for almen praksis

Kræftens Bekæmpelse har forståelse for den nuværende situation, som regionerne står i med mangel på læger til alle patienter, men det er vigtigt, at borgerne oplever kontinuitet i almen praksis, hvilket kan være en udfordring med regionsklinikker. Kræftens Bekæmpelse støtter derfor op om den foreslåede ordning, hvor regionerne jævnfør sundhedslovens § 227 stk. 5 kan

¹ Statens Institut for Folkesundhed (2020) *Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019*.



etablere en regionsklinik eller sende et ydernummer i udbud, men at der samtidig indsættes et nyt stk. 6, som tilsiger, at regionen skal indgå aftale inden for rimelig tid, hvis der er en læge, som ønsker at overtage en regionsklinik. Det er Kræftens Bekæmpelses forhåbning, at det vil styrke regionernes rekrutteringsmuligheder til regionsklinikkerne, der skal bidrage til kontinuitet for patienterne, idet tidsbegrænsningen på 6 år bortfalder.

Derudover håber Kræftens Bekæmpelse, at der i regionsklinikkerne er fokus på et styrket samarbejde om patientens forløb, så patienterne i højere grad oplever sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

Ad 2.6. Særligt vederlag

Almen praksis udgør en central del af sundhedsvæsenet, og Kræftens Bekæmpelse er enig i, at det er væsentligt, at borgere har adgang til alment medicinsk tilbud af høj kvalitet. Det er derfor positivt, at der i § 227 indsættes et nyt stk. 7, som giver regionerne mulighed for i områder med lægemangel at indgå aftale om et særligt vederlag. Det er et vigtigt skridt hen imod at mindske den geografiske ulighed. I forlængelse heraf vil Kræftens Bekæmpelse opfordre til, at der samtidig gives mulighed for differentieret honorering således, at de praktiserende læger, hvis patientgrundlag er særligt udfordret, tilgodeses med henblik på at mindske den sociale ulighed.

Med venlig hilsen

Jesper Fisker
Adm. direktør



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Høringssvar ang. udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte d. 18. januar 2023 udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed i høring.

Lungeforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi finder det overordnet positivt, at det præciseres, at kommunerne har ansvar for at tilbyde patientrettet forebyggelse i sundhedsloven og at lovforslagets bemærkninger understreger, at en styrkelse af den forebyggende indsats i kommunerne er nødvendigt for at nedbringe hospitalsindlæggelser og lette presset på sundhedsvæsenet.

Bindende kvalitetskrav skal sikre kvalitet og systematisk indsats

Vi finder det også positivt, at der med lovforslaget bliver skabt hjemmel til at indføre bindende kvalitetskrav til kommunernes sundhedsopgaver, hvor det er særligt vigtigt, at der er tale om bindende og konkrete kvalitetskrav til kommunerne, som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget. Det er positivt, at kvalitetskravene sigter mod at sikre en styret og systematisk indsats, samt at kvaliteten udvikles i forhold til i dag. Udgangspunktet for kvalitetsstandarderne bør være den faglige viden og eksisterende faglige anbefalinger, som også omfatter diagnosespecifikke krav til rehabiliteringsindsatsen jf. "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL".

Det er desuden vigtigt, at kommunernes forpligtelse til at tilbyde patientrettet forebyggelse gælder både borgere i risiko for at udvikle sygdomme og borgere, som allerede er diagnosticeret, som det præciseres i bemærkningerne.

Vi ser til gengæld med lidt større bekymring på lovforslagets bemærkninger og formuleringer, som peger på, at udviklingen af kvalitetskrav til kommunerne kommer til at tage lang tid og vil ske over en årrække. Det er vigtigt, at ambitionsniveauet fra sundhedsaftalen fastholdes, så kvaliteten i den patientrettede forebyggelse hæves relativt hurtigt og dermed medvirker til nedbringe behovet for hospitalsbesøg. Hvis vi skal løse krisen i sundhedsvæsenet, er det vigtigt at vi styrker indsatsen i det nære sundhedsvæsen – og gerne hurtigt.

Diagnosespecifikke elementer er vigtige i den patientrettede forebyggelse

Vi ved, at god patientuddannelse og sygdomsmestring forebygger forværring og følgesygdomme til kronisk sygdom, herunder lungesygdommen KOL. Derfor er det vigtigt, hvad indholdet i kommunernes patientrettede forebyggelse er.

For at sikre en god sygdomsmestring - og dermed en god forebyggende effekt - er der behov for, at den patientrettede forebyggelse bl.a. indeholder diagnosespecifikke elementer. For mennesker med KOL er både vejledning omkring kost, rygestop og motion vigtige, ligesom læring om hvordan forværringer rammer, samt hvordan hverdagens gøremål skal klares, når man har mindre luft, er vigtige. Elementer som træning i eget hjem via telemedicinske løsninger kan også være brugbare, når transporten til f.eks. kommunalt træningscenter kan være en udfordring, når man har svært ved at få luft.

Det betyder ikke, at hele tilbuddet om patientrettet forebyggelse skal være diagnosespecifikt. Dele af tilbuddet kan afvikles som generiske forebyggende tilbud på tværs af diagnoser, men det er nødvendigt at der indgår diagnosespecifikke elementer.

Vi anerkender samtidig, at kommunerne – ligesom resten af sundhedsvæsenet – oplever udfordringer med at rekruttere de rette specialiserede kompetencer. Derfor kunne en mulig løsning herpå være, at de nye kvalitetskrav bør lægge op til, at kommunerne samarbejder. Et oplagt sted det kunne foregå er inden for sundhedsklyngerne. Her kunne indsatsen om at udbyde fælles patientrettet forebyggelse – særligt rehabilitering og indsatsen omkring rygestop - koordineres. Dermed kan man sikre både de rette specialiserede kompetencer samt opnå et passende grundlag i både store og små kommuner, også på de diagnosespecifikke elementer.

Loven bør fremme tværkommunalt samarbejde

Lungeforeningen oplever, at der i dag er store forskelle i kvaliteten på kommunernes tilbud til borgere med kronisk sygdom. Vi anerkender, at kommunerne har forskellige forudsætninger for at løse opgaverne - mindre kommuner kan have vanskeligere ved at skaffe de rette specialiserede kompetencer, som er relevante og nødvendige for at sikre høj kvalitet og effekt i patientrettet forebyggelse til en bred målgruppe af diagnoser, hvorfor de også har et større behov for at samarbejde på tværs – fx i regi af sundhedsklyngerne – om at udvikle, udbyde og bemande tilbud om patientrettet forebyggelse af høj kvalitet og effekt.

Derfor vil opfordre til, at det i loven præciseres, at kommunerne kan og bør indgå i tværkommunale samarbejder om patientrettet forebyggelse, der hvor det kan sikre en mere ensartet høj kvalitet og en samlet set bedre udnyttelse af ressourcer og kompetencer i sundhedsvæsenet.

Vi bidrager gerne yderligere

Skulle vores høringsvar medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Anne Brandt
Direktør i Lungeforeningen



HØRING: UDKAST TIL FORSLAG TIL LOV OM ÆNDRING AF SUNDHEDSLOVEN OG AUTORISATIONSLOVEN (NATIONAL KVALITETSPLAN FOR DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN OG INITI- ATIVER TIL BEDRE LÆGEDÆKNING

21. februar 2023

Sagsnr: 2023-1123

Aktnr: 4980555

Et første stort skridt der styrker det nære sundhedsvæsen

Lægeforeningen, inklusive Foreningen af Speciallæger, herunder FAPS, Yngre Læger og PLO sender hermed et fælles høringssvar vedrørende høringen om ændringen af sundhedsloven. Der henvises endvidere til PLO's høringssvar.

Lægeforeningen er glade for, at regeringen nu skaber de lovgivningsmæssige rammer for nationale kvalitetsplaner i det nære sundhedsvæsen. Pt. er kvaliteten i de kommunale sundhedstilbud meget forskellige og uensartede, og det betyder, at patienterne får behandling og tilbud af forskelligt omfang og kvalitet, og det vanskeliggør arbejdet med at skabe gode patientforløb på tværs af sektorer og sikre en omstilling af sundhedsvæsenet.

Kvalitetsplaner med forpligtende kvalitetsstandarder og anbefalinger er et vigtigt element, hvis det skal lykkes at omstille sundhedsvæsenet, så flere opgaver kan løses i primærsektoren frem for på sygehusene, og det desuden skal lykkes at få forebygget indlæggelser og genindlæggelser.

Speciallægerne og overlægerne på de danske hospitaler bidrager gerne til denne omstilling ved blandt andet at yde lægefaglig rådgivning mv. til kommunerne. Lægerne er vant til at rådgive og uddanne andre læger og faggrupper, og det vil kunne udbredes til også at omfatte uddannelse af personale uden for sygehusene, herunder i almen praksis, øvrige praktiserende sundhedspersonaler, samt sundhedspersonale ansat i kommunerne. Dog bør der tages højde for rådgivnings- og uddannelsesfunktionen i lægernes konkrete arbejdstilrettelæggelse, således at der afsættes tid hertil.

Med den store mangel på speciallæger er det samtidig afgørende, at ressourcen bruges klogt, fx ved at speciallægerne primært stiller deres ekspertise til rådighed via virtuelle, digitale og telefoniske løsninger fremfor ved udgående tidskrævende funktioner.

Lægeforeningen er helt enig i, at muligheden for det tværkommunale samarbejde om ydelserne i hjemmesygeplejen og de kommunale akutfunktioner skal styrkes. Vi ser generelt, at de lovgivningsmæssige rammer i højere grad understøtter mulighederne for fleksibel arbejdstilrettelæggelse og bedre samarbejde, både på tværs af kommuner og på tværs af kommuner og regioner.

Formanden

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500

Tlf.: +45 3544 8201 (direkte)

E-post: dadl@dadl.dk

E-post: cnr@dadl.dk

www.laeger.dk



Godt med nye initiativer, der skal understøtte bedre lægedækning

Lægeforeningen hilser velkommen, at sundhedslovens § 227, stk. 5 ændres, så regionsrådet vil kunne etablere en regionsklinik uden at gennemføre et udbud efter stk. 3 først. Med lovforslaget slås det fast, at praktiserende læger med ydernummer stadig er ankeret og førstevalget, når det gælder almenmedicinske tilbud til borgerne. Da der er mangel på praktiserende læger, særligt i visse egne af landet, kan det være nødvendigt, at regionerne driver almenmedicinske lægetilbud. Med lovforslaget gøres dette mere smidigt både processuelt og tidsmæssigt. Dette er fornuftigt, i og med at det af lovforslaget også fremgår, at der er en praktiserende læge (eller flere), som ønsker at overtage regionsklinik, skal der indgås aftale om overdragelse inden for rimelig tid - 12-18 måneder, og på økonomisk rimelige vilkår/bud, for både region og læge/læger.

Vi hilser desuden velkommen, at der skabes hjemmel til, at regionerne får mulighed for i en tidsbegrænset periode og i visse områder med særligt store udfordringer med lægemangel at yde et særligt økonomisk tilskud i form af et særligt vederlag, fx i form af et honorar til praktiserende læger, der ansætter praksispersonale for at tage imod væsentligt flere patienter. Det kan fx være relevant at anvende midlerne til at sikre rekruttering og fastholdelse af det relevante støttepersonale, herunder ansatte speciallæger i almen medicin. Det var ikke hensigten med afskaffelsen af § 2 i overenskomsten om almen praksis, at der skulle ske en ændret retstilling, og dermed heller ikke en begrænsning. Det var Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som fandt, at dette var tilfældet med ændringen.

Kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen kræver fokus på rekruttering

Indenrigs- og sundhedsministeren vil få indflydelse på fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen via fastsatte kriterier, så der bl.a. uddannes flere praktiserende læger.

Lægeforeningen anerkender behovet for at anvende kriterier for fordelingen af uddannelsesstillinger på en måde, der adresserer udfordringerne med lægedækning.

Vi finder det generelt afgørende, at ministeren har indflydelse på fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen for at sikre sammenhæng mellem de politiske ønsker og prioriteringer for sundhedsvæsenet, og imødekommelsen heraf. Vi mener, det er nødvendigt, at de påtænkte kriterier indebærer en forpligtelse til regionerne om at iværksætte målrettede og systematiske rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer over for de uddannelseslæger, der forudsættes at søge forløbene. Der er evidens for, at målrettede rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer virker, men regionerne er ikke ihærdige nok til at omsætte de gode eksempler til formler og standarder på aktiv arbejdsgiverpolitik og udbrede det i regionerne.

Vi byder meget gerne ind med viden og data om, hvad der har betydning for at tiltrække og fastholde uddannelseslæger i lægedækningstruede områder mhp., at dette kan indarbejdes i kriterierne. Der ses i dag eksempler rundt i landet på, at manglen på speciallæger og travlhed med patienterne skaber dårlige vilkår for supervision m.m., hvilket gør det svært at tiltrække uddannelseslægerne. Dette kan ende i en "ond cirkel", som der er brug for politisk opmærksomhed til at løse. Uddannelseskvaliteten skal være på plads, hvis man skal sikre sig, at alle uddannelsesforløb bliver besat. Man kan lære af erfaringerne fra bl.a. Nordjylland, hvor man de senere år har gjort en stor indsats for at gøre uddannelsesforløbene attraktive og få alle forløb besat.



For at sikre rekruttering til hele landet bør der i sammenhæng med de kommende års dimensioneringsplaner etableres en ”speciallægedækningspulje” eller lignende, der kan tilføre midler til indsatser, der kan føre til rekruttering af uddannelseslæger til hele landet. Dette kan ske ved at oprette flere stillinger med dedikeret forskningstid, fleksibilitet m.m. foruden gode uddannelsesforhold. Samtidig bør puljen understøtte fastholdelsestiltag ift. erfarne speciallæger, så der er tilstrækkeligt mulighed for supervision. I specialer såsom psykiatri er mange speciallæger på vej på pension, og andre står over for valg om at skifte til private stillinger. Der er derfor brug for en fastholdelsesindsats, ikke mindst de steder i landet hvor uddannelseskapaleten er under størst pres. Puljen bør etableres som en finanslovsbevilling og udmøntningen varetages af Sundhedsstyrelsen, med rådgivning fra Det Nationale Råd for Lægers videreuddannelse¹. Alle ideer og forslag bør overvejes og bør tage udgangspunkt i individuelle tilpasninger af uddannelsesforløb i trængte specialer. Det kan være fx deltidsansættelse, alternative forløbssammensætninger, forbedrede løn- og ansættelsesvilkår m.m. Tilbud om job til ægtefælle, børnepasning mv. er også naturlige at inddrage i et samlet tilbud.

I relation til almen medicin og almen praksis skal vi understrege, at sundhedsreformens mål om 6.500 speciallæger i almen medicin/ 5.000 alment praktiserende læger i 2035 forudsætter, at den eksisterende uddannelseskapaleten i almen praksis skal udnyttes maksimalt. Altså, at den uddannelseskapaleten, der pt. eksisterer i lægedækningstruede områder og i større byer i Danmark skal udnyttes for at nå målet. Det betyder også, at der skal tilføres ressourcer til området for at kunne iværksætte målrettede rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer af læger. Indsatsen vil kræve, at regionerne skal forsøge at udvikle individuelle løsninger for de læger, som overvejer ansættelse.

Det er vigtigt, at regionerne er særligt opmærksomme på, at velfungerende hospitaler med tilfredsstillende arbejdsvilkår har stor betydning ved valg af almen medicinsk hoveduddannelsesforløb. Samtidig er det afgørende at holde sig for øje, at netop lægedækningstruede områder ikke har særlig stor tutorlægekapaleten ud over den, som allerede udgør grundlaget for de aktuelt opslåede uddannelsesforløb, hvorfor yderligere øgning i antal uddannelsesforløb ikke i særlig høj grad kan ske i lægedækningstruede områder. Således er det ikke let eller gjort med kriterier alene at sikre, at flere læger vælger uddannelsen som almenmediciner, idet der er en række andre forhold og barrierer, som er værd at være opmærksom på².

De praktiserende speciallæger kan bidrage yderligere til at sikre lægedækning

De praktiserende speciallæger vil gerne bidrage ved eksempelvis at bemande satellitpraksis i de egne af landet, hvor der i dag er langt til en speciallæge. Speciallægepraksis ser sig også som en naturlig del af de kommende nærhospitaler, hvor praktiserende speciallæger vil kunne udføre operationer og andre behandlinger på hovedfunktionsniveau.

Derudover er der en proces i gang, hvor de praktiserende speciallæger udvikler et stadig tættere samarbejde med almen praksis. Det vil gøre det muligt at færdigbehandle endnu flere patienter i praksissektoren, så sygehusene kan benytte deres ressourcer til de mere komplicerede behandlinger. Tilstedeværelsen af praktiserende speciallæger i et nærområde kan samtidig være med til at fremme rekrutteringen til almen praksis.

¹ Lægeforeningen har nævnt dette i høringssvaret til den kommende dimensioneringsplan for 2024-2028: <https://www.laeger.dk/foreninger/laegeforeningen/politik/hoeringssvar/2023-laegeforeningens-hoeringssvar-i-forbindelse-med-dimensionering-af-speciallaegeuddannelsen-2024-2028/>

² PLO har i sit høringssvar vedrørende dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin 2024-2028 gjort rede for udfordringer og mulige handlinger, som kan hjælpe i den rigtige retning.



Afslutningsvis vil vi bede om, at betegnelsen "privatpraktiserende speciallæge" i høringsudkastet generelt ændres til "praktiserende speciallæge". De praktiserende speciallæger arbejder efter overenskomst med regionernes lønnings- og takstnævn (RLTN) efter fuldstændig samme model som de alment praktiserende læger, og er altså ikke "private".

Med venlig hilsen

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen



From: LVS <lvs@DADL.DK>
Sent: 22-02-2023 16:00:37 (UTC +01)
To: Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>; DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>
Subject: SV: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Til Sundhedsministeriet

LVS takker for muligheden for at kommentere på lovforslaget.

Vedr.:

Indførelse af bemyndigelse hjemmel for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger til kommunale sundhedsydelser samt regionernes rådgivningsforpligtelse (Den nationale kvalitetsplan)

LVS imødeser denne proces med stor interesse og vil opfordre til, at man inddrager LVS, hvad angår det lægefaglige.

Vedr.:

Indførelse af hjemmel til initiativer, der skal understøtte bedre lægedækning:

- Mulighed for at oprette en regionsklinik uden forudgående udbud
- Mulighed for særligt vederlag til læger i områder med lægemangel
- Bemyndigelse til at kunne fastsætte kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen

Hvad angår regionsklinikker, så er der åbenlyst et behov på nuværende tidspunkt. LVS er bekendt med, at Dansk Selskab med Almen Medicin har samme holdning.

Det er væsentligt, at man også i regionsklinikker sikrer en tilstrækkelig kontinuitet for patienterne. Den er vigtig, da man ellers risikerer en yderligere belastning af hospitalsvæsenet i en tid, hvor dette også er under stærkt pres. Der skal undgås unødige indlæggelser i størst muligt omfang, og dette sker blandt andet ved, at lægen får et godt kendskab til sine patienter. En stærk primærsektor skal bidrage til at beskytte hospitalsvæsenet imod unødige opgaver.

Det er i den sammenhæng også en selvstændig kvalitetsmæssig pointe, at regionsklinikker er tilstrækkeligt bemandede med speciallæger og ikke i for høj grad betjener sig af læger under speciallægeuddannelse. Både af hensyn til kvaliteten i patientbehandlingen og af hensyn til uddannelsen af kommende speciallæger i almen medicin. Man kan her orientere sig i den ratio, der er gældende i de almindelige klinikker. Fremtidens speciallæger i almen medicin skal have den nødvendige uddannelse, hvad angår adgang til tutorlæge, opfyldelse af kompetencer i målbeskrivelsen mv.

Hvad angår bemyndigelse til at fastsætte kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen finder LVS overordnet, at det uddannelsesmæssige i lovforslaget skal kunne holde

sig indenfor kravene i den udgave af revision af speciallægeuddannelsen, som der landes på efter den planlagte høringsfase.

LVS har desuden en bekymring for, at det foreslåede stk. 6 kan bidrage til at kompromittere kvaliteten i speciallægeuddannelsen. Der gøres opmærksom på, at muligheden for at opstille kriterier for fordeling af uddannelsesforløb regionalt allerede eksisterer via den nationale "Dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen", der udmeldes via SST med input fra bl.a. regioner. Den gældende praksis involverer allerede de 5 politiske regioner, som er repræsenteret i regionale råd for lægers videreuddannelse og er dermed medansvarlige for, at der tages det nødvendige hensyn til uddannelseskvalitet og uddannelseskapacitet (side 29 i bemærkningerne). Dette er i tråd med at der i bemærkningerne på samme side anføres, at det er vigtigt at fastholde de regionale videreuddannelsesråds ansvar for den regionale fordeling efter en samlet afvejning af relevante regionale hensyn. Indførelsen af overordnede centrale kriterier vil kunne være i modstrid med dette ønske.

Det er en væsentlig bekymring hos LVS, at uddannelseslæger placeres på afdelinger, hvor det er svært at få den fornødne supervision på perifere hospitaler grund af speciallægemangel. Det er også på ikke perifere hospitaler i dag svært for uddannelseslæger at få den fornødne supervision og vejledning på grund af speciallægemanglen, og supervision og vejledning er særdeles vigtigt både i forhold til patientsikkerheden og for at leve op til kravene i målbeskrivelserne. LVS finder, at hensynet til patientsikkerheden og kvaliteten i uddannelsen af kommende speciallæger skal veje tungest.

Det bliver desuden påpeget fra bl.a. Dansk Selskab for Børne og Ungdomspsykiatri, at man allerede nu har svært ved at få besat uddannelsesstillinger, hvor der især er forløb med tilknytning væk fra de større byer, der ikke bliver besat. Hvis der vil komme flere forløb væk fra universitetshospitalerne, eller hvis uddannelsesstillinger kunne overflyttes til andre hospitaler, frygter selskabet, at flere læger ville vælge deres forløb fra. Synspunktet støttes af bl.a. Dansk Nefrologisk Selskab og Dansk Reumatologisk Selskab. Der peges på, at rekruttering til små specialer kan kræve særlige hensyn. Kan der ikke rekrutteres til disse specialer, kan det altså vise sig at være en meget kortsigtet strategi at sprede de uddannelsessøgende læger mere end det er tilfældet i dag.

Uden for sigtet med dette lovforslag peger Dansk Selskab for Klinisk Biokemi på, at man med fordel kan benytte en ændringsproces mht. autorisationsloven til at se på forholdene vedr. kliniske akademikere. Der er et større antal af disse medarbejdere i sundhedsvæsnet, som arbejder på lige fod med andre i sundhedsvæsnet, men på grund af autorisationsforholdene har de fx ikke adgang til den elektroniske patientjournal mv.

Venlig hilsen

Marie Pinholt Krabbe
Sekretariatschef
Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Kristianiagade 12, 2100 København Ø
Tlf. 35 44 84 06 - Mobil 23 71 33 40

ORGANISATIONEN AF
LÆGE
VIDENSKABELIGE
SELSKABER

Fra: Sarah Storm Egeskov

Sendt: 24. januar 2023 14:44

Til: Sarah Storm Egeskov

Emne: Høring: Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning). Frist: 22/2-2023

Til høringsparterne på vedlagte høringsliste

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sender hermed vedhæftede udkast til lovforslag i høring. Lovforslaget vedrører ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Lovforslaget skal udmønte dele af den brede politiske aftale om en sundhedsreform, som blev indgået med størstedelen af Folketingets partier den 20. maj 2022. Lovforslaget skal være med til at skabe bedre sammenhæng og samarbejde på tværs af faglighed og geografi, nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet samt understøtte bedre lægedækning.

Vedhæftet er:

- Høringsbrev
- Høringsliste
- Udkast til lovforslag

Materialet kan også findes på høringsportalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til udkastet **senest den 22. februar 2023**.

Bemærkninger bedes fremsendt til ministeriets kontor for Borgernær Sundhed på sum@sum.dk med kopi til sse@sum.dk.

Med venlig hilsen

Sarah Storm Egeskov

Chefkonsulent, Kontor for Borgernær Sundhed

–
M 2126 7557

@ sse@sum.dk



INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

21. februar 2023

Park Allé 5, 1. sal
8000 Aarhus C
+45 8613 9111

info@osteoporose-f.dk

www.osteoporose-f.dk

Høringsvar ang. udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Osteoporoseforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vores høringssvar angår udkastet til lov om ændring af sundhedsloven.

Vi finder det meget positivt, at indenrigs- og sundhedsministeren med den foreslåede ændring af sundhedsloven får bemyndigelse til at fastsætte forpligtende krav til kommunernes sundhedstilbud. Forslaget om et stk. 3 i § 119 præciserer, at kommunerne skal tilbyde patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser, og det finder vi også meget positivt og nødvendigt.

Den forebyggende indsats i kommunerne har stor betydning for borgere, der bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom som osteoporose. 22 ud af 98 kommuner har osteoporoseforløb, som bidrager til at reducere risikoen for (flere) knoglebrud og til at understøtte flere gode leveår og færre kontakter til sundhedsvæsenet. Derfor er det meget vigtigt både for den enkelte og for samfundet, at borgere med osteoporose i de resterende 75 kommuner fremover også får adgang til patientrettet forebyggelse.

Vi foreslår at tydeliggøre følgende i den igangværende udvikling af rammerne for en national kvalitetsplan:

- **Kommunerne kan med fordel arbejde tværgående og med udgangspunkt i borgernes behov**
Der er meget stor forskel på borgernes behov, når de får konstateret osteoporose. Nogle kan formodentlig klare sig med et digitalt forløb, og andre har behov for at deltage fysisk. En række elementer i forløbene kan være generiske med deltagelse af flere patientgrupper, mens andre elementer skal være sygdomsspecifikke. Langt de fleste kommuner arbejder i dag tværfagligt, men sjældent på tværs af diagnoser og sjældent på tværs af kommunegrænser. De fleste tilbyder det samme forløb til alle, og derved får nogle mere, end de har behov for, og andre får mindre. Udvikling af digital skræddersyet sundhedsfaglig rådgivning for borgere med osteoporose pågår i et OPI-projekt mellem Region Sjælland, Videnscenter for Knoglesundhed og OSAIA Health, som kan bringes i spil i den kommunale patientrettede forebyggelse.
- **Udvikling bør tage udgangspunkt i forskningsbaseret viden**
Forskningsbaseret viden om, hvad der virker, er et nødvendigt grundlag for at udvikle kvalitetspakker og tilbud om patientrettet forebyggelse. I indeværende år afsluttes et ph.d.-projekt, der omhandler kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere med osteoporose, hvor der udarbejdes en evaluering af eksisterende indsatser og anbefalinger til fremtidig praksis. Det er et eksempel på forskningsbaseret viden, der kan indgå i udviklingen af kvalitetspakker for

muskel-skelet-sygdom. Forskningen foregår blandt andet med finansiering fra Osteoporoseforeningen og i regi af Videnscenter for Knoglesundhed, der netop bidrager med forskningsbaseret viden, som understøtter sundhedsopgaverne i kommunerne – en mangelvare i en tid, hvor en ambitiøs plan er lagt for det nære sundhedsvæsen, og hvor kommunerne modtager en meget lille andel af midlerne fra det offentlige forskningsbudget.

- **Kvaliteten i den patientrettede forebyggelse bør monitoreres**

At monitorere kvaliteten i den patientrettede forebyggelse er en meget vigtig opgave, som næsten ikke er berørt i lovforslaget og bemærkningerne. Med den nationale kvalitetsplan er der netop mulighed for at få drøftet, hvordan data for kvalitet – gerne patientoplevelse kvalitet – skal indsamles, og hvordan den tværsektorielle kvalitetsopfølgning kan styrkes. Konkret foreslår vi, at man vurderer, om der er behov for at udvikle nye kliniske kvalitetsdatabaser i regi af RKKP. Fx er de 198.000 borgere med osteoporose endnu ikke omfattet af en database, der kan understøtte kvalitet.

- **Formidling og samarbejde, også med civilsamfundet, er afgørende for sammenhæng**

Osteoporoseforeningens seneste medlemsundersøgelse viser, at kendskabet til eksisterende kommunale forløb er lavt. De borgere, der har behov, finder ofte ikke frem til tilbuddene, og de bliver kun i ringe grad henvist af deres læge. Som patientforening gør vi en stor indsats for at anviser en vej ved at formidle eksisterende forløb til nydiagnosticerede og bygge ovenpå med flere tilbud og fællesskaber, så ingen er efterladt alene. Vi ved imidlertid, at der opstår ulighed, når borgerne selv skal navigere rundt i sundhedsvæsenet, og vi er særligt bekymrede for borgere med lav socioøkonomisk position. Forskning viser, at lav socioøkonomisk position er associeret med 27 % øget risiko for frakturer, 24% øget dødelighed efter en hoftefraktur og lavere fysisk og mental helbredsrelateret livskvalitet efter en fraktur. Vi tror på, at et stærkere samarbejde mellem regioner, kommuner, almen praksis og civilsamfund er afgørende for mere sammenhængende patientforløb.

Vi håber at få mulighed for at bidrage i Sundhedsstyrelsens arbejde med at udvikle kvalitetsplanen, hvad angår patientrettet forebyggelse.

Venlig hilsen



Linda Garlov
Landsformand



Camilla Nissen Toftdal
Sekretariatschef

Til: SUM
sum@sum.dk
sse@sum.dk



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Hørings svar vedr. ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (sundhedsreform)

Dato: 8. februar 2023
Sagsnr.: 2023-1537
Aktid: 4977051
Sagsbehandler: dar

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker hermed for at blive hørt over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed.

PLO bemærker indledningsvis, at forslaget udmønter dele af aftalen om sundhedsreformen af 20. maj 2022.

PLO har i forbindelse med aftalen om sundhedsreformen tilsluttet sig de målsætninger, som et næsten enigt Folketinget tiltrådte, herunder

- at styrke det nære sundhedsvæsen,
- at styrke incitamenterne for, at praktiserende læger kan blive fastholdt/etablere sig i områder med lægemangel, og
- at understøtte fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, så der sikres flere praktiserende læger i fremtiden.

Eftersom lovforslaget tager udgangspunkt i aftalen om sundhedsreformen, kan PLO tilslutte sig lovforslaget med følgende bemærkninger:

PLO tilslutter sig målsætningen om at indføre nationale kvalitetsstandarder for det nære sundhedsvæsen, således at borgerne sikres en ensartet, høj kvalitet i behandlingen, uanset hvilken klinik, kommune, sygehus og region, borgeren er tilknyttet.

PLO er også enig i betragtningen om, at de nationale kvalitetsstandarder må omfatte det nære sundhedsvæsen i bred forstand, herunder alle sundhedstilbud, der varetages uden for sygehusene i eller tæt på borgerens eget hjem, f.eks. af kommuner, almen praksis og øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, herunder privatpraktiserende speciallæger.

Det anføres i lovforslaget, at indførelsen af nationale kvalitetsstandarder skal ses i sammenhæng med sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene. PLO opfordrer derfor til, at retningslinjer og vilkår for sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalgs arbejde afspejler dette,

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477
Tlf. (dir.): +45 35 44 84 62
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail: dar.plo@DADL.DK
www.plo.dk

således at fokus på kvalitet i det nære sundhedsvæsen og de nationale standarder understøttes af samarbejdet i disse fora.

PLO noterer endelig, at en evt. ændret opgavevaretagelse som en del af omstillingsprocessen i forbindelse med indførelsen af nationale kvalitetsstandarder som anført i lovforslaget vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter.

Det foreslås som led i lovforslaget, at der genindføres en bemyndigelse til, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om procedurer og rammer for praksisplan for almen praksis. PLO er enig i, at denne del af lovforslaget primært har teknisk betydning, idet en sådan hjemmel fandtes frem til 1. juli 2022, og formentlig ikke burde have været afskaffet. PLO kan derfor tilslutte sig forslaget.

Lovforslaget fastslår, at praktiserende læger med ydernummer stadig er det primære valg, når det gælder almenmedicinske tilbud til borgerne. Da der er mangel på praktiserende læger, særligt i visse egne af landet, kan det imidlertid være nødvendigt, at regionerne driver almenmedicinske lægetilbud (såkaldte regionsklinikker).

Med lovforslaget gøres muligheden for at oprette og drive regionsklinikker mere smidig i såvel processuel som tidsmæssig henseende. PLO har forståelse for, at dette tiltag er nødvendigt i en tid, hvor manglen på praktiserende læger er akut.

For PLO er det dog afgørende, at regionen som anført i lovforslaget:

- forudgående skal afsøge muligheden for at afsætte ydernummeret til en alment praktiserende læge efter de muligheder, som er beskrevet i overenskomsten for almen praksis, herunder muligheden for etablering af licensklinikker, og
- at regionen inden for rimelig tid vil skulle overdrage ydernummeret, hvis en praktiserende læge tilbyder at overtage ydernummeret og drive klinikken inden for overenskomstens rammer.

PLO vil i den forbindelse anbefale, at der snarest udmøntes tiltag, som kan fremme etableringen af licensklinikker. PLO anbefaler endvidere, at bestemmelsen i lyset af sundhedsreformens ambition om 5.000 praktiserende læger etableres med en 'solnedgangs-klausul', idet foranstaltningen med regionsklinikker som anført i lovforslaget må anses for at være en løsning på et akut problem og ikke en permanent indførelse af en ny struktur for almen praksis.

Lovforslagets forslag om at skabe hjemmel til, at regionerne kan indgå aftaler, som kan sikre flere praktiserende læger i områder med lægemangel, er meget tilfredsstillende. PLO bemærker hertil, at det aldrig var intentionen med ophævelsen af § 2 i overenskomst om almen praksis, at der skete en begrænsning i muligheden herfor.

PLO er enig i forslaget om, at der kan ydes et særligt økonomisk tilskud i form af et vederlag for en tidsbegrænset periode (1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033), der kan tiltrække og fastholde alment praktiserende læger i områder med lægemangel. De økonomiske tilskud kan være til etableringsudgifter, herunder til udvidelse, og praksispersonale, men skal være fulgt af øget patientoptag.

PLO kan være bekymret for, om regionerne i tilstrækkeligt omfang får iværksat aftaler om støtte, ligesom øget patientoptag kan være en barriere for læger i lægedækningstruede områder. PLO vil derfor regionalt have fokus på, at de nødvendige aftaler bliver indgået med læger. PLO anbefaler dog også ministeriet at følge udviklingen på området for at sikre, at hjemlen faktisk bliver udnyttet.

For så vidt angår speciallægeuddannelsen, bemærker PLO, at indenrigs- og sundhedsministeren fremadrettet vil blive bemyndiget til at øve indflydelse på fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen via fastsatte kriterier.

PLO håber, at disse kriterier vil understøtte lægedækningen, herunder bl.a. med uddannelse af flere speciallæger i almen medicin. PLO har i sit høringssvar vedrørende dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin 2024-2028 gjort rede for udfordringer og mulige handlinger, som kan hjælpe i den rigtige retning. Dette høringssvar vedlægges som bilag.

Med venlig hilsen

Jørgen Skadborg, formand

Til: dimensionering@sst.dk
Cc: alje@SST.DK



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Dato: 2. januar 2023

Høringssvar vedrørende dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin 2024-2028

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens vigtige arbejde med dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin.

Der er i dag udbredt mangel på praktiserende læger i almen praksis, som er det primære beskæftigelsesområde for speciallæger almen medicin. Det viser sig bl.a. ved, at ca. 1,2 mio. danskere bor i såkaldte lægedækningsstruede områder¹, hvor manglen på praktiserende læger er særligt udtalt.

Med sundhedsreformen fra 20. maj 2022 er der fastsat mål om mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i 2035. Samtidig fremgår det af forligsteksten, at hvis man antager, at 85 procent af speciallæger i almen medicin vil være beskæftigede i almen praksis, vil det svare til samlet over 5.000 alment praktiserende læger i 2035. PLO er enig i behovet for 5.000 praktiserende læger senest i 2035. For at målsætningen kan indfris, er der brug for tilstrækkelig dimensionering af hoveduddannelsesforløb for speciallægeuddannelsen i almen medicin. PLO vil derfor gerne kvittere for, at der i indeværende dimensioneringsplan er fastholdt en normering på 350 hoveduddannelsesstillinger i almen medicin. Vi mener dog, at der fortsat er behov for en midlertidig opnormering på yderligere 50 hoveduddannelsesstillinger årligt i almen medicin i minimum en 6-årig periode, for at sikre målet om 5.000 praktiserende læger i 2035. Der er altså behov for oprettelse af 400 hoveduddannelsesstillinger årligt snarest muligt og senest for perioden 2024-2029.

I høringsmaterialet er der en række opgørelsesmetoder, som kan give et misvisende billede af den aktuelle arbejdskapacitet i almen praksis og den forventede udvikling i antallet af speciallæger i almen medicin.

¹ PLO, lægedækningsstruede områder: <https://www.laeger.dk/foreninger/plo/overenskomst-og-aftaler/overenskomst-om-almen-praksis-ok22/laegedaekningstruede-omraader/>

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477
Tlf. (dir.): 35448451
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail: mnm.plo@DADL.DK
www.plo.dk

For det første er antallet af erhvervsaktive speciallæger i almen medicin væsentligt højere end den faktiske arbejdskapacitet. Det ses bl.a. ved, at der ifølge høringsmaterialet arbejder 4.075 speciallæger i *Den almene primærsektor (Alment praktiserende læger)* i 2019. Et omfang, som ikke stemmer overens med den reelle arbejdskapacitet i almen praksis. I 2019 var der 3.451 (i dag 3.488) speciallæger i almen medicin, som dækkede en kapacitet.² Den markante forskel skyldes dels, at kategorien dækker over en bredere betegnelse end almen praksis, dels at der er speciallæger i almen medicin, som kun virker i et meget begrænset omfang, såsom en vikar i en sommerferieuge (typisk ældre speciallæger i almen medicin). Hver tredje aktive speciallæge i almen medicin er +60 år i denne opgørelse, hvilket er markant højere andel end de ca. 20 %, som dækker en kapacitet i almen praksis.

For det andet er hovedscenariet for udviklingen i antallet af speciallæger i almen medicin overestimeret. Der antages, at besættelsesgraden for de 350 pladser vil stige til 100 % i de kommende år, hvilket ikke er realistisk. De seneste 10 år har besættelsesgraden for hoveduddannelsesforløb i almen medicin været 85 % i gennemsnit. Det betyder, at scenario E (med 90 % besættelsesgrad) er det mest realistiske scenario. Det misvisende høje antal aktive speciallæger i almen medicin (set i forhold til reel arbejdskapacitet) samt de urealistiske forventninger til besættelsesgrad betyder samlet set, at hovedscenariet overestimerer arbejdskapaciteten.

PLO vurderer, at der er behov for at oprette 400 hoveduddannelsesstillinger fra 2024-2029 for at kunne imødekomme den stigende efterspørgsel.

Spørgsmål 1: Hvordan opleves den nuværende balance mellem udbuddet og efterspørgslen på speciallæger i specialet?

Der er i dag en udbredt mangel på speciallæger i almen medicin; en faggruppe, hvis primære beskæftigelsesområde er i almen praksis. Manglen viser sig bl.a. ved, at ca. 1,2 mio. danskere bor i områder, som er lægedækningstruede. På landsplan er det gennemsnitlige antal patienter pr. lægekapacitet 1.649, hvilket er højere end normtallet på 1.600 patienter, som betyder, at klinikker kan lukke for tilgang af nye patienter. Det har medført, at to ud af tre klinikker i dag (august 2022) har lukket for tilgang, og dermed er det frie lægevalg aktuelt stærkt begrænset.³ Endelig betyder den udbredte lægemangel, at der er områder i landet, hvor det ikke er muligt at få sin egen faste praktiserende læge. Her oprettes som nødløsninger midlertidige regions- og udbudsklinikker, indtil udbuddet igen kan dække behovet.

² En kapacitet er udtryk for arbejdskraften for speciallæger i almen medicin i almen praksis. En kapacitet varetager 1.600 patienter (normtal).

³ PLO, PLO Faktaark 2022, Kapitel 2: Lægemangel https://www.laeger.dk/media/1e3cufft/plo_faktaark_2022.pdf

Spørgsmål 2: Er der særlige regionale forskelle i efterspørgslen og udbuddet, som den kommende dimensioneringsplan skal tage højde for?

Der er generelt mangel på praktiserende læger i hele landet med f.eks. flere lægedækningsstruede områder i hovedstadsområdet. Men det er dog generelt kommuner i vandkantsområderne, hvor manglen på praktiserende læger er mest udtalt. Der er problemer i områder af alle fem regioner, men problemerne er størst i Region Nordjylland og Region Sjælland.

De lægedækningstruede områder er en betegnelse for områder, hvor forskellen mellem udbuddet af praktiserende læger og efterspørgslen er mest udtalt. I disse områder er konsekvensen også, at der er mindre ledig tutorkapacitet. For at være tutorlæge for almenmedicinske uddannelseslæger kræves det, at tutorlægen selv fungerer som praktiserende læge med drifts- og ledelsesansvar for egen klinik. Almenmedicinske speciallæger ansat i regions- og udbudsklinikken kan godt fungere som tutorlæger for KBU-læger, hvis de er fastansatte og til stede under hele KBU-forløbet, men kan ikke fungere som tutorlæger for intro- og hoveduddannelseslæger. Derfor kan ekstra hoveduddannelsespladser ikke løftes alene i lægedækningstruede områder. Der er således behov for at tage højde for tutorlægekapaciteten, når uddannelsespladser fordeles.

Dertil kommer, at det erfaringsmæssigt risikerer at generere endog mange ledige uddannelsesforløb, hvis for mange forløb placeres decentralt i landet, uden at det ledsages af ansættelsesforhold eller øvrige initiativer, der gør det særligt attraktivt at søge disse forløb, for kun på den måde skabes incitament for unge læger til at søge stillinger i betydelig afstand fra de store byer. Det kan således ikke anbefales, at man planlægger alt for mange ekstra uddannelsesforløb helt decentralt i landet, for så vil det tage ekstra lang tid at få uddannet det nødvendige antal speciallæger i almen medicin.

Spørgsmål 3: Vurderes udviklingen i efterspørgslen efter speciallæger i specialet de kommende år at være større eller mindre end det forventede udbud, jf. hovedscenariet i Figur 5? Med hvilken begrundelse?

Behovet for praktiserende læger, såvel som speciallæger i almen medicin generelt, er større end det forventede udbud. Der er en stigende forventning til, hvilke opgaver almen praksis skal varetage. Både i forhold til antal patienter, antal opgaver og ikke mindst kompleksiteten og tidsforbruget i opgaverne. Der er klart behov for, at man i forhold til nuværende situation får mere tid pr. patient for at kunne varetage opgaverne tilfredsstillende i forhold til patienterne og for at opnå et arbejdsmiljø, som speciallægerne kan holde til at arbejde i gennem hele arbejdslivet. Manglen på alment praktiserende læger i forhold til efterspørgslen er medvirkende til, at halvdelen af alle praktiserende læger oplever moderat til høj grad af udbrændthed.⁴

For at få flere læger til at vælge almen praksis skal der løbende arbejdes med initiativer, som gør det attraktivt i forhold til det stigende antal stillinger andre steder i sundhedsvæsenet, som rekrutterer almenmedicinske speciallæger.

⁴ Pedersen AF, Vedsted P. Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2019. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet 2020

Samtidig vurderer PLO ikke, at hovedscenariet er realistisk for det forventede udbud, hvor der antages en besættelsesgrad stigende til 100 %. De seneste 10 år har andelen af besatte hoveduddannelsesforløb været ca. 85 %. Andelen har i perioden været nogenlunde stabil, selv om der i de seneste år er udbudt flere hoveduddannelsesforløb end tidligere. Det kan skyldes, at hoveduddannelsesforløb i almen medicin er individuelt tilrettelagt, forstået på den måde, at en del stillinger er forankret i de lokale uddannelsesgivende klinikker i uddannelsesregionen, og hvor sygehusdelen derfor tilrettelægges uden for de store universitetsbyer. De geografisk differentierede forløb betyder, at der altid har været og formentlig fortsat vil være pladser, som ikke bliver besatte, da de enkelte forløb er mere geografisk differentierede end for øvrige specialer.

Spørgsmål 4: Hvilke faktorer forventes at kunne få indflydelse på behovet af speciallæger i specialet?

Behovet for et højere antal praktiserende læger vil vokse markant i de kommende år. F.eks. vokser antallet af ældre over 80 år med 60 % frem mod 2035.⁵ Personer i denne aldersgruppe ses tre gange så ofte i almen praksis som øvrige.

Antallet af patienter, som lever med en eller flere kroniske sygdomme, vil samtidig vokse markant, og for denne patientgruppe er almen praksis den primære behandler og kontakt. F.eks. vil udviklingen i antal borgere med diabetes-2 betyde 1,3 mio. ekstra kontakter i almen praksis i 2030.⁶

Dertil kommer, at det er en politisk målsætning at omstille sundhedsvæsenet, så flere opgaver udflyttes fra hospitalsvæsenet. Det er aftalt i regionernes økonomiaftale såvel som i sundhedsreformen fra maj 2022, at flere opgaver skal løftes i almen praksis.⁷ Det betyder samlet set at opgaverne og patientpopulationen i almen praksis bliver mere kompleks, og derfor er der behov for et væsentligt lavere antal patienter pr. læge, end det vi har i dag.

⁵ Danmarks statistik, Statistikbanken: Befolkningsfremskrivning (FRDK122)

⁶ Statens Institut for Folkesundhed 2017, Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030 <https://sum.dk/Media/0/9/Fremskrivningsrapport.pdf> &

Statens Institut for Folkesundhed, Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme, 2015. https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx

⁷ Danske Regioner og Finansministeriet, Aftale om regionernes økonomi for 2023, 2022. <https://fm.dk/media/26010/aftale-om-regionernes-oekonomi-for-2023.pdf>

Spørgsmål 5: Er der nogle generelle bemærkninger til lægeprognosens fremskrivning af speciallæger i specialet?

Som redegjort i de indledende bemærkninger er der to overordnede udfordringer med lægeprognosen for speciallæger i almen medicin: Antallet af erhvervsaktive speciallæger i almen medicin er misvisende højt i forhold til den reelle arbejdskapacitet, og fremskrivningens antagelse om andel af hoveduddannelsesforløb, der besættes fremadrettet, er urealistisk høj. Antallet af speciallæger i almen medicin angivet i lægeprognosen er markant højere end den reelle arbejdskapacitet. I materialet fremgår, at der er 4.817 (figur 6) speciallæger i almen medicin, og antallet, der arbejder i den almene primærsektor (almen praksis), er 4.075 (tabel 1-5). Disse tal er væsentligt højere end de 3.488 lægekapaciteter, som faktisk er i almen praksis i dag. Den markante forskel skyldes dels, at kategorien dækker over en bredere betegnelse end almen praksis, dels at der er pensionerede almenmedicinere, som arbejder ganske få timer årligt, som tæller med i de tal, som Danmarks Statistik udarbejder som baggrund for prognosen.

33 % af de erhvervsaktive i figur 6 er +60 år. I virkeligheden er ca. 20 % af lægekapaciteter i almen praksis besat af en praktiserende læge over 60 år.⁸

Dertil kommer, at hovedscenariets forudsætninger om stigende besættelsesgrad af hoveduddannelsesstillingerne op til 100 % frem mod 2025, er urealistisk for almen medicin.

De seneste 10 år har andelen af besatte hoveduddannelsesforløb været ca. 85 %. Scenario E (90 % besættelsesgrad) er derfor det mest realistiske scenario for den forventede udvikling. For at kompensere for den lavere besættelsesgrad end den forudsatte i hovedscenariet bør der derfor oprettes 400 hoveduddannelsesstillinger i en 6-årig periode fra 2024-2029.

Spm. 6: Hvilken uddannelseskapacitet anbefales for perioden 2024-2028, og med hvilken begrundelse?

For hurtigst muligt at imødekomme efterspørgslen og de politiske ambitioner bør der som minimum i de kommende seks år oprettes 50 ekstra hoveduddannelsesstillinger i almen medicin, svarende til 400 i alt. Dette dels for at imødekomme behovet for flere praktiserende læger i alle regioner og for at tage højde for den naturlige og uundgåelige difference, der vil være mellem antallet af unikke hoveduddannelsesforløb og ansøgere. Dels også for at imødekomme det stigende behov for almenmedicinske speciallæger og dække den nuværende ubalance mellem højere efterspørgsel end udbud.

Se også svar på spm. 1, 2, 3 og 4 for de faktorer, der spiller ind i et øget behov.

⁸ PLO Læge- og Praksispopulation 2022, https://www.laeger.dk/media/3kkkkp1/laege-og_praksispopulation_1977-2022.pdf

Spørgsmål 7: Den nuværende ratio mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb er fastsat til 1,5-2,0. Hvilken ratio mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb vurderes nødvendig for dels at sikre et passende antal ansøgere til hoveduddannelsesforløbene og dels at sikre, at læger introduceres til specialet?

Erfaringsmæssigt har flere introduktionsstillinger medført flere besatte hoveduddannelsesforløb. Aktuelt er minimumsrationen så lav, at der er problemer med at få besat alle hoveduddannelsesforløb, dels fordi en højere andel end tidligere afprøver almen medicin blandt flere specialer og siden vælger hoveduddannelse i et andet speciale, dels fordi en almenmedicinsk introduktionsstilling i stigende grad tilsyneladende bliver brugt meriterende ved ansøgning til andre specialer.

Minimumsrationen anbefales derfor hævet en anelse for at medvirke til en højere besættelsesgrad på hoveduddannelsesforløbene. PLO foreslår, at minimumsrationen hæves til 1,6, mens den øvre grænse på 2,0 anbefales fastholdt.

Med venlig hilsen
Mads Nørgaard-Madsen
Specialkonsulent

Til indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk og cc: sse@sum.dk

Hermed fremsender Sekretariatet for lægelig videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Syd høringssvar i forhold til udkast til lovforslaget vedrørende ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Sekretariatet har følgende bemærkninger til lovforslagets indhold særligt med fokus på Lægedækning i § 2.1, side 3 vedrørende: *Bemyndigelse til at kunne fastsætte kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen lægedækning.*

- I Videreuddannelsesregion Syd arbejder Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse kontinuerligt med planlægning og implementering af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Dette med henblik på styrkelse af uddannelsesindsatsen i områder med lægemangel, hvorfor eventuelle kriterier fra Sundheds- og Indenrigsministeriet vil kunne understøtte det arbejde.
- Umiddelbart kan det være en styrkelse, hvis Indenrigs- og Sundhedsministeriet opstiller kriterier for fordelingen af uddannelsesforløb, hvor ministeren dermed får en aktiv rolle i udmøntningen af uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen og på den måde er medvirkende til en øget ensartethed på nationalt plan for fordelingen af uddannelsesstillingerne.
- Det er vigtigt, som der også står i udkastet, at Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse får en aktiv stemme i høringen af eventuelle kriterier - dette med henblik på både faglige og regionale input.

Eventuelle spørgsmål hertil kan rettes til undertegnede.

Venlig hilsen

Helle Guldager Aaskoven
hga@rsyd.dk
Mobil: 2366 7517

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Kontor for Borgernær Sundhed



REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
C HRU, SEKTION 3.5
C/O GENTOFTE HOSPITAL
GENTOFTE HOSPITALSVEJ 10B
DK-2900 HELLERUP

TLF.: 38 66 99 30

E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK

WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

SAGSBEH.: Lise Møller SAGSNR.: 22002546-45
DIREKTE/TLF.: 38 66 99 31 ARKIV NR.: 02.04.04
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk DERES J. NR./REF.: DATO: 18.02.2023

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 24. januar 2023 fremsendt forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven i høring.

Videreuddannelsesregion Øst takker for at være høringspart.

Overordnede bemærkninger

Videreuddannelsesregion Øst ønsker ligesom regeringen et velfungerende sundhedsvæsen af høj kvalitet med tæt samspil og sammenhæng mellem det specialiserede sundhedsvæsen og det nære sundhedsvæsen. Videreuddannelsesregion Øst finder det derfor også vigtigt at styrke incitamenterne for, at praktiserende læger kan etablere sig i områder med lægemangel samt at regionernes adgang til at etablere egne klinikker lettes.

Videreuddannelsesregion Øst finder det også vigtigt i videst muligt omfang at tilgodese lægedækningstruede områder i forhold til fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, men hensynet til lægedækning må ikke medføre, at der går på kompromis med uddannelsens kvalitet, da fremtidens personale skal have de rette kompetencer.

Bemærkninger til § 34 forslag om nyt stk. 6

Det fremgår af det fremsendte, at der overvejes indsat et nyt stk. 6 i § 34. Forslaget vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren vil få mulighed for at påvirke fordelingen af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen inden for hver af videreuddannelsesregionerne. Dermed vil indenrigs- og sundhedsministeren få mulighed for at påvirke fordelingen af lægelige ressourcer i sundhedsvæsenet.

Videreuddannelsesregion Øst kan ikke anbefale tilføjelsen af stk. 6 i § 34.

I alle tre videreuddannelsesregioner er der allerede opstillet kriterier for fordeling af de uddannelsesforløb, der iht. Dimensioneringsplanen skal udbydes årligt. I Videreuddannelsesregion Øst indgår følgende kriterier i vurderingen,

- om specialet udbydes i begge regioner
- antallet af steder hvor uddannelsen potentielt kan udbydes
- ratio mellem uddannelsesgivende og uddannelsessøgende på den enkelte afdeling
- antallet af ydelser og patienter i relation til antallet af uddannelsessøgende
- om målbeskrivelsens kompetencer kan opnås
- om den ønskede progression i kompetenceniveau iht. målbeskrivelsen kan opnås
- driftsmæssige og økonomiske forhold

Videreuddannelsesregion Øst er bekymret for om indsættelse af lægedækning som et særskilt kriterie, kunne medføre at dette kriterie vil overskygge uddannelsens kvalitet. Udfordringen i de lægedækningstruede områder er ofte, at der ikke er mange uddannelsesgivere, hvilket betyder, at adgang til vejledning, supervision og kompetencevurdering er begrænset, hvilket igen medfører ringere uddannelseskvalitet.

Videreuddannelsesregion Øst finder det vigtigt i videst muligt omfang at tilgodese lægedækningstruede områder, men dette hensyn må ikke medføre, at der gås på kompromis med uddannelsens kvalitet, da fremtidens personale skal kunne varetage de krævede opgaver på et højt fagligt niveau.

En faktuel fejl

På side 27 i andet afsnit, der begynder med ”Det følger af § 5 i bekendtgørelse....”, anvendes betegnelsen ”turnusuddannelsen”. Turnusuddannelsen blev i 2007 erstattet af Klinisk Basisuddannelse.

På vegne af Videreuddannelsesregion Øst

Med venlig hilsen



Lise Møller
Sekretariatschef
lise.moeller@regionh.dk



Dato	Sagsbehandler	e-mail	Sagsnr.
20-02-2023	Trine Kirkegaard Petersen	trkpee@rm.dk	1-30-72-55-20

Høringssvar i forbindelse med høring om udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og autorisationsloven (national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og initiativer til bedre lægedækning).

Videreuddannelsesregion Nord takker for muligheden for at komme med bemærkninger til lovforslaget.

Videreuddannelsesregion Nord afgiver alene bemærkninger ift. lovforslaget vedr. lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019, hvor følgende ændring foreslås:

1. I § 34 indsættes som *stk. 6*: »*Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte kriterier for fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, herunder hensyn til lægedækning, som i relevant omfang skal indgå i de regionale videreuddannelsesråds fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen jf. *stk. 2.*«

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. juli 2023, jf. dog *stk. 2.*

Stk. 2. Denne lovs § 2 træder i kraft den 1. januar 2024.

§ 4

§ 2 finder ikke anvendelse på uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som er påbegyndt eller besluttet fastlagt, herunder slået op til besættelse inden den 1. januar 2024. For sådanne uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen finder de hidtil gældende regler anvendelse.

§ 5

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men § 2 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Videreuddannelsesregion Nord har følgende bemærkninger:

Det grundlæggende lovforslag

Videreuddannelsesregion Nord bakker op om regeringens ønske om at sikre lægedækning i hele landet og anerkender derfor også, at det kan være hensigtsmæssigt med muligheden for at fastsætte nationale kriterier for fordeling af uddannelsesstillinger.

Videreuddannelsesregion Nord bemærker imidlertid, at Ministerens mulighed for at

Videreuddannelsessekretariatet

Skottenborg 26 - 8800 Viborg

Tlf.: 7841 0800

vus@stab.rm.dk - www.videreuddannelsen-nord.dk

fastsætte kriterierne og fastsættelse af procedure for fastsættelse af kriterier er et nybrud i forhold til den hidtidige praksis, hvad angår fordeling af uddannelsesstillinger.

I den forbindelse opfordrer Videreuddannelsesregion Nord til, at der sikres inddragelse af de berørte parter i forhold til:

- A. Fastsættelse af procedure for fastsættelse af kriterier
- B. Fastsættelse af de konkrete kriterier.

Herunder videreuddannelsesregionerne og driftsregionerne.

Videreuddannelsesregion Nord anser det derudover for positivt og vigtigt, at den endelige bemyndigelse til at fordele uddannelsesstillinger fortsat placeres i videreuddannelsesregionerne, eftersom det er her det lokale kendskab til kapacitet, kvalitet og lægedækning findes.

Dertil vil Videreuddannelsesregion Nord gøre opmærksom på, at der altid, i forbindelse med fordeling af uddannelsesstillinger, foregår en samlet og afbalanceret afvejning, hvor der tages højde for forskellige hensyn, herunder kapacitet, kvalitet og lægedækning i videreuddannelsesregionerne.

Overgangsordning

Videreuddannelsesregion Nord anser det som positivt og vigtigt, at der i lovforslaget lægges op til en overgangsordning således uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, som er påbegyndt eller besluttet fastlagt, herunder slået op til besættelse inden den 1. januar 2024, ikke vil være underlagt nye procedurer eller kriterier for fordeling.

Videreuddannelsesregion Nord gør dog opmærksom på, at ændringer i fordeling af uddannelsesstillinger og dermed opslag af stillinger tager ca. seks måneder, fra behovet for ændring står klart til, at stillingerne kan slås op. Dertil skal lægges tiden fra stillinger kommer i opslag til de påbegyndes. Samlet går der dermed mindst ni måneder fra forslag til ændring til, at en uddannelsesstilling kan påbegyndes.

Videreuddannelsesregion Nord opfordrer derfor til, at overgangsordningen understøtter overstående proces. Et forslag er, at der som minimum sikres ni måneders implementeringsperiode fra nye kriterier for fordeling meldes ud fra Ministeren til, at videreuddannelsesregionerne, i relevant omfang, skal have implementeret ændringerne ift. planlagte og påbegyndte uddannelsesforløb.

Med venlig hilsen

Lone Winther Jensen
Formand for Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
Videreuddannelsesregion Nord

Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

cc: sse@sum.dk

17. februar 2023 • RH/MS

Høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive hørings svar i forbindelse med høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Ældre Sagen vurderer, at dele af forslagene vil understøtte en igangværende udvikling af det kommunale sundhedsvæsen. Ældre Sagen finder det afgørende, at der ikke opstår et parallelt sundhedsvæsen i kommunerne, hvor ældre patienter behandles under andre rammer og vilkår uden for - og i værste fald afkoblet fra - det specialiserede sygehusvæsen og almen praksis. Vi ser overordnet behov for at sikre kvalitet, sammenhæng og fælles finansiering, tydeligt lægefagligt behandlingsansvar og ingen øget brugerbetaling. Ældre Sagen håber, at dette tydeliggøres i arbejdet med kvalitetsstandarder.

Kvalitetsstandarder skal sikre ensartet kvalitet i det nære sundhedsvæsen

Ældre Sagen finder det meget positivt, at der med lovforslaget tilvejebringes en juridisk ramme for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Vi ser det som yderst vigtigt at styrke det nære sundhedsvæsen, da ældre medicinske patienter allerede i dag og fremover i stigende grad vil blive behandlet i kommunerne. Ældre Sagen oplever i dag meget store forskelle på omfang og kvalitet i de sundhedstilbud, som kommunerne tilbyder, samt store forskelle i samarbejdet mellem kommune og sygehus om ældre patienter. Det har stor betydning både for den enkelte patient og for sygehusene.

Ældre Sagen finder det derfor helt afgørende, at der indføres hjemmel til at udstede bindende og forpligtende kvalitetskrav til opgavevaretagelsen, som del af de kommunale sundhedsydelser for at sikre en mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatserne på tværs af landet. Vi finder det også positivt, at der kan stilles krav til rådgivning fra sygehuse og almen praksis.

Det var i forbindelse med udviklingen af kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner forventningen, at kommunale akutfunktioner i et afgrænset og forsvarligt omfang kunne supplere den behandling, som sygehuset eller den praktiserende igangsatte. Ældre Sagen må dog konstatere, at på trods af at de fleste kommuner har akutteams, er der fortsat ikke krav til, at kommuner har akutfunktioner, og nogle kommuner har valgt at integrere opgaverne i den almindelige hjemmesygepleje. Kun omkring halvdelen af kommunerne har akutpladser, og det præcise antal kommuner og pladser er uklart. I stedet anvender mange kommuner andre former for midlertidige pladser, hvor selve opholdet ikke er omfattet af sundhedsloven, men af serviceloven. Dette giver en ulige adgang til sundhedsydelser. Samtidig savner vi krav til den nødvendige øvrige sundhedsfaglige indsats udover den særlige sygeplejeindsats fra akutfunktionen. Det gælder fx medicingennemgang, træning, ernæring og tandpleje – alle indsatser, der kan bidrage til at forebygge sygehusophold.

Der er derfor behov for krav om akutfunktioner i alle kommuner. Desuden skal der stilles kvalitetskrav til behandling på midlertidige pladser samt til den kommunale sygepleje og andre sundhedsfaglige kommunale indsatser, så indsatsen i kommunen understøtter og supplerer de eksisterende regionale funktioner effektivt med fokus på, at patienterne får den rette forebyggende og opfølgende indsats i den rette sektor.

Lovforslaget er utilstrækkeligt og skaber øget brugerbetaling for patienter – behov for regler for befordring til kommunal sygepleje og for at hindre brugerbetaling på midlertidige pladser

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen, opgaveflytning fra sygehus til kommune samt hjemmesygepleje uden for eget hjem er sket uden, at lovgivningen er fulgt med. Den foreslåede ændring af sundhedsloven retter ikke op på dette og skaber derfor risiko for øget brugerbetaling.

Den eksisterende sundhedslov dækker befordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med behandling på sygehus og hos egen læge/speciallæge, men ikke til hjemmesygepleje, som også er behandling i sundhedslovens forstand. Det aktuelle forslag om at ændre ”hjemmesygepleje” til ”kommunal sygepleje” vil ifølge bemærkningerne til forslaget netop tydeliggøre, at sygepleje kan foregå uden for eget hjem. Samtidig lægges der med forslaget op til, at kommuner kan samarbejde på tværs om sygeplejen, hvilket i sig selv kan øge patientens afstand til sygepleje. På det grundlag ser vi det som en stor og alvorlig mangel i ændringsforslaget, at man ikke samtidig sørger for hjemmel til befordring til kommunal sygepleje.

Konkret opfordrer vi derfor til, at den foreslåede kommunale sygepleje omfattes af reglerne for befordring til og fra behandling på lige betingelser som behandling på sygehus/egen læge/speciallæge, så der ikke skelnes i retten afhængig af hvilken behandling, der finder sted. Patienten bør ikke mødes af krav om selv at stå for betaling for kørsel til/fra akutplads eller klinik, hvis vedkommende har ret til befordring til de øvrige behandlingssteder. Det skal understreges, at målgruppen for sygepleje uden for eget hjem, særligt på midlertidige pladser, i praksis drejer sig om patienter, der på grund af deres helbredssituation og fortsatte behandlingsbehov ofte ikke vil kunne benytte sig af almindelig offentlig trafik eller selv kunne køre. Det skal samtidig understreges, at behovet for ændringer i retten til befordring skal omfatte, når befordring finder sted i forbindelse med udskrivelse fra et sygehus, dvs. direkte fra sygehuset til en kommunal plads (akutplads, midlertidigt opholdssted etc.). Denne hjemmel findes heller ikke i gældende lovgivning.

Den politiske hensigt bag ændring af bekendtgørelse om hjemmesygepleje og vejledning vedr. kommunale akutfunktioner i 2019 var efter vores opfattelse at stoppe for brugerbetaling for kost, vasketøj mv. på akutpladser. Lovgivningen på området er dog i praksis ikke tilstrækkelig til at hindre øget brugerbetaling, bl.a. i sammenhæng med at kommunerne selv organiserer og visiterer til både sygepleje og til ophold på midlertidige pladser og akutpladser. Vi finder derfor, at der fortsat er et alvorligt hul i eksisterende bekendtgørelse for hjemmesygepleje og opfordrer til, at en kommende ændring af bekendtgørelse og vejledning for kommunal sygepleje entydigt lukker for denne brugerbetaling.

Når behandling flyttes fra sygehus til kommune er der generelt behov for tilpasse lovgivningen, så der ikke er forskelle på patienters rettigheder og brugerbetaling afhængig af, hvor man behandles, og uanset om man behandles af en (tværkommunal) sygeplejeenhed, akutfunktion på en midlertidig plads eller på sygehus. Vi finder, at det er aktuelt for bl.a. betaling af medicin og mulighed for genoptræningsplan. For at sikre

nærhed mener vi også, at der fortsat skal være pligt til, at kommuner yder sygepleje i eget hjem.

Kvalitetspakke for ældre medicinske patienter

Foruden kvalitetsstandarder til behandling og pleje i kommunens sygepleje og forebyggelse, herunder på midlertidige pladser, bør der stilles en række kvalitetsstandarder for ældre medicinske patienter, der behandles i spændingsfeltet mellem sygehus og kommune. Kvalitetspakken skal sikre ensartet kvalitet og tryghed, sammenhæng og opfølgning i ældre medicinske patienters forløb i overgangen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, herunder også ældreplejen. Ikke mindst set i lyset af, at der nu i klynger skal aftales, hvordan man lokalt vil samarbejde om ældre medicinske patienter, er det afgørende, at der er en national ramme for at sikre en ensartet kvalitet til denne målgruppe. Kvalitetsstandarderne skal sikre en tværgående indsats med medicin, træning og ernæring. Især i overgangen mellem sygehus og eget hjem og i de første døgn efter udskrivelse, hvor forløbet typisk også indebærer ophold på kommunale midlertidige pladser, er der brug for krav til kvalitet og indsats fra både sygehus og kommune. Dette er helt afgørende for at forebygge behovet for mere intensive indsatser på f.eks. de regionale sygehuse.

Tværkommunalt samarbejde skal følges af lægefagligt behandlingsansvar

Ældre Sagen finder det hensigtsmæssigt at give kommunerne øgede muligheder for tværkommunalt samarbejde i den kommunale sygepleje som foreslået i udkastet. Dette vil understøtte, at kommunerne har et tilstrækkeligt patientgrundlag til at oppebære kompetencer, og at patienten får den rette kvalitet. De tværkommunale samarbejder bør dog organiseres under hensyntagen til nærhed for den enkelte.

Målgruppen for det tværkommunale samarbejde er ofte ældre patienter med et komplekst symptombillede, der kan være ustabile og svækkede. Det er derfor helt afgørende, at der er kvalitetskrav til de tværkommunale løsninger, hvor behandlingen bør foregå med lægefaglige kompetencer og tydeligt behandlingsansvar inden for organisatorisk rækkevidde. Dette bør og kan ske via samarbejdet i klyngerne, hvor regionerne bl.a. kan have udvidet behandlingsansvar efter indlæggelse og yde rådgivning.

Behov for finansiering via fælles ledelse og økonomi

Ældre Sagen mener, at der er behov for en økonomisk understøttelse af en fælles indsats for ældre patienter med flere sygdomme, hvis det skal lykkes at skabe ensartet kvalitet og større sammenhæng for ældre medicinske patienter, der typisk modtager indsatser på tværs af sygehus, egen læge og kommune. Der bør således som led i ændring af loven konkret formuleres mulighed for fælles integreret ledelse og samarbejde mellem sygehus og kommune for de patienter, der oplever at få behandling på tværs mellem kommuner og regioner. Dette understøtter, at der mellem sygehus og kommune kommer fælles ansvar for fælles patienter – og ad den vej sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet samt styrke omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Monitorering er afgørende for at følge udvikling

Med udflytning af behandling til kommunerne og med målsætningen om ensartet kvalitet i kommunerne er der behov for at monitorere behandlingen i kommunerne med henblik på at afgøre, om kvalitetsstandarderne følges.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør