

I Københavns Borgerrepræsentation og i den københavnske befolkning var/er der stærk modstand mod lukningen af Kommunehospitalet. De 6 statslige bestyrelsesmedlemmer kunne i tråd med ministerens ønske have forhindret lukningen.

Svar (2/5 96)

Sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen):

Ifølge loven om HS ledes sygehusfællesskabet af en bestyrelse, der har det overordnede ansvar for sygehusfællesskabet.

Det fremgår ligeledes af loven, at kommunalbestyrelserne i København og Frederiksberg samt sundhedsministeren har instruktionsbeføjelse over for de af dem udpegede bestyrelsesmedlemmer og stedfortrædere.

Instruktionsbeføjelsen over for de statslige udpegede repræsentanter tænkes dog som udgangspunkt anvendt i begrænset omfang. Muligheden for at give instruktion er altså alene tænkt som en nødbremse.

Der er bred anerkendelse af den store indsats, som Kommunehospitalet har ydet.

Det er dog ikke afgørende for mig, hvor opgaverne løses, men at borgerne sikres den bedst mulige service og kvalitet.

Jeg har derfor i min vurdering af forslaget om at flytte funktionerne på Kommunehospitalet til de øvrige hospitaler lagt stor vægt på, at HS-bestyrelsen har præciseret, at de medicinske og fysiske forhold for geriatri og reumatologi efter udflytning fra Kommunehospitalet bliver mindst lige så gode som nu, samt at de fysiske rammer og behandlingstilbud fremover bliver bedre for psykiatrien.

Ikke mindst når det gælder udviklingen af tilbud til ældre, vil Kommunehospitalets høje kvalitet og service kunne danne model for en oprustning af geriatrien på de øvrige hospitaler.

Den geriatriske ekspertise, der er opbygget på Kommunehospitalet, vil derfor blive bevaret og videreudviklet. Og med geriatrien integreret i de medicinske centre vil de mange flytninger mellem afdelingerne, som patienterne oplever, kunne undgås.

Samlet giver udflytningen af funktionerne fra Kommunehospitalet derfor mulighed for at styrke såvel kvalitet som service.

Spm. nr. S 1956

Til sundhedsministeren (12/4 96) af:

Jørn Jespersen (SF):

»Hvad kan ministeren oplyse om udviklingen i børnedødelighed i de forskellige amter frem til og med 1. kvartal 1996 og om årsagen til eventuelle ændringer i forhold til tidligere, og giver udviklingen anledning til initiativer fra ministerens side?«

Svar (25/4 96)

Sundhedsministeren (Yvonne Herløv Andersen):

Idet der med »børnedødeligheden« forventes, at der menes »spædbarnsdødeligheden«, har Sundhedsstyrelsen oplyst mig følgende, hvortil jeg kan henholde mig:

- »Til belysning af dødeligheden blandt spædbørn anvendes 5 forskellige dødelighedsmål:
1. Dødfødselshyppighed: Antal dødfødte børn pr. 1000 fødte.
 2. Perinatal dødelighed: Antal dødfødte + antal børn døde i første leveuge pr. 1000 fødte.
 3. Neonatal dødelighed: Antal børn, som dør i 1.-28. levedøgn, pr. 1000 levendefødte.
 4. Postneonatal dødelighed: Antal børn, som dør i 29. levedøgn-1 år, pr. 1000 levendefødte.
 5. Spædbarnsdødelighed: Antal børn, som dør i 1. leveår, pr. 1000 levendefødte.«

Sundhedsstyrelsen oplyser, at dødfødselshyppigheden er faldet fra 5,2 i 1983 til 4,6 i 1993. I de mellemliggende år har den svinget mellem 4,4 og 5,1. Det absolutte antal dødfødte er imidlertid steget fra 266 i 1983 til 308 i 1993, men dette skal ses i sammenhæng med det stigende fødselstal. I 1983 blev der således født 51.087, hvilket er det laveste fødselstal i dette århundrede. Siden er fødselstallet steget og var i 1993 67.677.

Den perinatale dødelighed er ligeledes faldet i perioden 1983-1993 fra 9,0 til 7,5. Det absolutte antal er steget fra 460 i 1983 til 507 i 1993, men denne udvikling skal som nævnt vurderes i forhold til det samlede fødselstal.

Sundhedsstyrelsen meddeler desuden, at den neonatale dødelighed, den postneonatale dødelighed og spædbarnsdødeligheden ligeledes har været varierende, men generelt er faldet i den betragtede periode. Dødeligheden for alle tre mål er således lavest i 1993.