

Patienters ret til at indberette utilsigtede hændelser.

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

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

Sundhedsstyrelsens godkendelseskompetence vedr. lands- og landsdelsfunktioner.

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

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

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

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

Psykiatri.

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

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