

JVS



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotholmsgade 10-12  
1216 København K

Den 19. februar 2008  
Ref.: gs/ss  
Sagsnr.: 0802-0065

**Høringssvar vedr. udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer.**

**DANSK SYGEPLEJERÅD**

The Danish Nurses'  
Organization

Sankt Annæ Plads 30  
Postboks 1084  
DK-1008 København K

Ekspedition:  
Mandag-torsdag 10.00-16.00  
fredag 10.00-15.00

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

dsr@dsr.dk  
www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd har modtaget forslag til ændring af ovenstående lovforslag til høring. Dansk Sygeplejeråd har forud for folketingsvalget i september 2007 svaret på høringen, men har enkelte bemærkninger til de tilrettede lovforslag:

**§ 87 Kapitel 20a. Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge og unge**

Den foreslåede udvidelse af retten til undersøgelse og behandling ligger i tråd med Dansk Sygeplejeråds tidligere bemærkninger. Det er positivt, at en person kan vælge at blive undersøgt og behandlet på et samarbejdssygehus, såfremt regionens egne sygehuse har ventetid over to måneder, og at privatejede sygehuse og klinikker bliver inddraget i aftalen.

**§ 90 Kontaktpersoner**

Dansk Sygeplejeråd er enig i intentionerne om at etablere en kontaktpersonsordning for patienten, da sikring af sammenhæng i patientforløbet er af afgørende betydning for patienten livskvalitet uanset resultatet af behandlingsforløbet.

Dansk Sygeplejeråd mener, at dette kan være et udmærket første skridt mod, at der indføres egentlige forløbskoordinatorer til de mest udsatte patienter med ansvar for at sikre sammenhæng i det enkelte patientforløb. En forløbskoordinator skal under patienternes indlæggelse have ansvaret for forløbet på tværs af afdelinger, samt ansvaret

for at følge op på patientens videre sygepleje, behandling og genoptræning i eget hjem eller i et sundhedscenter efter udskrivning.

Dansk Sygeplejeråd finder det positivt, at det i bemærkningerne (p. 68) betones, at "Regionsrådet må ved udpegningen foretage en individuel vurdering af den enkelte patients behov og i den forbindelse tage hensyn til, at mere komplicerede behandlingsforløb vil stille højere krav til kontaktpersonens faglige forudsætninger end mindre komplicerede behandlingsforløb. Et mere kompliceret forløb vil derfor tale for, at regionsrådet udpeger en læge eller sygeplejerske som kontaktperson."

Dansk Sygeplejeråd vil i den forbindelse anbefale, at afvejning og vurdering af hvorvidt et forløb er kompliceret eller ikke-kompliceret skal ligge hos sygeplejersken, som dels er i tæt kontakt med patienten under hele forløbet og dels har de nødvendige forudsætninger for at foretage førnævnte vurdering.

#### **§ 157 Medicinprofilen**

Dansk Sygeplejeråd finder det fortsat positivt, at der med lovforslaget skabes adgang til overførelse af data mellem Medicinprofilen og sygehusenes medicinsystemer, kommunernes omsorgssystemer og praksissektoren.

Lovforslaget ændrer dog fortsat ikke på, hvilken personkreds, der har adgang til de elektroniske oplysninger. Dansk Sygeplejeråd vil derfor endnu engang gøre opmærksom på, at alle sygeplejersker bør have adgang til at indhente historiske patientdata om de patienter, de aktuelt har (med)ansvaret for at yde sygepleje og behandling til. Dansk Sygeplejeråd henviser i øvrigt til tidligere fremsendte bemærkninger i forbindelse med høring vedr. forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven (IT-anvendelse i sundhedsvæsenet og elektroniske helbredsoplysninger), L 50B) af 18. januar 2007.

#### **§ 198 Patientsikkerhed**

Dansk Sygeplejeråd finder det positivt, at pligten til at indrapportere utilsigtede hændelser bliver udvidet til at omfatte det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis. Dermed øges fokus på patientsikkerheden i hele sundhedsvæsenet.

I bemærkningerne forudsættes det, at region og kommune samarbejder om opfølgningen i de tilfælde, hvor en utilsigtet hændelse er sket ved sektorskift. Det er et væsentligt område, da der sker mange fejl

og utilsigtede hændelser i overgangene, men også fordi det kan tilskynde til et øget samarbejde og til udvikling af sundhedsaftalerne.

Dansk Sygeplejeråd finder det også positivt, at patienter og pårørende fremover får adgang til at indberette utilsigtede hændelser. Det kan bidrage til en bredere definition af, hvad der opfattes som utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet.

Det står lidt uklart i både lovteksten og i bemærkninger om, hvorvidt rapporteringerne fra plejesektoren følger den samme vej til den nationale rapporteringsdatabase, eller om fejl og utilsigtede hændelser i plejesektoren alene bliver behandlet og fulgt op på kommunalt. Det er vigtigt, at det klart fremgår, at fejl og utilsigtede hændelser fra plejesektoren følger samme vej som andre sektorer.

Derudover skal det bemærkes, at det er uklart, hvordan forslaget sikrer en lokal, tværfaglig organisering af patientsikkerhedsarbejdet, som kan sikre lokal læring på tværs af apoteker, praksissektor og den kommunale sundhedssektor.

#### **§ 121 stk. 2 Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge**

Dansk Sygeplejeråd er enig i lovforslaget. Det er meget positivt, at kommunerne nu får mulighed for at tilrettelægge indsatsen på en sådan måde, at det sikres, at alle børn fremover vil blive tilbudt de lovpåkrævede forebyggende helbredsundersøgelser ved ind- og udskoling.

#### **§ 223 Nationalt forebyggelsesråd**

Dansk Sygeplejeråd ser positivt på sammenlægningen af Det nationale råd for forebyggelse med Motions- og Ernæringsrådet til et nyt nationalt forebyggelsesråd, der favner bredere end de fire KRAM-faktorer. Dansk Sygeplejeråd finder det positivt, at et nyt Nationalt forebyggelsesråd skal have fokus på levevilkårenes betydning for at rette op på danskernes middellevetid og ikke kun se på den enkeltes livsstil.

Dansk Sygeplejeråd finder det positivt at rådet sammensættes af sagkyndige fra forskellige folkesundhedssektorer og fra den praktiske forebyggelsesverden. Mange sygeplejersker arbejder i dag med sundhedsfremme og forebyggelse. Dansk Sygeplejeråd vil derfor anbefale, at rådet også trækker på sygeplejefaglig ekspertise, da det vil medvirke til at styrke udviklingen og implementeringen af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Dansk Sygeplejeråd er enig i, at områder som børn og social ulighed skal prioriteres, men vil også pege på, at borgere med psykisk sygdomme er et væsentligt indsatsområde.

Venlig hilsen



Connie Kruckow  
Formand

20. februar 2008



LMS - Landsforeningen mod  
spiseforstyrrelser og selvskade

Hermed fremsendes LMS kommentarer til udkastet til lovforslaget om Lov om ændring af Sundhedsloven. Herunder om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge.

Efterfølgende et afsnit om foreningens generelle holdninger til den nuværende indsats mod spiseforstyrrelser og selvskade.

**Til selve lovforslaget om ventetidsgaranti på det børne- og ungdomspsykiatriske område § 87 har vi følgende bemærkninger:**

Af ukendte årsager er forslagets oprindelige ordlyd "udredningsret" ændret til "undersøgelsesret". Baggrunden herfor kender vi ikke. Vi håber imidlertid ikke at det betyder en forringelse for vores målgruppe.

Principielt er der det problem med lovforslaget, at patienterne kun kan henvende sig til sygehuse, klinikker mv., som har indgået aftale med den pågældende region, hvis den maksimale ventetid på 2 måneder ikke kan overholdes. Erfaringer fra fx region Hovedstaden viser desværre, at regionen undlader at lave disse aftaler, fordi der er en politisk eller en sundhedsfaglig overbevisning om, at alle tilbud skal være i offentlig regi. Som argument for ikke at indgå aftaler anføres et manglende kvalitetsniveau hos de private klinikker mv., der har forsøgt at få en aftale. I de få tilfælde, hvor der har været tilløb til aftaler, har regionen ofte visiteret de sygeste patienter videre - som de måske selv har opgivet.

Af forslaget fremgår det, at det kun er livstruende tilstande, der skal behandles her og nu; altså falder ind under forslaget. Forslaget er på den måde slet ikke omfattende eller visionært nok. Hvis vi skal stoppe udviklingen i antallet af mennesker med svære spiseforstyrrelser og selvskade, skal der tages fat om "patienten", så snart problemet opstår, så der ikke udvikles så mange alvorlige tilfælde. Lovforslaget afklarer således ikke, hvem der kan få glæde af undersøgelses- og behandlingsretten. Det er altså helt op til visiteringen i regionen at bestemme, hvem der kan komme i behandling. Hvor syg skal man være for at få behandling og hvad så, hvis man ikke er syg nok?

Vores forslag er, at indsatsen bliver opdelt på forskellige tiltag til de enkelte niveauer. Der er derfor ingen grund til - som det fremgår af lovforslaget - at det er psykiatrien i regionerne, der skal stå for hele indsatsen. Lettere eller tvivlsomme tilfælde af spiseforstyrrelser og selvskade kunne fx behandles uden for psykiatrien hos psykologer eller andre, der er lavet aftaler med og som er fagligt funderede på området.

Et spørgsmål her er imidlertid, hvem der har ret/lov til at udrede og behandle mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade, og hvem der kan godkende dem. Her mangler en klar udmelding på, hvilke fagpersoner der kan udrede og behandle hvilke niveauer af spiseforstyrrelser og selvskade. Som det fremgår af forslaget skal alle, der skal kunne undersøge og behandle patienterne, kunne håndtere alle niveauer. Selv de allerdårligste som kræver indlæggelse og en kombination af psykisk og somatiskbehandling. LMS foreslår i stedet en niveauopdelt indsats og godkendelse, samt et godkendelsessystem uafhængigt af regionerne.

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade • LMS  
Aldersrogade 3A, 2. sal • 2100 København Ø • Tlf. 3536 4913  
[www.spiseforstyrrelser.dk](http://www.spiseforstyrrelser.dk) • [sek@spiseforstyrrelser.dk](mailto:sek@spiseforstyrrelser.dk)

SUM REGSU J.nr.

12 MRS. 2008

2006-12-00-122



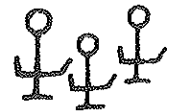
Forslaget tager heller ikke hånd om problemerne med patienter, der tidligere har været i behandling uden held. Enten fordi de ikke er blevet raske, eller fordi de på tidspunktet ikke var motiverede for behandling. Disse patienter bliver i dag afvist/opgivet af systemet. Som spiseforstyret får man således kun én chance. Helt det modsatte af hvad der tilbydes andre patienter.

### **Generelle betragtninger om indsatsen mod spiseforstyrrelser og selvskade**

Foreningen ser positivt på alle tiltag, der kan forbedre forholdene og mulighederne for hjælp og behandling for såvel voksne som børn og unge med psykiske problemer og sygdomme.

Grundlæggende undrer vi os dog over den offentlige indsats på området på bl.a. nedenstående punkter:

1. Hvorfor skal der være en forskel i ventetidsgarantien på det somatiske og det psykiske område? Det somatiske område har oven i købet netop fået nedsat ventetiden, mens der stadig ikke er nogle garantier på det psykiske område. Hvorfor ikke bruge ressourcerne på at give de psykisk syge en garanti, der svarer til den somatiske?
2. Hvorfor skal meget af indsatsen til de psykisk syge finansieres af satspuljemidler i stedet for direkte via finansloven og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses kasse?
3. Hvorfor tager indsatsen ikke udgangspunkt i patienternes behov om hurtig adgang til hjælp fx til psykologer for den store gruppe spiseforstyrrede, der ikke er så syge, at de har behov for kontakt til psykiatrien?  
Psykiatrien er ifølge regionsplanerne primært gearet til psykotiske patienter og har næsten ingen tilbud til ikke-psykotiske patienter (angst, depression, OCD, spiseforstyrrelser og selvskade). Psykiatrien har desuden ventetider på op til et år mange steder, hvor man endda kun medtager de mest syge spiseforstyrrede i statistikken. Ifølge SST bliver der kun behandlet nogle få tusinde spiseforstyrrede om året, og der er mindst 75.000 syge.  
Også ifølge SSTs egen rapport om spiseforstyrrelser er der langt flere, der har brug for let hjælp end en egentlig kontakt til psykiatrien. En tidligere indsats ville også være forebyggende for de svære og meget behandlingskrævende tilfælde. Ikke mindst set i lyset af, at spiseforstyrrelser er den mest dødelige psykiske sygdom for unge.
4. Mennesker med spiseforstyrrelser bliver tit behandlet som somatiske patienter og uden supplerende psykoterapi, idet mad- og vægtskontrol indgår i et for stort omfang i behandlingen. Fx oplever spiseforstyrrede med anoreksi - her taler vi om helt unge mennesker - at blive indlagt til vægtøgning og uden anden form for behandling, på medicinske afdelinger, hvor et flertal er ældre mennesker med langvarige medicinske sygdomme og hyppige dødsfald.
5. Hvis ikke indsatsen mod selvskade øges havner vi i samme behandlingsmæssige efterslæb, som det er tilfældet med spiseforstyrrelser. Også her gælder det, at en tidlig indsats uden for psykiatrien i nærheden af de unges bopæl, kraftigt vil mindske behovet for en senere og langvarig psykiatrisk indsats. Det synes LMS både er mere menneskeværdigt og ressourcesparende.



6. Der er stort set ingen tilbud i landet til den allerstørste gruppe spiseforstyrrede; overspiserne. Mange praktiserende læger ved end ikke, hvad det er. De 40.000 overspisere er henvist til behandling for egen regning - hvis de ellers kan finde en behandler - og bliver ofte opfattet, som om de er overvægtige med fedmeproblemer. Fx får de i stor stil tilbudt mave-/tarmoperationer, der koster ca. 100.000 til 150.000 kr. pr. styk og opfattes som et somatisk indgreb. I stedet burde de have mulighed for at få hjælp til behandling fx hos en psykolog.
7. Indsatsen mod spiseforstyrrelser og selvskade i det psykiatriske system er ofte baseret i børne- og ungdomspsykiatrien. Imidlertid er ca. halvdelen af de, der er ramt af en spiseforstyrrelse, ældre end 20 år, så hvem skal så gøre en indsats for den store gruppe? Her mener LMS, at der skal tænkes om og laves en forankring også i voksenpsykiatrien. Samtidig er det vigtigt, at mulighederne er de samme for alle borgere i Danmark, uanset hvor man bor. Hvilket ikke er tilfældet i dag.
8. Der er ingen koordineret indsats på selvskadeområdet og meget få egentlige behandlingsmuligheder. Patienter der er tilknyttet psykiatrien med andre diagnoser får i forbindelse med deres behandling også hjælp til selvskaden. Men tilbud til selvskadere der ikke har andre diagnoser/problemer eksisterer ikke og slet ikke til de mange lettere tilfælde der er blandt teenagere. Her vurderes det at der er lige så mange med selvskade som med spiseforstyrrelser. Derfor er det vigtigt, at der nu tages fat med hjælp til den selvskadere, så vi ikke om nogle år står i samme situation, som det gælder for spiseforstyrrede: alt for få muligheder og behandlingstilbud.
9. Der bør udarbejdes en guideline for behandlingen af spiseforstyrrelser. Specifikt for hver af de tre spiseforstyrrelser. Desuden mangler der evaluering af behandlingsresultaterne med de nuværende metoder og en koordinering af indsatsen. Det er vores opfattelse, at de nuværende "centre", stort set kører deres eget løb uden evaluering, metodeudvikling og koordinering.

Hvis vi kan være til hjælp med yderligere oplysninger, står vi naturligvis til rådighed.

Venlig hilsen

Anne Minor Christensen  
formand

ska-amc/LMS 200208



vedl. ✓

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Dato: 20. februar 2008

Sagsnr. / Dok.nr.  
2008- 1380/140938

POH/LCA

**Vedr.: Høring over udkast til Forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer. Deres J.nr. 2006-12000-122.**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved brev dateret den 5. februar 2008, anmodet PLO om bemærkninger vedrørende forslag til ændringer i Sundhedsloven m.fl.

### **Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser (pkt. 2.3)**

PLO opfatter det som en nødvendig udvidelse af frit sygehusvalg for så vidt angår diagnostiske undersøgelser. Forslaget er med til at skabe øget tilgængelighed for patienterne.

### **Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene (pkt. 2.4)**

PLO finder det positivt, at lovforslaget lægger op til at lovfæste kontaktpersonsordningen i sygehusvæsenet. PLO's erfaring med kontaktpersonsordningen er, at det er med til at skabe en bedre sammenhæng i patientforløbet. Det er derfor vigtigt, at det nu udbredes til hele sygehusvæsenet.

SUM REGSU J nr 2006-1200-122

22 FEB. 2008

aktl80



### **Udvidelse af patientsikkerhedsordningen (pkt. 2.5)**

Udvidelsen af rapporteringspligten af utilsigtede hændelser til praksissektoren, med det formål at opnå systematisk læring på tværs af sektorerne hilses med tilfredshed velkomment. PLO bemærker, at rapporteringspligten i første omgang er begrænset til betydende hændelser.

PLO har i forbindelse med bemærkningerne til forslaget noteret, at rapporteringen fra regionerne til Sundhedsstyrelsen skal ske i anonymiseret form vedrørende såvel patient som læge, herunder at rapporteringen ikke kan medføre sanktioner overfor den rapporterende sundhedsperson.

Der lægges i forslaget op til, at rapporteringen fortsat er forankret i lokale, kommunale og regionale rapporteringssystemer, og at regionerne som minimum er forpligtet til at oprette et formaliseret forum for iværksættelse af initiativer med henblik på opfølgningen af UTH, således at der skabes den tilsigtede læring på tværs af sektorerne. Herunder, at regionerne og kommunerne som det fremgår af bemærkningerne, sikrer, at de personer, der skal analysere de utilsigtede hændelser, besidder de nødvendige, faglige kompetencer.

PLO har noteret, at det i forbindelse med udveksling af oplysninger mellem region og kommune samt mellem region eller kommune og private, i forbindelse med sektorovergange kan være nødvendigt, at afvige fra kravet om anonymitet for patienten, og at dette kan gøres uden patientens samtykke. PLO er enige i, at dette kan være nødvendigt for, at drage fuld nytte af indberetningerne.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at forslaget har negative økonomiske konsekvenser for bl.a. de alment praktiserende læger. PLO forudsætter i den forbindelse, at der indgås en særskilt aftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO, der kompenserer de praktiserende læger for det ressourceforbrug, der er forbundet med at rapportere om de utilsigtede hændelser.

Det imødeses desuden, at retningslinier for regionernes opfølgning på indberettede hændelser i praksissektoren aftales i forbindelse med de kommende overenskomstforhandlinger med Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

### **Udvidet adgang til medicinprofilen (pkt. 2.6)**

PLO mener, at udvidelsen om at videregive medicindata mellem de forskellige sektorer er en forudsætning for det fælles medicinkort og er i alles interesse.

At lade recepter indberette ved direkte opkobling ved brug af webservice i stedet for – som i dag - ved fremførsel fra lægesystemer via vandsleverandører vurderes i forslaget til at frembringe en mere stabil receptfremførsel. PLO anerkender, at denne løsning kan være vejen frem, men tager forbehold for at de udgifter, ændringer i de nuværende lægesystemer medfører, kompenseres lægerne.

### **Ophævelse af krav om ind – og udskolingsundersøgelse ved læge (pkt. 2.9)**

Der henvises til det af Lægeforeningen afgivne høringssvar.

Med venlig hilsen



Michael Dupont

vedl  
V

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K  
Att.: Jette Vind Blichfeldt

Nørre Voldgade 90  
1358 København K  
Tlf.: 33 41 47 00  
Fax: 33 41 47 10  
Postgiro: 8 05 23 36  
www.etf.dk



Den 21. februar 2008  
Side 1 af 4  
E-post: etf@etf.dk  
Telefon: 33414700

### Vedrørende høring over udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven mv.

Ergoterapeutforeningen har modtaget Indenrigs- og Sundhedsministeriets udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer. En række af forslagene har været i høring forud for folketingsvalget i efteråret 2007, og Ergoterapeutforeningen afgav også på daværende tidspunkt høringssvar. Det ses ikke, at Ergoterapeutforeningens bemærkninger har givet anledning til betydende ændringer i forslagene, hvorfor foreningen på en række områder hermed skal gentage sine bemærkninger:

#### Vedr. Kapitel 20 a om udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge.

Det glæder Ergoterapeutforeningen, at man med det foreliggende forslag påbegynder at sidestille psykiatrien med somatikken i forhold til behandlingsrettigheder. Det er dog Ergoterapeutforeningens holdning, at borgere - såvel voksne som børn og unge - bør have helt ens rettigheder, uanset om de skal behandles inden for det somatiske eller psykiatriske område. Med forslaget skal et barn eller en ung med en psykisk lidelse først vente op til 2 måneder på undersøgelse. Når undersøgelsen er afsluttet, kan barnet eller den unge igen vente op til 2 måneder på behandling. Barnet eller den unge risikerer derved at vente adskillige gange længere, end hvis barnet eller den unge led af en somatisk lidelse. Det er ikke acceptabelt, at et udsat og sårbart barn der lider af en psykisk lidelse, stilles ringere end en borger der lider af en somatisk lidelse. Dette gælder både i forhold til ventetid og udvidet frit valg.

Mulighederne og udfordringerne i at indføre behandlingsgarantier i psykiatrien er velbeskrevet i Danske Regioners publikation fra 2006 "Behandlingsgaranti i psykiatrien". Heri skønnes, at en garanti i psykiatrien for både børn, unge og voksne på samme vilkår som den nuværende behandlingsgaranti inden for det somatiske område kan realiseres ved fuld indfasning over 4-5 år. Ændringen af kapitel 20 a § 87 b bør medtage disse muligheder for at give borgere samme behandlingsrettigheder uanset lidelse. En hurtig indsats forhindrer en forværring i tilstanden og giver de bedste resultater. Dette bør afspejles i lovens ordlyd.

Ergoterapeutforeningen er derudover af den opfattelse, at behandlingsgarantien bør omfatte alle med en psykisk lidelse og ikke kun børn og unge under 19 år.

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122

22 FEB. 2008

all 179

### **Vedr. kapitel 23 a om kontaktpersoner**

Med lovforslaget forpligtes Regionsrådet til at tilbyde navngivne sundhedsfaglige kontaktpersoner til alle patienter, hvis behandling strækker sig over mere end én dag.

Ergoterapeutforeningen finder det meget væsentligt at intentionerne om sammenhæng, kontinuitet og effektiv opgaveløsning følges op med en forpligtelse til at udpege en kontaktperson. Ergoterapeutforeningen noterer med tilfredshed, at kontaktpersonsordningen kommer til at gælde både på de psykiatriske og de somatiske sygehuse, samt på de områder regionerne har andre former for aftaler med. Kontaktpersonsordningen vil, efter Ergoterapeutforeningens mening kunne medvirke til at skabe sammenhæng og tryk under indlæggelser og i ambulante forløb.

Ergoterapeutforeningen mener imidlertid, at præciseringer er nødvendige i forhold til forslaget om kontaktpersonsordningen. Regionsrådet skal oplyse patienterne om kontaktpersonens navn og funktion senest 24 timer efter behandlingens påbegyndelse. Ergoterapeutforeningen finder det særdeles vigtigt, at kontaktpersonen har mulighed for at være involveret fra start til slut i behandlingsforløbet. Men overholdelse af en tidsfrist bør ikke være den eneste kvalitetsindikator i ordningen. Ergoterapeutforeningen mener, at valg af kontaktperson med de rette kompetencer i forhold til det konkrete behandlings- og rehabiliteringsforløb er langt vigtigere. Dermed bliver det nødvendigt at anvende de første 24 timer til at foretage et kvalificeret valg af kontaktperson til den konkrete patient og i forhold til dennes behandlingsforløb.

Kontaktpersonerne får en altafgørende rolle i forbindelse med patientens samlede oplevelse af indlæggelse og behandling. Ikke blot i forhold til at skabe gode, trygge og velinformerede patientforløb men også i forbindelse med at forebygge misforståelser i forløbet. Patientsikkerhedsmæssigt er det derfor væsentligt, at den rette person er tilknyttet patienten. Ordningen stiller store krav til kontaktpersonernes sundhedsfaglige viden, og det er derfor positivt, at kontaktpersonerne skal være autoriserede sundhedspersoner, der direkte medvirker ved behandling af patienten. Det bør sikres, at der i tilfælde af længere fravær, sygdom eller ferie udpeges en vikar til kontaktpersonen. Vikaren skal komme fra gruppen af kvalificeret sundhedsfagligt personale således at kontinuiteten ikke brydes. Kontaktpersonerne skal indgå i kvalificerende efteruddannelsesforløb, og der skal tydeligt formuleres lokale og nationale aftaler, konkrete roller og opgaveområder for kontaktpersonerne. Dette er ligeledes afgørende for at opnå et ensartet kvalitetsniveau på landsplan. Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ifølge lovforslaget fastsætte nærmere regler for kontaktpersoners funktioner. Det bør herunder præciseres, at de autoriserede sundhedsfaglige kontaktpersoner får den fornødne myndighedsposition for at kunne opfylde intentionen med kontaktpersonsordningen. Kontaktpersonen kan være en væsentlig faktor i forbindelse med et vellykket behandlings- og rehabiliteringsforløb, men det kræver, at kontaktpersonen har konkret indflydelse på beslutninger, der tages i forbindelse med patientens forløb.

I forbindelse med indikatorer og standarder forslået i forbindelse med udmøntning af Den Danske Kvalitets Model (DDKM) af Institut for Kvalitets og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), er kontaktpersonsområdet beskrevet med divergerende ansvarsområder og med forskellige titler som eksempelvis tovholder og koordinator. Det er vigtigt, at der er klarhed over titel og funktion samt overordnede ansvars- og myndighedsområder, ligesom det - for at sikre et kvalificeret valg af kontaktperson - er afgørende, at det ikke alene er tidsfristen, men også en tydelig angivelse af udvælgelsesproceduren, der er afgørende for kvaliteten i ordningen.

### **Vedr. udvidet adgang til medicinprofilen**

Af hensyn til patienternes behandlingssikkerhed er det positivt, at der gives mulighed for at trække på Medicinprofilens opdaterede medicinoplysninger i tilknytning til de øvrige patientjournaler.

Som Ergoterapeutforeningen tidligere har nævnt både i forbindelse med lovforslaget og ved foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg, bør ergoterapeuter, som en del af det sundhedsautoriserede behandlingspersonale og på lige fod med læger, have adgang til patientens medicinoplysninger når dette er nødvendigt for behandlingen.

#### **Vedr. Det nationale forebyggelsesråd**

Ergoterapeutforeningen håber, at der med udvidelse af det nye råds størrelse også bliver plads til at den ergoterapeutiske kompetence kan repræsenteres i det nye råd. Ergoterapeuter arbejder med forebyggelse på mange niveauer, og sundhedsfremme er et helt centralt omdrejningspunkt for faggruppens virke i det danske samfund.

#### **Vedr. kapitel 39 a om vederlagsfri fysioterapi mv.**

Med forslaget flyttes myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi og træning til personer med handicap til kommunerne fra den 1. januar 2008. Samtidig indføres en ny tilskudsgruppe med adgang til vederlagsfri fysioterapi – som udgangspunkt i form af holdtræning. Det drejer sig om personer, der er tidligere i sygdomsforløbet end den allerede omfattede gruppe, hvor fysioterapi iflg. lovbemærkningerne har til formål ”at forhale forringelse af funktionsevnen”. Det overordnede hensyn med omlægningen er iflg. lovbemærkningerne at skabe en ”sammenhængende og effektiv opgaveløsning, der er klar og gennemskuelig for borgeren og baseret på en sundhedsfaglig vurdering” samtidig med at ”det må forventes, at sammenhæng og koordination i forhold til den øvrige rehabilitering i kommunerne vil blive styrket ved at flytte ansvaret for fysioterapi til kommunerne”. Endelig fremgår det, at ”patienten vil opleve en større sammenhæng og kontinuitet i de forskellige træningstilbud – både indholdsmæssigt og tidsmæssigt - hvad enten patienten er henvist til genoptræning efter sygehusophold, et kommunalt træningstilbud efter serviceloven eller er lægehenvist til vederlagsfri fysioterapi”.

Ergoterapeutforeningen finder det ikke acceptabelt, at ”sammenhæng, kontinuitet og effektiv opgaveløsning” omkring træningen af denne gruppe borgere alene retter sig imod fysioterapi og dermed fysisk træning. Formålet med genoptræning efter sundhedsloven og serviceloven er ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriets og Socialministeriets fælles ”Vejledning om træning i kommuner og regioner”, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsvæne; *bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt*. Genoptræning rettes imod problemer i *kroppens funktioner eller anatomi samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger*. I samme vejledning defineres vedligeholdelsestræning som målrettet træning for at forhindre funktionstab og for at fastholde det hidtidige funktionsniveau. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af *såvel fysiske som psykiske færdigheder*. Træning består således af elementer, der retter sig både mod krop, aktivitet og deltagelse, og de fleste borgere der har behov for træning har brug for flere eller alle disse. Således gælder det også for den gruppe personer, der med det foreliggende forslag er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi, at disse også har træningsbehov i forhold til aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger – og dermed behov for ergoterapi. Alene ved at tilbyde såvel ergoterapi som fysioterapi på samme betingelser kan intentionerne med sundhedslovens og servicelovens bestemmelser om genoptræning opfyldes.

Ergoterapeutforeningen mener derfor, at det bør fremgå af lovgivningen, at kommunernes forpligtelse til at rådgive borgerne om mulighederne for træning/genoptræning omhandler såvel ergoterapi som fysioterapi (jf. lovbemærkningerne punkt 3.3.3.2).

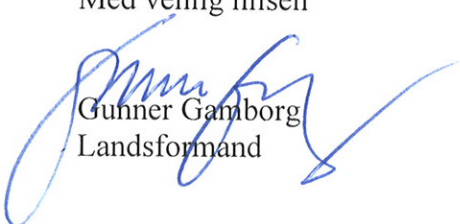
Væsentligst er det dog, at borgerne bør have mulighed for vederlagsfri ergoterapi på linje med vederlagsfri fysioterapi. Ergoterapeutforeningen pegede allerede i 2003 overfor Sundheds- og



Indenrigsministeren på den konkurrenceforvridning, der er opstået ved, at der alene er tegnet overenskomst med fysioterapeuterne på dette område, og at der er behov for muligheden for tilsvarende tilskud via sygesikringen til behandling hos privatpraktiserende ergoterapeuter. Fysioterapeuter og ergoterapeuter tilbyder i et vist omfang behandling for de samme lidelser, men med forskellig faglig tilgang og ekspertise hvor ergoterapeutisk intervention primært vil rette sig imod borgerens aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. De ulige tilskudsmuligheder er en begrænsning af borgernes frie valg på sundhedsområdet og kan medføre, at borgere og deres praktiserende læger af rent økonomiske hensyn vælger den fagligt set forkerte behandling hos en fysioterapeut.

Ergoterapeutforeningen inviterer på denne baggrund endnu en gang Sundheds- og Indenrigsministeriet til fornyet dialog om etablering af sygesikringstilskud til privatpraktiserende ergoterapeuter.

Med venlig hilsen



Gunner Gamborg  
Landsformand

vedt ✓

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K



**kost &  
ernærings  
forbundet**

**Høring over udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven m.fl.**

Kost & Ernæringsforbundet finder i det store og hele ændringerne af Sundhedsloven m.fl. relevante. Forbundet er helt enig i, at der bør gøres en særlig indsats i forhold til forebyggelse af kulturbårne og adfærdsmæssige uhensigtsmæssigheder, som fx fører til overvægt og/eller fedme, som igen kan medføre såkaldte livsstilssygdomme.

Årsagerne skal som det er nævnt i udkastet til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven findes i usund kost, rygning, alkohol og for lidt motion. Kost & Ernæringsforbundet er helt enig i at der bør ske særlige forebyggende indsatser på disse områder.

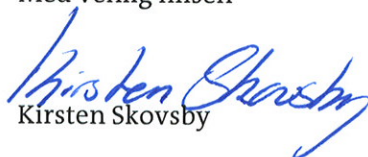
I den forbindelse er det en nødvendig forudsætning, at der også bliver adgang til vederlagsfri kostrådgivning i lighed med fysioterapi.

Kost & Ernæringsforbundet foreslår, at der i bemærkningerne til lovforslagets enkelte bestemmelser nr. 51-54 (§ 227, stk. 1-3) i teksten "Regionernes Lønnings- og Takstnævns kompetence til at indgå overenskomster med grupper af sundhedspersoner om vilkårene for ydelser m.v. udvides til også at omfatte vederlagsfri fysioterapi m.v." tilføjes **Kostrådgivning**.

Man kan ikke tale om sundhed og forebyggelse uden samtidig at forholde sig til mad og drikke, hvorfor adgangen til kostrådgivning er essentiel for at nå målet om forebyggelse af livsstilssygdomme i samfundet generelt.

Giver dette anledning til spørgsmål er I meget velkomne til at kontakte undertegnede.

Med venlig hilsen

  
Kirsten Skovsby

Arbejdsmarkedschef

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-22

**28 FEB. 2008**

akt 216

Nørre Voldgade 90  
1358 København K

TEL 33 41 46 60 / 33 41 46 97

FAX 33 41 46 70

sun@kost.dk

www.kost.dk

21. februar 2008

J.nr. 11102.2 - KS/SUN

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10 -12  
1216 København K

21. februar 2008

Ældre Sagen har fået sendt udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven m.fl. love i høring og har følgende bemærkninger:

Til enkelte elementer i forslaget:

## 2.2. Udvidet frit valg ved aflyst behandling

Ældre Sagen er enig i, at aflyst behandling er til stor gene for patienten på flere måder. Ældre Sagen finder dog ikke, at dette bør give ret til undersøgelse og behandling på et aftalesygehus, hvis behandlingen på det regionale sygehus i øvrigt kan gennemføres inden for en måned. Ældre Sagen er derfor ikke enig i forslaget, men kan pege på, at som incitament for sygehusene til at begrænse aflysninger mest muligt kan omfanget af aflysninger opgøres og offentliggøres på sundhed.dk.

## 2.3. Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser

Ældre Sagen er principielt enig i lovforslagets intention om, at patienten bør have samme rettigheder, uanset om henvisningen omfatter både undersøgelse og behandling eller alene undersøgelse.

Det er dog Ældre Sagens vurdering, at de henvisende lægers adfærd og lokal praksis er så forskellig, at hurtig diagnose- og behandlingsindsats ikke sikres alene ved at tilføre patienten nogle rettigheder. Det er Ældre Sagens opfattelse, at der bør tilvejebringes anvisninger for, hvordan undersøgelsen af hyppigt forekommende sygdomsbilleder tilrettelægges i almen- og speciallægepraksis, herunder hvilke diagnostiske skridt, det forventes, at lægen selv foretager, og på hvilket trin i undersøgelsen det forventes, at lægen overlader den fortsatte diagnostik og evt. behandling til sygehuset.

Sådanne "guidelines" vil udgøre et relevant grundlag for at kunne tilpasse kapaciteten i praksissektoren og i hospitalssektoren, og herunder at give hospitalernes diagnostiske afdelinger et planlægningsgrundlag.

## 2.4. Indførelse af kontaktpersoner på sygehuse

Ældre Sagen er som tidligere udtrykt, bl.a. i Ældre Sagens bidrag til Kvalitetsreformprocessen enig i sigtet med kontaktpersonordningen, og i, at den hidtidige aftaleordning ikke har fungeret tilfredsstillende. Ældre Sagen finder, at behovet for en kontaktpersonordning klart er til stede, men også at det er afgørende, at

Ældre Sagen • Nørregade 49 • 1165 København K

Tlf.: 33 96 86 86 • Fax 33 96 86 87 • www.aeldresagen.dk

Gavebeløb til Ældre Sagen kan fratrækkes efter gældende skatteregler • Giro 450-5050

Protector: Hendes Majestæt Dronning Margrethe II

kontaktpersonordningen kan arbejde på tværs af sektorgrænsen mellem sygehuse og kommuner. Det er netop i denne overgang, at mange af sammenhængsproblemerne opstår i forbindelse med udskrivninger, genoptræning osv.

Ældre Sagen ønsker, at formålet med kontaktpersonordningen beskrives direkte i lovteksten, herunder kontaktpersonens rolle i samarbejdet mellem sygehus og kommuner, og at det af lovteksten fremgår, at ordningen også omfatter ambulante forløb.

For at sikre, at ordningen kommer til at fungere efter hensigten, finder Ældre Sagen det nødvendigt, at det beskrives, hvilken faglig baggrund og hvilken kompetence til at gribe ind i behandlingsforløb, kontaktpersonerne skal have. Ældre Sagen finder ikke, at den foreslåede bemyndigelse til ministeren til at fastsætte regler om, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner. Det er vigtigt at præcisere, at kontaktpersonens - i bemærkningerne - beskrevne ansvar for information af patienten ikke mindsker andre sundhedspersoners informationspligt.

En velfungerende kontaktpersonordning vil opsamle en betydelig viden om kilder til svigtende sikkerhed og kvalitet. Som en del af formålet med ordningen bør derfor beskrives, hvordan kontaktpersonernes erfaringer kan inddrages i det generelle arbejde med sikkerhed og kvalitet.

## **2.5. Udvidelse af patientsikkerhedsordningen**

Ældre Sagen er tilfreds med forslaget om, at patientsikkerhedsordningen udvides til at gælde alle dele af sundhedsvæsenet. Ældre Sagen finder dog, at det klart bør fremgå, at forslaget også omfatter utilsigtede hændelser i de kommunale hjemmeplejer, på plejehjem og i ældreboliger, hvor den sundhedsmæssige indsats ofte ydes af ikke-autoriseret social- og sundhedsmæssigt uddannet personale.

Ældre Sagen er enig i, at der snarest - og altså ikke udskudt, som forslaget giver mulighed for - bør indføres rapporteringsadgang for patienter og pårørende, også her omfattende de ovenfor anførte ydelser fra den kommunale hjemmepleje m.v. Ældre Sagen finder, at der bør være mulighed for rapportering ad anden vej end elektronisk.

Ældre Sagen er indforstået med, at der videregives personoplysninger i det omfang, det er nødvendigt for at kunne vurdere indrapporterede hændelser.

## **2.6. Udvidet adgang til medicinprofilen**

Ældre Sagen finder, at manglende sammenhæng i indsatsen, er et af sundhedsvæsenets største problemer, og at en af mange årsager hertil er, at data ikke altid er til stede, hvor de skal bruges og udnyttes. Medicinprofilen er et værktøj til på sit område at afhjælpe nogle af disse problemer. Ældre Sagen er derfor interesseret i, at medicinprofilen i så vid udstrækning kan anvendes - og bliver anvendt - til at sikre lægemiddelhåndteringen, fx i forbindelse med omsorgsjournaler og elektronisk patientjournal.

Ældre Sagen er derfor enig i målsætningen med lovforslagene på dette område, nemlig at optimere udnyttelsen af medicinprofilen - naturligvis under forudsætning af patientens accept.

## **2.7. Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne**

Ældre Sagen er principielt tilfreds med, at myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi overføres til kommunerne, og med, at der fra 1. januar 2008 oprettes en ny tilskudsgruppe for personer med sygdomme, som indebærer et forudsigeligt tab af funktionsevner, og for hvilke det kan være vigtigt at indlede fysioterapi tidligt for at forhale forringelsen af funktionsevnen.



Kommunernes optræningsopgaver er i forvejen under pres, og da der sammen med overførelsen af myndighedsansvaret sker en udvidelse af den persongruppe, der kan modtage vederlagsfri fysioterapi, forudsætter Ældre Sagen, at der sker en øgning af ressourcer til optræning, som kan sikre forsvarlig træning til samtlige de former for træning, kommunerne er ansvarlige for. Dette fremgår beklageligvis ikke af forslaget.

Ældre Sagen er indforstået med, at behandlingen som udgangspunkt foregår som holdtræning, men finder, at individuel træning eller en kombination af individuel og holdtræning bør tilbydes, hvis disse træningsformer efter en konkret helbredsmæssig vurdering er mere hensigtsmæssige for at forhale forringelsen af patientens funktionsevner.

Endelig lægger Ældre Sagen vægt på, at der fortsat er valgfrihed indenfor en bred vifte af tilbud, herunder de praktiserende fysioterapeutiske klinikker.

## **2.8. Graderet plejehjemstilsyn**

Ældre Sagen er ikke enig i overvejelserne om at reducere hyppigheden af plejehjemstilsyn for de institutioner under tilsynet, hvor der ikke konstateres fejl eller mangler, eller hvor der kun konstateres fejl eller mangler, der – efter Sundhedsstyrelsens skøn – ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser.

Sundhedsstyrelsens tilsyn er opbygget således, at påpegede fejl og mangler vil kunne have patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, selv om de ikke vurderes som "alvorlige". Det er derfor ikke et relevant grundlag at slække på tilsynet. Snarere bør det vurderes, hvordan tilsynet i samarbejdet med institutionerne kan blive bedre til at modvirke de mange fejl, der år efter år rapporteres – ikke mindst på medicinområdet, hvor der konstateres fejl ved op mod 2/3 af institutionerne.

Ændringen sker med henvisning til, at alle kommunale velfærdsinstitutioner fra 2015 skal arbejde med en enkel og anerkendt akkrediterings- eller kvalitetsudviklingsmetode.

Ældre Sagen finder, at det er nødvendigt at fastholde og udvikle et effektivt eksternt tilsyn på områder, hvor brugerne har svært ved eller er ude af stand til selv at vurdere indsatsen og evt. reagere herpå. Ikke mindst de senere års institutionsskandaler understreger dette. Det vil være relevant, at dette eksterne tilsyn arbejder sammen med kommunernes akkrediterings- og kvalitetsudviklingsmetode.

## **2.10. Nationalt forebyggelsesråd**

Ved dannelsen af forebyggelsesministeriet blev Det nationale råd for folkesundhed og Motions- og Ernæringsrådet samlet i dette ministerium. De to råd foreslås nu slået sammen i et nationalt forebyggelsesråd.

Ældre Sagen finder på den baggrund, at der er behov for en nærmere beskrivelse af funktionsområdet for et evt. samlet forebyggelsesråd. Det er fx betænkeligt, at opgaven med at styrke den videnskabelige indsats på motions- og ernæringsområdet ikke tænkes videreført i det nye råd. Denne ændring forudsætter som minimum, at der tages stilling til, hvordan denne forskning styrkes på anden måde.

Ældre Sagen finder, at det vil svække det foreslåede råds indsats kun at skulle afgive beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse hvert tredje år mod nu henholdsvis hver år og hvert andet år.

Sammenfattende finder Ældre Sagen, at en ændring af de to råd bør afvente Forebyggelseskommissionens arbejde og tilrettelægges i forhold til relevante anbefalinger herfra.

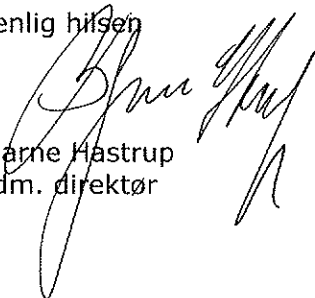


## 2.11 Mulighed for forlænget sagsbehandlingstid ved ansøgning om forhøjet tilskud

Forslaget vedrører forhøjet tilskud til lægemidler i de tilfælde, hvor en patient er nødt til at anvende et lægemiddel, hvis pris overstiger tilskudsprisen. Ældre Sagen finder det ikke rimeligt, at patientens usikkerhed om, hvorvidt der kan ydes tilskud, skal forlænges på grund af administrative vanskeligheder. Det er også i modstrid med regeringens generelle bestræbelser - som fx udtrykt i forbindelse med Kvalitetsreformen - om at reducere sagsbehandlings- og andre ventetider. Ældre Sagen foreslår derfor, at den hidtidige tidsfrist på 14 dage fastholdes, og at den hidtidige praksis fastholdes, således at der meddeles forhøjet tilskud til patienten, hvis der ikke indenfor fristen på 14 dage kan indhentes en tilkendegivelse fra Medicintilskudsnet.

Venlig hilsen

Bjarne Hastrup  
Adm. direktør





Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

København, den 21. februar 2008

**Svar på høring over udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer – j. nr. 2006-12000-122**

Dansk Kiropraktor Forening har modtaget ministeriets skrivelse af 5. februar 2008 om høring over ovennævnte.

Dansk Kiropraktor Forening har ingen bemærkninger til lovforslaget, heller ikke det heri indeholdte forslag til udvidelse af patientsikkerhedsordningen, idet dog Dansk Kiropraktor Forening forventer økonomisk kompensation for de heraf afledte yderligere administrative forpligtelser for sundhedspersonerne i primærsektoren samt forventer, at de nødvendige overenskomstmæssige afklaringer finder sted i god tid, førend reglerne træder i kraft.

Med venlig hilsen

Ole Rasmussen

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122

25 FEB. 2008

akt 190

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 KBH. K

21. februar 2008  
/KK

### Nye navne til Gigtforeningens sanatorier

Det skal oplyses, at Gigtforeningens tre sanatorier, der er omfattet af Sundhedslovens § 79 stk. 2, har fået nye navne.

Dronning Alexandrines Gigtsanatorium hedder nu: Gigtforeningens "Center for sundhed og træning i Middelfart".

Gigtsanatoriet i Skælskør hedder nu: Gigtforeningens "Center for sundhed og træning i Skælskør".

Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem hedder nu: Gigtforeningens "Center for sundhed og træning i Århus".

Navnene bedes ændret i Sundhedsloven i forbindelse med revisionen af denne.

Med venlig hilsen



Lene Witte

Direktør

Tlf. 39 77 80 36

lwitte@gigtforeningen.dk

www.gigtforeningen.dk

Gigtforeningen  
Gentoftegade 118  
2820 Gentofte  
tlf. 39 77 80 00  
fax 39 65 11 96  
info@gigtforeningen.dk  
www.gigtforeningen.dk

Gigtforeningen er en privat og uafhængig organisation, som støtter gigtforskning og arbejder for bedre behandling og større livskvalitet for de 700.000 mennesker i Danmark, der lever med en led-, ryg- eller muskelsygdom.

Under protektion af  
Hendes Majestæt  
Dronning Margrethe

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
DK-1216 København K

Amaliegade 17  
Postboks 143  
1004 København K

Tel.: 70 25 77 11  
Fax: 70 25 16 37  
info@tandlaegeforeningen.dk  
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

**Høring over udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og nedlæggelse af amtskommuner, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer. J.nr. 2006-12000-122.**

Dato: 22. februar 2008

Sagsbeh: HH/lvk  
E-mail: E-mail  
Journalnr.: Journalnr.

Tandlægeforeningen har modtaget ovennævnte udkast til forslag til ændring af de nævnte love med anmodning om indsendelse af eventuelle bemærkninger senest den 22. februar 2008.

Tandlægeforeningen har udelukkende bemærkning til forslaget om " Adgang for autoriserede sundhedspersoner til frivillig indskrænkning af deres virksomhedsområde".

Tandlægeforeningen kan fuldt ud støtte det fremsendte ændringsforslag.

Med venlig hilsen

  
Susanne Andersen  
Formand

  
Claus Jørgensen  
Konstitueret Sekretariatschef

SUM REGSU J.nr. 2006-12000-122

29 FEB. 2008  
alt 219

*vedl. ✓***Lis Flødstrup**

---

**Fra:** Jette Vind Blichfeldt  
**Sendt:** 25. februar 2008 09:44  
**Til:** Lis Flødstrup  
**Emne:** VS: Høringssvar  
**Vedhæftede filer:** 361.1.DOC; header.htm

*Venlige hilsener*

*Jette*  
lok. 69459

---

**Fra:** Ulla Hybel [mailto:ulla.hybel@etiskraad.dk]  
**Sendt:** 22. februar 2008 15:38  
**Til:** Jette Vind Blichfeldt  
**Emne:** Høringssvar

Kære Jette Vind Blichfeldt

Hermed vedhæftet høringssvar fra Det Ethiske Råd vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m.

Med venlig hilsen

Ulla Hybel  
Cand.jur. ph.d.  
Sekretariatet, Det Ethiske Råd  
Ravnsborggade 2-4, 2200 København N  
Direkte telefon 35240680  
E-mail: ulla.hybel@etiskraad.dk

SUM REGSU J.nr. *2006-1200-122*

*25 FEB. 2008 alt 207*



# DET ETISKE RÅD

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Att. Jette Vind Blichfeldt

Den 22. februar 2008

J.nr. ER 2008-6.4-361, dok.: 1

**Det Etiske Råds høringssvar vedr. udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer, journalnr. 2006-1200-122.**

Det Etiske Råd har modtaget forslag til ændring af ovennævnte love i høring fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Udvidede udrednings- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge.

Det Etiske Råd fremsendte den 9. oktober 2007 bemærkninger til lovforslaget om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge. Rådet har stadig samme indstilling:

Ifølge lovforslaget skal rettighederne for personer, der er henvist til psykiatrisk undersøgelse og på tidspunktet for henvisningen ikke er fyldt 19 år, fra og med 1. januar 2008 (august 2008) udvides, således at personen får ret til udvidet frit sygehusvalg i forbindelse med undersøgelse og i særlige tilfælde også i forbindelse med behandling. Forslaget er første led i en udvidelse af rettighederne for psykiatriske patienter, idet målet er at give alle psykiatriske patienter ret til hurtig udredning og behandling fra og med 2010.

# DET ETISKE RÅD

Det Etiske Råd kan fuldt ud tilslutte sig hensigten med både det specifikke lovforslag og den fremadrettede målsætning. Generelt består gruppen af psykiatriske patienter af sårbare personer, som i mange tilfælde har brug for hurtig undersøgelse og behandling, hvis deres velfærd og fremtidsudsigter ikke skal forringes i væsentlig grad. Ikke mindst gælder dette i forbindelse med yngre patienter, hvor en hurtig indsats i nogle tilfælde kan være nødvendig for at forhindre permanent sygdom. Tiltag, der kan nedsætte ventetiden på undersøgelse og behandling på det psykiatriske område, uden at dette vel at mærke går ud over kvaliteten af sundhedsydelsen, forekommer derfor meget velbegrundede.

Det Etiske Råd vil dog ikke undlade at bemærke, at det ikke nødvendigvis er en god idé at udvide rettighederne i forhold til undersøgelse og behandling, hvis denne udvidelse i sidste ende ikke fører til, at ventetiderne forkortes i væsentlig grad. Dette kan føre til en slags signalforvirring, som undergraver tilliden til sundhedsvæsenet og skaber skuffede forventninger hos patienterne. Efter Rådets opfattelse er det derfor væsentligt at være opmærksom på, om der faktisk eksisterer ressourcer til at indfri intentionerne bag det udvidede frie sygehusudvalg på det psykiatriske område, inden de udvidede rettigheder træder i kraft.

## Medicinprofilen

Den 11. september 2002 afgav Det Etiske Råd et høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriets lovforslag om elektroniske medicinprofiler. I høringssvaret forholdte Rådet sig kritisk til flere dele af forslaget. For det første anså Rådet det for at være uheldigt, at registreringer i medicinprofilen skulle være obligatorisk:

”Det Etiske Råd mener, at der skal være meget tungtvejende grunde til at oprette et centralt register med følsomme oplysninger. Det Etiske Råd finder desuden, at de etiske betænkeligheder ved at oprette et centralt register med følsomme oplysninger skærpes væsentligt som følge af, at lovforslaget lægger op til, at den enkelte patient ikke får mulighed for at vælge, om oplysninger vedrørende hans eller hendes receptordinerede medicin skal indgå i et centralt elektronisk register... rådet kan ikke se nogen grund til, at den enkelte patient ikke selv skal kunne vælge, om vedkommende overhovedet vil deltage i ordningen og dermed lade oplysninger om vedkommendes medicin registrere i en

# DET ETISKE RÅD

centralt tilgængelig medicinprofil. Det Etske Råd foreslår derfor, at den personlige elektroniske medicinprofil bliver et frivilligt tilbud for den enkelte.”

For det andet var Rådet betænkelig ved den indskrænkning af patientens selvbestemmelse i forhold til patientretsstillingslovens bestemmelser, som lovforslaget ville indebære:

” For det første: Efter patientretsstillingsloven kan udlevering og indhentning af oplysninger kun ske uden patientens udtrykkelige samtykke, hvis det er nødvendigt i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb. Indenfor rammerne af det foreslåede register kan oplysninger indhentes af de relevante personer (den behandlende læge og, under patientens samtykke, apotekeren og apotekspersonale), hvis det blot er nødvendigt for patientbehandlingen som sådan (det vil sige, også med henblik på en eventuel fremtidig behandling). For det andet: Ifølge patientretsstillingslovens § 24, stk. 3 har en patient ret til at frabede sig, at der bliver videregivet oplysninger til andre sundhedspersoner i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb. Denne ret bortfalder også indenfor det foreslåede register.”

Endelig mente Rådet, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet ved en gennemførelse af lovforslaget ville få for vidtgående beføjelser til at fastsætte retningslinjer for de elektroniske medicinprofiler. Blandt andet hedder det i høringssvaret, at:

”Selvom lovforslagets bemærkninger indeholder en hensigtserklæring om, at oplysninger i medicinprofilen højst må være 12 mdr. gamle, finder Det Etske Råd, at ministeriet får for vidtgående beføjelser over håndteringen af patienters helbredsoplysninger.”

Ifølge det lovforslag, der blev fremsendt i september 2007, og nu igen i februar 2008, skal adgangen til oplysningerne i medicinprofilen udvides, idet det nu skal gøres muligt at videregive oplysningerne til i første omgang kommunernes elektroniske patientjournal og på længere sigt også elektroniske patientjournaler på sygehuse og i lægepraksis.

# DET ETISKE RÅD

Den foreslåede udvidelse gør naturligvis den kritik, der blev fremført fra Rådets side i 2002, endnu mere tungtvøjende. Rådets holdning er derfor, at man med det fremsendte lovforslag er ved at bevæge sig ud på en glidebane, hvor sundhedsvæsenets eget behov for let adgang til informationer og et mere generelt ønske om effektivitet i sundhedsvæsenet i stigende grad opprioriteres på bekostning af patientens ret til selvbestemmelse og privathed. En sådan udvikling finder Det Etiske Råd særdeles uheldig og betænkelig.

Det Etiske Råd har bemærket, at det i bemærkningerne til lovforslaget "forudsættes, at Lægemiddelstyrelsen ikke vil være forpligtet til at videregive oplysningerne til de af bestemmelsen omfattede elektroniske patientjournalssystemer, men derimod vil få adgang til at kunne videregive oplysningerne". I det tidligere fremsendte lovforslag var endvidere anført: "Herved indlægges en mulighed for Lægemiddelstyrelsen til at betinge videregivelsen af og vurdere, om de modtagende elektroniske systemer lever op til gældende persondataretlige sikkerhedskrav mv."

Rådet havde i sit høringssvar af 9. oktober 2007 følgende bemærkning til dette: "Efter Rådets opfattelse bør et ufravigeligt krav i forbindelse med videregivelsen af informationer være, at det elektroniske system, informationerne overføres til, er i stand til at registrere hver enkelt bruger, som logger sig ind i systemet, samt denne brugers begrundelse for at anvende informationerne. Desuden bør det være et krav, at den enkelte patient har adgang til en liste over anvendelsen af informationerne. Det skal dog bemærkes, at en sådan praksis på ingen måde tilsidesætter de betænkeligheder, man i øvrigt kan have ved de påtænkte muligheder for at videregive informationerne i medicinprofilen. Tiltaget ville for eksempel ikke gøre det mindre nødvendigt at forholde sig til, om det overhovedet bør være obligatorisk for en person at være registreret i medicinprofilen."

Det Etiske Råd har stadig samme indstilling til denne problemstilling, og har noteret sig, at der i de nuværende bemærkninger er anført, at "Herved sikres det, at Lægemiddelstyrelsen vil kunne vurdere, om de modtagende elektroniske systemer lever op til gældende persondataretlige sikkerhedskrav m.v., og betinge videregivelsen heraf.

# DET ETISKE RÅD

Lægemiddelstyrelsen vil ikke videregive oplysninger fra Medicinprofilen til eventuelle elektroniske systemer, som, styrelsen vurderer, ikke lever op til sikkerhedskravene”.

## Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Det Etiske Råd finder, at patientsikkerhedsordningen er et væsentligt redskab til at klarlægge og reducere utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med undersøgelse og behandling. Rådet finder det derfor positivt, at ordningen nu udvides til også at dække primærsektoren og apotekssektoren, samt at patienter og pårørende får adgang til at rapportere utilsigtede hændelser.

Rådet bemærker dog, at der med udvidelsen foreslås indført hjemmel til, at der kan videregives personfølsomme oplysninger om de involverende patienter både mellem region og kommune og fra region eller kommune til private. Dette kan ske, når der er tale om en utilsigtet hændelse, der sker ved overgange mellem sektorer. Ifølge bemærkningerne forudsætter videregivelse efter bestemmelsen, at ”myndigheden konkret sikrer, at videregivelsen af personoplysninger kun sker, når det er nødvendigt for, at regionen eller kommunen kan analysere og følge op på utilsigtede hændelser”. Der må ikke videregives oplysninger om identiteten af den rapporterende person. Det bemærkes også, at bestemmelsen indebærer en fravigelse af persondatalovens § 10, stk. 3, hvorefter videregivelse af personoplysninger til tredjemand kun kan ske efter forudgående tilladelse fra Datatilsynet. Dette begrundes ifølge lovforslagets generelle bemærkninger med, at et krav om forudgående tilladelse i praksis vil være administrativt byrdefuldt og medføre en forsinkelse i processen med at analysere og følge op på en utilsigtet hændelse.

Rådet har til dette den samme grundlæggende indvending som ovenfor beskrevet ved Medicinprofilen: Med dette bevæger man sig ud på en glidebane, hvor sundhedsvæsenets eget behov for let adgang til informationer og et mere generelt ønske om effektivitet i sundhedsvæsenet i stigende grad opprioriteres på bekostning af patientens ret til selvbestemmelse og privathed.

Sundhedsvæsenets brugere har naturligvis også stor interesse i at forebygge, at utilsigtede hændelser sker. Dette bør dog efter Rådets opfattelse ikke medføre, at



# DET ETISKE RÅD

patienter fratages deres grundlæggende rettigheder, og at tavshedspligten udvandes. Efter patientsikkerhedsordningen har patienter ikke krav på at blive orienteret om indberetninger, endsize krav på at blive orienteret om videregivelse af oplysninger. Patienter har heller ikke adgang til aktindsigt eller indsigt i oplysningerne i patientsikkerhedsordningens registreringer.

Patienter indgår således i registreringer, som de ikke får kendskab til, der bliver videregivet personfølsomme oplysninger uden deres vidende til en ukendt kreds af personer, og patienter har ingen mulighed for indblik i hvilke oplysninger, det drejer sig om, og hvilke personer, der har adgang til dem. Det Etiske Råd finder dette stærkt betænkeligt og mener, at patienters rettigheder på dette punkt bør styrkes. I både persondataloven og sundhedsloven har man søgt at styrke borgernes ret til privathed og selvbestemmelse over personfølsomme oplysninger. Dette lovforslag må ses som et tilbageskridt i denne udvikling.

Under behandlingen af høringssvaret på rådsmøde den 21. februar udtrykte to af rådets medlemmer et ønske om at få indført følgende bemærkninger til lovforslaget:

## Vedrørende udvidede udrednings- og behandlingsrettigheder for psykiatriske patienter:

Nogle rådsmedlemmer gør opmærksom på det også etisk problematiske i at give psykiatriske patienter en fritvalgsgaranti og dermed ret til at vælge et andet behandlingstilbud, hvis de ikke inden for en given tid har fået et tilbud. Mange psykiatriske patienter vil ikke være i stand til selv at vælge et andet tilbud. Psykiatriske patienter skal derfor ikke have en fritvalgsgaranti, men derimod en behandlingsret: Det offentlige skal sikre, at disse patienter rent faktisk bliver behandlet inden for den garanterede tid.

## Vedrørende ind- og udskolingsundersøgelser af skoleelever:

Nogle rådsmedlemmer mener, at disse undersøgelser også fremover skal foregå ved en læge.

# DET ETISKE RÅD

Med venlig hilsen  
På Rådets vegne

Peder Agger  
Formand