



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

Att.: Jette Vind Blichfeldt

REHABILITERINGS- OG
FORSKNINGSCENTRET
FOR TORTUROFRE

REHABILITATION AND
RESEARCH CENTRE
FOR TORTURE VICTIMS

22. februar 2007
2000-IM
BSJ/hmy

Vedr.: Ministeriets j.nr. 2006-12000-122 – høring over udkast til forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven mv.

Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT) anser det for meget væsentligt, at alle patienter i psykiatrien, herunder traumatiserede flygtninge med følger efter tortur og organiseret vold, får ret til at modtage hurtig behandling efter undersøgelse. Derfor er målsætningen om, at en ventetid på behandling på 2 måneder skal gøre det muligt at blive behandlet på andre sygehuse end det først henviste, en vigtig ændring. Inden for RCTs aktivitetsområde er situationen lige nu meget vanskelig med ventetider på 1-2 år, hvilket illustrerer behovet for yderligere satsning.

For så vidt angår indførelse af en kontaktpersonsfunktion, har RCT i længere tid haft en sådan i sin rehabiliteringsvirksomhed og kan kun konstatere, at det er en rigtig god ordning, som varmt støttes.

Et praktisk forhold, som bør overvejes, når det gælder frit valg af sygehus, er, at rejsegodtgørelsen til den pågældende patient også skal gælde til det valgte sygehus, idet et frit valg ellers kan blive et problem, særligt for de flygtningegrupper med meget små ressourcer, som eksempelvis behandles på RCT.

Med venlig hilsen

Bengt Sjölund, professor
Direktør, RCT

SUM REGSU J.nr. 2006-12000-122

25 FEB. 2008
akt 488

RCT

Domus Parker
Borgergade 13
P.O. Box 2107
DK-1014 Copenhagen K
Tel +45 33 76 06 00
Fax +45 33 76 05 10
E-mail rct@rct.dk
www.rct.dk

SE-No 69 73 51 18

Giro BG Bank No.
3001-0007383940

Danske Bank No
3001-4310821209

*vedl ✓***Lis Flødstrup**

Fra: Grethe Johannesen på vegne af Sundhedsministeriet
Sendt: 22. februar 2008 14:26
Til: Kontorpost Regional sundhed
Emne: VS: Høringssvar ove udkast til Lov om ændring af sundhedsloven m.fl
Vedhæftede filer: Høring over udkast til lov om sundhedsloven.pdf

Fra: Rita Sobczyk [mailto:rs@farmakonom.dk]
Sendt: 22. februar 2008 14:25
Til: Sundhedsministeriet
Emne: Høringssvar ove udkast til Lov om ændring af sundhedsloven m.fl

Farmakonomforeningens høringssvar i ovennævnte sag.

Med venlig hilsen

Rita Sobczyk
Farmakonomforeningen
Skt. Peders Stræde 36
1453 København K
tlf. direkte 3318 9052
e-mail rs@farmakonom.dk

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

25 FEB. 2008

alt 185

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



22-02-2008
1580.19/KL

Høring over udkast til Lov om ændring af sundhedsloven m.fl.

Farmakonomforeningen har modtaget udkast til lovforslag i høring og har følgende kommentarer:

Sundhedslovens § 145 – medicintilskud kun til medicin på recept

Farmakonomforeningen støtter ændringen, der efter vores opfattelse bringer loven i overensstemmelse med gældende praksis.

Sundhedslovens § 151, 3. pkt. – sagsbehandlingstid for forhøjet tilskud til medicin

Spørgsmålet om forlængelse af sagsbehandlingstid for forhøjet tilskud til medicin har tidligere været i høring i oktober 2007. Farmakonomforeningen har ikke ændret holdning, og tillader os derfor at citere fra vores høringssvar af 9. oktober 2007:

”Farmakonomforeningen mener ikke, at det er rimeligt, at forlænge Lægemiddelstyrelsens sagsbehandlingstid for behandlingen af sager om forhøjet tilskud til lægemidler til op til 60 dage i særlige tilfælde.

Vi har forståelse for, at fristen på 14 dage kan være for lidt, hvis en sag skal forelægges Medicintilskudsnet, men af hensyn til patienterne bør det være nok at forlænge fristen i særlige tilfælde til 30 dage. Det er ikke rimeligt, at patienter skal vente i op til to måneder, før de får at vide, om de kan få forhøjede medicintilskud. Det er ofte patienter i en svær situation, og ventetid kan være en yderligere belastning i et patientforløb.”

Sundhedslovens § 157, stk. 9, nr. 5 - medicinprofilen

Medicinprofilen er et vigtigt redskab for både patienter og personale. Opslag i medicinprofilen kan være med til at forhindre fejlmedicinering, og derfor er det nødvendigt at medicinprofilen bliver brugt af såvel sundhedspersonale som lægemiddelkyndigt personale på sygehuse og apoteker.

Det er derfor nødvendigt, at reglerne omkring brugen af medicinprofilen tager højde for, at også lægemiddelkyndigt personale på sygehusene – farmakonomer og farmaceuter – har adgang til medicinprofilen på landet sygehuse. Lægemiddelkyndigt personale falder ikke ind under sundhedslovens definition på sundhedspersonale, fordi farmakonomer og farmaceuter desværre ikke i dag har en autorisation. Det er vigtigt at have dette for øje, hver gang der kigges på reglerne omkring medicinprofilen.

Medicinprofilen kommer kun patientsikkerheden til gode, hvis den bliver brugt og udbredt på tværs af almen praksis, apotek, hjemmesygepleje og sygehus, og Farmakonomforeningen mener derfor, at det er rimeligt, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler for udveksling af data i medicinprofilen.

Sundhedslovens § 157, stk. 9, nr. 6 – formkrav til medicinprofilen

Receptserverens upålidelige drift er en kilde til gener for medicinbrugere og personale på landets apoteker, og Farmakonomforeningen støtter ethvert initiativ, der kan medvirke til at sikre stabiliteten af receptserveren.

Sundhedslovens § 198, stk. 2 – indberetning af fejl og utilsigtede hændelser

Medicinsikkerheden er et af apotekets kerneområder og spidskompetencer. Landets apoteker forhindrer hvert år tusindvis af potentielt farlige udleveringer af forkert medicin ved kontrollen af recepter. Men også på apoteket kan der naturligvis begås fejl.

Farmakonomforeningen støtter ideen bag udbredelsen af indberetningen af fejl og utilsigtede hændelser, herunder at indberetningerne er anonymiserede, så personalet ikke undlader at indberette fejl af frygt for repressalier.

Vi gør dog opmærksom på, at apotekerne allerede i dag har et indberetningssystem for fejl og at der derfor bør ses på, hvordan de to systemer kan arbejde sammen. Dobbeltreportering er i sig selv en kilde til fejl, og hvis personalets opbakning til rapporteringerne skal fastholdes, er det vigtigt at de ikke bliver opfattet som overflødigt bureaukrati fordi samme fejl skal indrapporteres flere gange i forskellige systemer.

Sundhedslovens § 223– Det nationale forebyggelsesråd

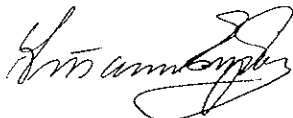
Livsstilssygdomme er et voksende problem i et samfund, hvor det er nemt at spise for meget, motionere for lidt og hvor der er nem adgang til lovlige rusmidler som alkohol og tobak.

Der er derfor brug for et øget fokus på sundhedsforebyggelse. Farmakonomforeningen glæder sig derfor over forslaget om Det nationale forebyggelsesråd. Vi mener, at sammensætningen af Det nationale forebyggelsesråd bør være meget bred, og at man med fordel kunne inkludere et medlem med erfaring fra apotekssektoren. Apotekerne har kontakt med alle brugere af receptpligtig medicin og kan spille en større rolle i fremtidens sundhedsfremme end det gør i dag.

Farmakonomforeningen glæder sig til at se resultaterne af det nationale forebyggelsesråds arbejde, og håber at der vil blive afsat økonomiske og personalemæssige ressourcer til at føre rådets forslag ud i livet, så rådet ikke får karakter af en syltekrukke hvis arbejde aldrig kommer borgerne til gode.

Farmakonomforeningen har ingen kommentarer til de øvrige dele af høringsmaterialet.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Susanne Engstrøm', written in a cursive style.

Susanne Engstrøm
formand

vedt.

Lis Flødstrup

Fra: Jette Vind Blichfeldt
Sendt: 22. februar 2008 15:18
Til: Lis Flødstrup; Helle Borg Larsen; Camilla Villumsen; Louise Filt
Emne: VS:
Vedhæftede filer: Høring sundhedslov 22022008Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.pdf; header.htm

Venlige hilsener

Jette

lok. 69459

Fra: Lillian Bondo [mailto:lib@jordemoderforeningen.dk]
Sendt: 22. februar 2008 14:52
Til: Jette Vind Blichfeldt
Emne:

Med venlig hilsen,

Lillian Bondo
Jordemoder, MPA,
formand for Jordemoderforeningen
Skt. Annæ Plads 30
1250 København K
mobil 23 43 94 33
mailto:lib@jordemoderforeningen.dk

SUM REGSU J.nr. *2008-1200-122*

25 FEB. 2008

elt 184

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

22. februar 2008
63-025

Att. Jette Vind Blichfeldt

Jordemoderforeningen
Skt. Annæ Plads 30
1250 Kbh. K

Vedrørende j.nr. 2006-12000-122

Tlf. 46953400
www.jordemoderforeningen.dk

Høring over 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.

Jordemoderforeningen takker for det tilsendte materiale.

Vi har følgende bemærkninger til høringsmaterialet:

- Overordnet er det vanskeligt ikke at se længere end til den aktuelle høringsrunde, og derfor griber vi lidt bredere ud end selve høringsrunden lægger op til:

Jordemoderforeningen har tidligere påpeget, at jordemodervæsenets opgaveløsning er skrøbeligt indplaceret i den aktuelle ansvarsfordeling, og vores indvendinger imod placeringen af jordemoderopgaver som udelukkende en sygehusopgave i regionerne underbygges desværre hen ad vejen af de indskrænkninger i varetagelsen af det forebyggende arbejde, som vi ser på forskellige fødesteder landet over. Så længe økonomien til forebyggelsesdelen i jordemoderarbejdet ikke er hegnet ind, er den i fare. Et tværgående jordemodervæsen med forankring i kommunernes forebyggelse og regionernes behandling havde været og vil fortsat kunne udvikles til en god og sund løsning. Når nu Folketinget har "låget af" loven, burde det være muligt at se nærmere på en i henseende til varetagelse af folkesundheden mere hensigtsmæssig placering af jordemødres opgavevaretagelse.

Jordemoderforeningen vil foreslå, at formuleringen af § 83. *Regionsrådet yder forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder og jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet*, ændres, således at der kommer til at stå:

§ 83. Regionsrådet indgår i samarbejde med kommunerne i regionen aftaler med jordemodervæsenet om forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder og jordemoderhjælp ved fødsel, herunder ved fødsel i hjemmet.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen fastsætter antallet af forebyggende helbredsundersøgelser efter stk. 1.

Ad foreslået § 83, stk. 1: Jordemoderforeningen er opmærksom på, at der aktuelt ikke er anvendt betegnelsen "jordemodervæsen" i sundhedsloven. Det vil med vores forslag være den rette betegnelse for en tværgående opgaveløser som jordemødrene netop udgør. Andre betegnelser såsom jordemodersektoren er også anvendelige, og vil rime godt med primær og sekundær sektor, idet jordemødre netop bevæger sig på langs ad disse to sektorer.

Ad foreslået § 83, stk. 2: Her er alene tale om en parallelitet i forhold til antal lægeundersøgelser.

- Denne overordnede bemærkning fører videre til mere konkrete kommentarer til enkeltelementer i ændringsforslaget:

Vedrørende **udvidet frit valg ved aflyst behandling**, det ny § 87, stk. 3:

Jordemoderforeningen skal bemærke, at en række kvinder i dag ikke får de tilbud inden for (især) jordemoderomsorg, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Vi vil derfor foreslå, at man i lighed med det i forslaget nævnte, også indregner privatpraktiserende jordemødres virksomhed i den kreds, der kan indgå aftaler om betjening af kvinder med behov for jordemoderomsorg "til rette tid". Der er et voksende antal af privatpraktiserende jordemoderpraksiser, som på bedste vis vil kunne dække de endnu udækkede behov hos vordende forældre for fødselsforberedelse, tilstrækkeligt antal jordemoderundersøgelser og efterfødselsbesøg.

(Vi henviser til at Sundhedsloven sammenfatter behandling således: *Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient*)

Vedrørende **kontaktpersoner**:

Vi ser frem til, at ordningen kan være med til at understrege Sundhedsstyrelsens anbefaling

af kontinuitet i omsorgen for kvinden/de vordende forældre.

Vedrørende **rapporteringspligt i den primære sundhedssektor:**

Under 2.5.2.2, nederst på side 21 i det udsendte høringsmateriale, oplystes et antal professionelle, "alment praktiserende læger.....psykologer beskæftiget i sundhedsvæsenet". I denne opstilling bør praktiserende jordemødre nævnes. Som før nævnt er der et stigende antal af jordemødre, der betjener kvinder/familier såvel i henseende til svangreprofylakse som egentlig fødsels- og barselshjælp, ligesom også scanninger og fertilitetsbehandling varetages af jordemødre. Disse jordemødre er selvfølgelig cirkulæremæssigt forpligtede til at være opmærksomme på fejl og utilsigtede hændelser i samme omfang som deres kolleger i det offentlige jordemodervæsen. Embedslægeinstitutionen, der har erfaring med tilsyn med og samarbejde med jordemodervæsenet, vil være det rette sted at lægge en opfølgning af indberettede utilsigtede hændelser i jordemoderpraksis.

Vedrørende **Medicinprofilen:**

Vi ønsker at fremhæve, som vi tidligere har gjort det, at det er nødvendigt, at jordemødre indskrives i rækken af personer, der har adgang til Medicinprofilen, på de i høringsmaterialet nævnte vilkår.

Jordemødre arbejder oftest med unge eller yngre raske kvinder, men dette bør ikke forveksles med et billede af, at jordemødre ikke arbejder med medicinbrugere. Et nøje kendskab til kvindens samlede medicinprofil er afgørende vigtigt. Her hjælper det ikke, at alene obstetrikkerne har adgangen til Medicinprofilen.

Vi takker for høringen og stiller os gerne til rådighed for uddybning af vores synspunkter.

Med venlig hilsen



Lillian Bondo,

Formand for Jordemoderforeningen

Lis Flødstrup

Fra: Thilde Lydiksen [THU@kl.dk]
Sendt: 22. februar 2008 11:40
Til: Kontorpost Regional sundhed; Lis Flødstrup
Cc: Helle Schnedler; Kari Vieth
Emne: SV: Sundhedslovforslag til høring j.nr. 2006-1200-122
Vedhæftede filer: Høringssvar_KL_Sundhedslov_22feb08.pdf

Kære Lis

Hermed fremsendes KL's høringssvar til sundhedslovsforslag j.nr. 2006-1200-122 med høringsfrist den 22. februar 2008.

Med venlig hilsen

Thilde Lydiksen
Konsulent
KL, Kontoret for Social- og Sundhedspolitik (V-SP)
Tlf. 3370 3852
E-mail: thu@kl.dk

Fra: Lis Flødstrup [mailto:LFL@sum.dk] **På vegne af** Kontorpost Regional sundhed
Sendt: 5. februar 2008 14:26
Til: Kari Vieth; Thilde Lydiksen; britt.wendelboe@regionh.dk; nkf@regioner.dk
Emne: Sundhedslovforslag til høring j.nr. 2006-1200-122

Med venlig hilsen

Lis Flødstrup

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

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122

22 FEB. 2008

alt 183



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

Høring vedr. 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

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har med brev af 5. februar 2008 anmodet om KL's bemærkninger til forslag til lov om ændring af fem love på sundhedsområdet.

Indledningsvist skal KL generelt bemærke, at det er uhensigtsmæssigt, at så mange forskellige lovforslag samles i én høring, og at det omfattende materiale er udsendt med kun to ugers høringsfrist i forbindelse med en ferieperiode.

Flere af lovforslagene udmønter forslag i regeringens kvalitetsreform, hvorfor KL finder, at dette burde fremgå af bemærkningerne.

KL tager endelig forbehold for en senere politisk behandling.

KL har med brev af 9. oktober 2007 afgivet høringssvar til det tidligere udsendte udkast til ændringer af sundhedslovgivningen. KL skal derfor henvise til bemærkningerne heri og har herudover bemærkninger til følgende punkter i det nu fremsendte udkast:

1. Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge
2. Indførelse af kontaktpersoner på sygehuse
3. Udvidelse af patientsikkerhedsordningen
4. Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi mv. til kommunerne
5. Graduering af plejehjemstilsyn

Den 21. februar 2008

Jnr 09.06.00 P22
Sagsid 000184889

Ref THU/HHS
thu@kl.dk
Dir 3370

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

1/8

6. Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge
7. Det nationale forebyggelsesråd

1. Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge

Det fremgår af afsnit 2.1.2 i lovforslaget, at det er vigtigt, at der er en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem primærsektoren repræsenteret ved undervisnings- og socialektoren samt den primære sundhedstjeneste og det specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen. KL er meget enig i dette og vil gerne understrege, at dette bl.a. indebærer, at hvis et barn har behov for at blive psykiatrisk udredt, er det et regionalt ansvar og ikke et kommunalt ansvar. Det gælder også, når der er sociale problemstillinger involveret. I disse sager bør der iværksættes parallelle forløb, hvor psykiatrien iværksætter en udredning og den sociale sektor en social indsats.

Arbejdsdelingen betyder også, at der skal være gensidig respekt for de to sektorer arbejdsområder. Den kommunale sektor oplever i disse år et stigende pres på behovet for udredninger på social- og undervisningsområdet. De to sektorer kan med fordel aftale hensigtsmæssige arbejdsgange og procedurer samt alternative samarbejdsmodeller, forankret i sundhedsaftalerne, men parterne kan ikke ensidigt pålægge hinanden arbejdsopgaver, som fx udarbejdelse af bestemte erklæringer. Det gælder fx mellem PPR og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Det er vigtigt, at også de private klinikker, der indgår aftale med (aftalesygehusene), gøres opmærksom på, at de har det fulde ansvar for udredningen/behandlingen i psykiatrisk regi, så der ikke sker en opgaveglidning fra den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed til social- og undervisningssektoren.

2. Indførelse af kontaktpersoner på sygehuse

Forslaget indebærer, at patienter gives tilbud om en kontaktperson i forbindelse med sygehusbehandling. KL har også i september 2007 kommenteret dette lovforslag i forbindelse med den tidligere høring.

KL er overordnet positiv overfor forslaget med den bemærkning, at der i forslaget bør tages højde for det hele patientforløb og det behov for samarbejde, der måtte være med bopælskommunen. Det fremgik af det tidligere lovforslag og fremgår af det nuværende, at ministeren kan fastsætte nærmere regler om kontaktpersonens funktioner. I nærværende lovforslag er denne bemyndigelse udvidet, således at ministeren også kan fastsætte nærmere regler om, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner. KL ser gerne, at man ved brug af denne bemyndigelse også vægter en funktion for kontaktpersonen, der handler om at medvirke til kvalitet, sammenhæng og tryghed i forbindelse med afslutning af behandlingsforløb gennem samarbejde og kontakt til patientens egen læge og kommunen i de tilfælde, hvor der er behov herfor.

3. Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Lovforslaget indebærer, at patientsikkerhedsordningen udvides til udover sygehusvæsenet at omfatte den primære sundhedssektor. Dermed får praksissektoren, apotekerne og den kommunale sundhedssektor (alle sundhedspersoner) pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. KL har tidligere kommenteret på dette forslag som en del af regeringens kvalitetsreform.

KL er generelt positiv overfor, at kommunerne også skal omfattes af ordningen, og at ordningen har det lærende perspektiv for øje. Dette vil kunne forbedre patientsikkerheden og øge kvaliteten af behandling og pleje i det kommunale sundhedsvæsen. Forslaget vil også øge patientsikkerheden i overgange mellem primær og sekundærsektor. Her vil udvekslingen af oplysninger om de utilsigtede hændelser mellem sygehuse, praksissektoren, det kommunale sundhedsvæsen og apotekerne lette samarbejdet om læring i forbindelse med utilsigtede hændelser, der sker i sektorovergange. Forankring af samarbejdet i sundhedsaftalerne mellem region og kommuner vurderes i denne sammenhæng hensigtsmæssig.

KL har dog en række konkrete forbehold, som beskrives nedenfor.

For det første er der en større snitfladeproblematik i forhold til rapportering af utilsigtede hændelser på det kommunale sundheds- og socialområde. Med lovforslaget er der lagt op til, at de kommunale ansvarsområder under sundhedsloven (sundhedspleje, genoptræning, hjemmesygepleje, den kommunale tandpleje samt alkohol- og stofmisbrugsbehandling) omfattes af rapporteringspligten. Samtidig er alle "sundhedspersoner" – dvs. autoriserede sundhedspersoner og personer, der handler på disses delegation – omfattet. Udvidelsen af ordningen er dermed langt mere omfattende end beskrevet i bemærkningerne, idet en række medarbejdere på det kommunale ældre- og socialområde, som altovervejende leverer ydelser efter lov om social service, i mange situationer også betragtes som sundhedspersoner. Når personalet – også en række personalegrupper, der normalt ikke opfattes som sundhedspersoner (fx SOSU-personale og socialpædagoger) – leverer sundhedsydelser på lægens ordination og delegation, er de således omfattet af rapporteringspligten.

Udvidelsen af patientsikkerhedsordningen kan dermed skabe usikkerhed om, hvornår en hændelse skal rapporteres, og hvem der skal rapportere. Det vil derfor medføre en betydelig kompetencegivende indsats at gøre medarbejderne på de kommunale områder, hvor der gives ydelser efter begge lovgivninger, i stand til at håndtere rapporteringen af de utilsigtede hændelser af udelukkende sundhedsfaglig karakter.

I regeringens kvalitetsreform er der, udover initiativet om at udvide patientsikkerhedsordningen, et forslag om at indføre registrering af utilsigtede

hændelser i hjemmeplejen og den øvrige sociale sektor. I første omgang som forsøg, men med det sigte, at der skal udvikles et system svarende til det på sundhedsområdet, hvor plejepersonale, beboere og pårørende anonymt kan indberette fejl og utilsigtede hændelser. I nærværende lovforslag og bemærkningerne tages der ikke stilling til, hvordan der sikres sammenhæng til socialområdet, hvis der også indføres en ordning om rapportering af utilsigtede hændelser her.

Skal der på sigt også rapporteres utilsigtede hændelser på socialområdet, er det afgørende for KL, at der etableres et enstrengt system. Det er afgørende at undgå, at kommunale medarbejdere skal håndtere to forskellige typer af rapporteringer afhængigt af, om de udfører sundhedsfaglig virksomhed eller leverer ydelser efter lov om social service. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse tilkendegivet, at der ikke er noget teknisk til hinder for, at databasen, som Sundhedsstyrelsen udvikler til sundhedsområdet, kan udvides til også at håndtere rapporteringer og behandling af rapporteringer på det sociale område. De samlede økonomiske konsekvenser i forbindelse med udvikling og implementering af rapporteringssystemerne må alt andet lige også blive mindre omfattende, hvis de to tiltag etableres som en samlet løsning.

Dette lovforslags manglende relatering til regeringens øvrige udmeldinger, for så vidt angår fejl og utilsigtede hændelser, tyder således ikke på, at regeringen tager ansvar for at koordinere kvalitetsreformforslagene på social- og sundhedsområdet. Efter KL's mening er det essentielt for at sikre sammenhæng i praksis på de kommunale velfærdsområder, som er kendetegnet ved både at være reguleret af social- og sundhedslovgivning. KL mener derfor ikke, at lovforslaget bør fremsættes, før der har fundet en sådan koordinering sted.

For det andet ser KL et problem i afgrænsningen af de utilsigtede hændelser, som skal rapporteres. Som sagt er alle sundhedspersoner på det kommunale social- og sundhedsområde omfattet af lovforslaget. Samtidig foreslås det, at der af hensyn til en glidende implementering indledningsvist fokuseres på medicinering, sektorovergange og fald. De kommunale områder, der omfattes, er dog meget forskelligartede og vil være præget af forskellige typer af utilsigtede hændelser. Fx er fald mindre relevant i tandplejen og sundhedsplejen end i forbindelse med genoptræning og hjemmesygepleje. For at sikre at rapporteringen og læringen bliver relevant for de enkelte områder, er der derfor behov for at sætte fokus på forskellige utilsigtede hændelser på de forskellige områder. Det vigtige er netop, at læringen og arbejdet med patientsikkerhed opfattes relevant i det faglige felt, som sundhedspersonen bevæger sig i.

Ifølge lovforslaget skal rapporteringerne i første omgang begrænses til "betydende hændelser", hvilket henviser til de mest alvorlige hændelser i hen-

hold til det scoringssystem, som bruges på sygehusene. Hvorvidt dette er et krav til frontpersonalets rapportering af hændelser eller til den videre indberetning af hændelser til Sundhedsstyrelsen fremgår ikke klart af lovforslag og bemærkninger. KL finder det uhensigtsmæssigt, hvis det er et krav til frontpersonalets rapportering, da disse ikke kan forventes at kunne foretage en sådan vurdering. Er det tale om et krav til den videre indberetning til Sundhedsstyrelsen er det et problem, at sygehusenes scoringssystem ikke kan overføres og bruges i en kommunal kontekst, hvorfor det er uklart, hvordan de kommunale sundhedspersoner skal vurdere, om der er tale om "betydende hændelser". Der er således behov for en nærmere præcisering af, hvad der menes med en "betydende hændelse", når der er tale om hændelser i det kommunale sundhedsvæsen.

For det tredje finder KL det problematisk, at patienter og pårørende skal have mulighed for anonymt at rapportere utilsigtede hændelser, da KL ikke støtter muligheden for anonyme rapporteringer. Samtidig mener KL, at patienter og pårørendes rapporteringsadgang kan skabe usikkerhed om, hvorvidt der er tale om en ny klageadgang. Såfremt patienter og pårørende gives adgang til at rapportere utilsigtede hændelser, er det derfor helt afgørende at tydeliggøre, at rapporteringen ikke er en klage- og erstatningsadgang, men et rapporteringssystem, der skal bruges til læring i sundhedsvæsenet og blandt sundhedspersoner. Dette bør både tydeliggøres i det informationsmateriale, som udarbejdes, og i selve rapporteringsdatabasen, når patienter og pårørende vil rapportere utilsigtede hændelser. Her bør det fremgå, hvilke myndigheder patienten/den pårørende skal rette henvendelse til, hvis vedkommende ønsker at klage.

Det fremgår af lovforslaget, at ministeren fastsætter ikrafttrædelsen bl.a. af en evt. rapporteringsmulighed for patienter og pårørende vedr. hændelser i primærsektoren. Såfremt rapporteringsmuligheden for patienter og pårørende indføres – hvad KL som nævnt ovenfor finder problematisk – bør det ske samtidigt i primær- og sekundærsektor.

For det fjerde finder KL, at forslaget stiller en række krav til den database, der er under udvikling til brug for rapportering og sagsbehandling af de utilsigtede hændelser. KL deltager i arbejdet med udviklingen af databasen i regi af Sundhedsstyrelsen. Selve rapporteringsdelen bør være nem at tilgå og tilpasse sig den enhed og den person, der rapporterer, da der er tale om rapporteringer fra en række sundhedspersoner med meget forskelligt uddannelsesniveau.

Sagsbehandlingsmodulet, hvor rapporteringerne behandles, analyseres og følges op, bliver et meget omfattende modul, der kræver særlige kompetencer at arbejde i. KL mener derfor, at der bør gennemføres brugertests af både rapporterings- og sagsbehandlingsmodulet. Samtidig bør der iværksæt-

tes omfattende uddannelsesindsatser for de medarbejdere, der skal arbejde med sagsbehandlingsmodulet forud for implementeringen i kommunerne. Endelig bør de indberetninger, der skal videresendes til Sundhedsstyrelsen, kunne gennemføres automatisk, således at det ikke kræver en yderligere bearbejdning af data.

For det femte finder KL, at der er afsat for få ressourcer til den omfattende implementering af lovændringen. Det fremgår af bemærkningerne, at lovforslaget antages at medføre merudgifter for regioner og kommuner på 19 mio. kr. årligt (fra 2009 og frem) til registrering, analyser af og opfølgning på rapporteringerne af de utilsigtede hændelser. KL mener ikke, at dette er tilstrækkeligt set i lyset af, at midlerne skal deles mellem regioner – herunder praksissektor – og kommuner.

Ifølge KL's skøn vil sagsbehandlingen af rapporteringerne om de utilsigtede hændelser i kommunerne kræve en fuldtidsmedarbejder i en gennemsnitlig kommune med 50.000 indbyggere. Herudover kommer udgifter til en nødvendig uddannelsesindsats for denne medarbejder samt for de medarbejdere, der skal gennemføre rapporteringerne, hvilket vil være en større gruppe, jf. bemærkningerne om snitfladeproblematikken. Endelig kommer også ressourcer til analyser af og opfølgning på rapporteringer fra patienter og pårørende, hvis disse gives rapporteringsadgang.

Igen skal det fremføres, at etableringen af to parallelle rapporteringssystemer på hhv. social- og sundhedsområdet vurderes væsentligt mere økonomisk omkostningstung end etableringen af et enstrengt rapporteringssystem. KL vil i den efterfølgende DUT-høring præcisere de økonomiske konsekvenser af lovforslaget for kommunerne.

4. Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi mv. til kommunerne

Forslaget indebærer, at flytningen af myndighedsansvaret træder i kraft pr. 1. august 2008. Da lovændringen må forventes vedtaget primo juni 2008, er der reelt ikke tid til den nødvendige forberedelse af en opgaveoverførsel, som indebærer betydelige faglige og administrative udfordringer. Dertil kommer, at der bør finde en grundig informationsvirksomhed sted forud for ikrafttrædelsen af ændringerne, og det er meget uhensigtsmæssigt, at dette skal foregå i en sommerferieperiode. Endelig må der imødeses en række administrative besværligheder, såfremt ikrafttrædelse sker midt i et kalenderår. KL foreslår derfor i stedet, at ikrafttrædelse sker pr. 1. januar 2009.

KL finder, at forhandlings- og aftalekompetencen bør frigøres fra RLTN, der i sin konstruktion er knyttet til det regionale område. Modellen bør naturligt være, at KL forhandler og indgår aftalerne om vederlagsfri fysiotera-

pi, og at ministeren for sundhed og forebyggelse efterfølgende godkender aftalerne. Denne model sikrer sammenhæng mellem ansvar og styringsmulighed.

Hvis løsningen skal findes inden for rammerne af RLTN, er KL enig i, at nævnet skal sekretariatsbetjenes af KL i de omhandlede sager. Derimod bør de af KL indstillede medlemmer hver tildeles fire stemmer for at sikre KL flertal i sager i relation til fysioterapiområdet. Repræsentanterne fra Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan fortsat modsætte sig nævnets beslutninger, jf. §37, stk. 5 i lov om regioner mv. Endelig finder KL, at der – f.eks. i bekendtgørelsen om Regionernes Løn- og Takstnævn – bør fastsættes regler om, at KL's medlemmer af nævnet bemyndiges til at føre forhandlingerne.

Hvis hele fysioterapien på et senere tidspunkt flyttes til kommunerne eller andre større sygesikringsgrupper overflyttes, bør kompetencen under alle omstændigheder placeres hos KL, som anført ovenfor.

5. Graduering af plejehjemstilsyn

Forslaget i kvalitetsreformen og nærværende lovforslag indebærer, at embedslægerens sundhedsfaglige tilsyn med de kommunale institutioner fra 2008 målrettes, så institutioner uden eller med ganske få konstaterede fejl og mangler får færre tilsyn. Herved kan de frigjorte ressourcer anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer. KL har i juni 2007 kommenteret på forslaget som del af regeringens kvalitetsreform. KL er enig i forslaget, da det er ressourcspild at lave hyppige tilsyn med institutioner, der fungerer godt.

6. Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge

Lovforslaget indebærer en ændring af § 121, stk. 2, hvorved kravene til ind- og udskolingsundersøgelserne gøres mere fleksible, så ikke kun læger, men også sundhedsplejersker kan gennemføre de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser. KL er positiv overfor forslaget.

7. Det nationale forebyggelsestråd

Forslaget indebærer, at der etableres et nationalt forebyggelsestråd med det formål at styrke indsatsen for at forlænge danskernes middellevetid.

KL mener umiddelbart, at det er fornuftigt at samle kræfterne på forebyggelsesområdet ved at sammenlægge de to råd, da der ikke synes at være væsentlige faglige begrundelser for, at kost og motion har en særstatus i form af et særligt råd – frem for fx risikofaktorerne alkohol og tobak. Med ét centralt råd på forebyggelsesområdet burde budskaberne alt andet lige også blive lettere at formidle til offentligheden – og til kommunerne. Imidlertid har motions- og ernæringsrådet en række funktioner, som ikke videreføres i et nationalt forebyggel-

sesråd. Det drejer sig primært om den rådgivningsmæssige og den forskningsmæssige indsats.

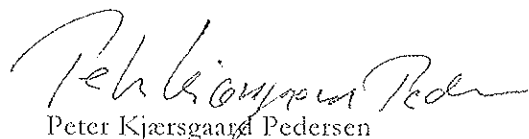
Set fra en kommunal synsvinkel er særligt den forskningsmæssige indsats uhyre vigtig, da en effektiv sundhedsfremmende og forebyggende indsats i kommunerne i høj grad er afhængig af, at der genereres og formidles viden om, hvad der virker. Det er netop en af de væsentligste udfordringer på forebyggelsesområdet, at viden om effekter er begrænset. Der er derfor ikke behov for en nedprioritering af den forskningsmæssige indsats på forebyggelsesområdet i disse år - tværtimod!

Kommunerne har i allerhøjeste grad behov for rådgivning på bl.a. kost- og motionsområdet, som i øvrigt er blandt de områder, som kommunerne giver højest prioritet i det forebyggende arbejde. Derfor er det KL's opfattelse, at en nedprioritering af rådgivningen vil være et meget uheldigt tiltag. KL mener derfor, at det er væsentligt at sikre, at begge funktioner videreføres i et andet regi.

Det nationale forebyggelsesråd udspringer, som angivet, af regeringens ønske om at styrke indsatsen for at forbedre danskernes middellevetid, og rådets formål er ifølge bemærkningerne at forbedre sundheden i hele befolkningen. Det er dog ikke angivet, hvorvidt det nationale råd skal beskæftige sig med både borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Det eksisterende nationale råd for folkesundhed har i praksis primært haft fokus på den borgerrettede forebyggelse.

KL finder det væsentligt, at det nationale forebyggelsesråd – i lighed med det eksisterende nationale råd for folkesundhed – har mulighed for både at beskæftige sig med den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. KL ser gerne, at den patientrettede forebyggelse opprioriteres i arbejdet – dog ikke på bekostning af den borgerrettede, men som en udvidelse af fokus. Kommunerne har i lige så høj grad behov for viden om og inspiration til at øge sundheden blandt de kronisk syge som blandt de raske borgere – og regeringens mål om at forlænge middellevetiden vil også kræve en forebyggende og sundhedsfremmende indsats for de kronisk syge.

Med venlig hilsen



Peter Kjærsgaard Pedersen

vedl. ✓

Lis Flødstrup

Fra: SAMEER KOHLI - 9336 [SKO@dkma.dk]
Sendt: 22. februar 2008 12:45
Til: Lis Flødstrup
Cc: Kontorpost Regional sundhed
Emne: Sundhedslovforslag til høring j.nr. 2006-1200-122
Vedhæftede filer: Høringsbrev.pdf; Lovforslag 5 feb 2008 Høring (2).doc

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
 Att. Lis Flødstrup

22. februar 2008

J.nr. 0711-403

Kære Lis

Jeg kan hermed meddele, at vi ikke har nogen bemærkninger til forslaget.

Med venlig hilsen

Sameer Kohli

Fuldmægtig
 T (dir) +45 44 88 93 36
 sko@dkma.dk

Lægemiddelstyrelsen
 Direktionssekretariatet
 www.laegemiddelstyrelsen.dk

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Lis Flødstrup [mailto:LFL@sum.dk] **På vegne af** Kontorpost Regional sundhed
Sendt: 5. februar 2008 14:21
Til: Foreningen Danske Regioner; Finansministeriet - departementet; Justitsministeriet - departementet; Kommunernes Landsforening; LÆGEMIDDELSTYRELSEN; Statsministeriet - departementet; Sundhedsstyrelsen; Sundhedsvæsenets Patientklagenævn - institution; Socialministeriet - departementet
Emne: Sundhedslovforslag til høring j.nr. 2006-1200-122

Med venlig hilsen

Lis Flødstrup

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

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122
 25 FEB. 2008 ulf 199

22-02-2008

vedl ✓

Lis Flødstrup

Fra: Jette Vind Blichfeldt
Sendt: 22. februar 2008 13:49
Til: Lis Flødstrup
Emne: VS: Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven

Vedhæftede filer: Høringssvar MER.doc



Høringssvar
ER.doc (32 KB)

Venlige hilsener
Jette
lok. 69459

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Nina Mourier (FVST) [mailto:NIMO@fvst.dk]
Sendt: 22. februar 2008 13:37
Til: Jette Vind Blichfeldt
Cc: Else Molander (FVST); Bente Stærk (FVST)
Emne: Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven

Kære Jette,

Som aftalt over telefonen sender jeg dig Fødevarestyrelsens høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven.

<<Høringssvar MER.doc>>

Bedste hilsner

Nina Mourier
Fuldmægtig, cand.scient.pol.
Ernæringskontoret

FØDEVARESTYRELSEN
Mørkhøj Bygade 19, 2860 Søborg
Direkte tlf.: 33 95 62 87ååå

Mailto: nimo@fvst.dk
www.foedevarestyrelsen.dk

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122

25 FEB. 2008

akt 197



22.02.2008

Høringssvar vedrørende sammenlægningen af Motions- og Ernæringsrådet med Det nationale råd for folkesundhed

Fødevarestyrelsen har ingen principiel holdning til, hvorledes det ministerielle ophæng er for Motions- og ernæringsrådet. Sammenlægningen af Motions- og ernæringsrådet med Det nationale råd for folkesundhed bekymrer dog Fødevarestyrelsen. Motions- og ernæringsrådet har fungeret som led i en styrkelse af den faglige, videnskabelige indsats på motions- og ernæringsområdet. Og rådet har til dato været en uafhængig instans, der producerer værdifulde risikovurderinger på et højt fagligt niveau.

Fødevarestyrelsens bekymring i forhold til den foreslåede konstruktion og det foreslåede lovgrundlag er todelt. For det første drejer det sig om Motions- og ernæringsrådets fortsatte uafhængighed i den foreslåede nye struktur. For det andet drejer det sig om, at den foreslåede struktur risikerer at forringe det solide, videnskabeligt baserede vidensgrundlag som rådet har været garant for, og som danner et vigtigt videnskabeligt fundament for Fødevarestyrelsens arbejde. Et eksempel herpå er Motions- og ernæringsrådets udredning om transfedtsyrer (Transfedtsyrers betydning for sundheden, 2003), der danner det videnskabelige grundlag for, at Danmark som det første land i verden har vedtaget regler, der sikrer befolkningen mod transfedtsyrer.

Med venlig hilsen

Nina Mourier
Fuldmægtig i Fødevarestyrelsens ernæringskontor

vedl. ✓

JUSTITIS

Direktoratet for Kriminalforsorgen
Straffuldbyrdseskantoret

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

Att.: Jette Vind Blichfeldt

København, den 22. februar 2008

Journalnr.: 03-047-113
(Bedes anført ved henvendelse)
Reference AEL/
Direkte telefon 7255 4603

Høringssvar 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.

Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen skal hermed fremkomme med følgende høringssvar for så vidt angår den del af ændringsforslaget, der vedrører udvidet adgang til Medicinprofilen:

Det fremgår af lovforslagets afsnit 2.6.1.2, at den personkreds, som foreslås at få adgang til Medicinprofilen er "det sundhedsfaglige personale i sundhedsvæsenets forskellige sektorer"

Læger ansat i kriminalforsorgens institutioner er ikke omfattet af denne gruppe af sundhedsfagligt personale, hvorfor Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen, skal anmode om, at der indsættes en bestemmelse i lovforslaget, der specifikt angiver, at det sundhedsfaglige personale i kriminalforsorgen også får adgang til Medicinprofilen.

Det fremgår af afsnit 2.6.1.2, at registreringen af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet viser, at utilsigtede hændelser især sker i forbindelse med, at en patients behandling overgår fra en sektor indenfor sundhedsvæsenet til en anden, og at regeringens forslag om udvidet adgang til Medicinprofilen er begrundet i en sikring af målsætningen om, at alle patienter i det danske sundhedsvæsen modtager korrekt og sikker lægemiddelbehandling.

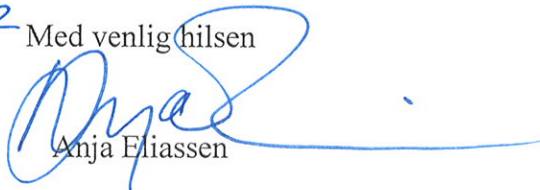
Når en person frihedsberøves i en af kriminalforsorgens fængsler eller arresthuse (ved varetagtsfængsling eller under afsoning af straf), er den pågældende tvunget til at betjene sig af de læger, som er ansat i kriminalforsorgens institutioner. Alle påkrævede medikamentelle behandlinger af frihedsberøvede skal således alene bero i ordinationer ved kriminalforsorgens egne læger. Det vil sige, at den indsatte behandling overgår fra egen læge til kriminalforsorgens læger i en periode, og derefter tilbage til egen læge igen efter løsladelsen. Det er af afgørende betydning for sikringen af korrekt og sikker lægemiddelbehandling, at det i kriminalforsorgen ansatte sundhedsfaglige personale har adgang til opdaterede medicinoplysninger.

Dette kunne fx ske ved at indsætte "kriminalforsorgens sundhedsfaglige personale" i lovens § 157, stk. 9, nr. 4.

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122

Med venlig hilsen

25 FEB. 2008
alut 189



Anja Eliassen

Det Nationale Råd for Folkesundhed

København, den februar 2008
J.nr. 2003-14011-1

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

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.fl.

Det Nationale Råd for Folkesundhed har med interesse læst det udsendte forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.fl.

Vedr. sammenlægning af Motions- og Ernæringsrådet og Det Nationale Råd for Folkesundhed.

Det Nationale Råd for Folkesundhed skal indledningsvis bemærke, at rådet finder det positivt, at regeringen vil styrke indsatsen for folkesundheden.

Det Nationale Råd for Folkesundhed finder det imidlertid beklageligt, at regeringen som led i denne indsats vælger ikke at videreføre den uafhængige videnskabelige indsats, Motions- og Ernæringsrådet hidtil har leveret, i et nyt nationalt forebyggelsesråd.

Det er endvidere beklageligt, at regeringen har valgt ikke at videreføre den direkte rådgivning af Ministeren for Sundhed og Forebyggelse, som Det Nationale Råd for Folkesundhed forestår.

Det Nationale Råd for Folkesundhed finder det på baggrund af ovenstående nødvendigt at understrege, at regeringen med lovforslaget efter rådets opfattelse ikke lever op til sin ambition om at løfte indsatsen for folkesundheden i Danmark.

Det Nationale Råd for Folkesundhed skal derfor stærkt opfordre regeringen til, at det nye nationale forebyggelsesråd får tilført tilstrækkeligt med ressourcer til et sekretariat til på en kvalificeret, effektiv og synlig vis at varetage den debatskabende rolle, der med lovforslaget bliver det nye råds eneste væsentlige opgave.

Med venlig hilsen

Bente Klarlund Pedersen

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122
25 FEB. 2008 alt 210

Det Nationale Råd for Folkesundhed har til formål at bidrage til debat og at rådgive ministeren for sundhed og forebyggelse om folkesundhedsområdet. Rådet er nedsat af ministeren for sundhed og forebyggelse i henhold til lov og består af 11 medlemmer beskikket ud fra deres faglige baggrund.

Sekretariat - Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses kontor for kommunal sundhed -
Slotsholmsgade 10-12 - 1216 København K - Telefon 7226 9000 - Fax 7226 9001 -
E-mail: sum@sum.dk

Lis Flødstrup

Fra: Jette Vind Blichfeldt
Sendt: 25. februar 2008 15:16
Til: Lis Flødstrup
Emne: VS: Høring MER_Det Nationale råd for folkesundhed (2)_sec (2).doc
Vedhæftede filer: header.htm; Høring MER_Det Nationale råd for folkesundhed (2)_sec (2).doc

Venlige hilsener

Jette

lok. 69459

Fra: Dorte Eberhardt Søndergaard
Sendt: 25. februar 2008 14:29
Til: Jette Vind Blichfeldt
Cc: 'Bente Klarlund Pedersen'
Emne: Høring MER_Det Nationale råd for folkesundhed (2)_sec (2).doc

Kære Jette

Høringssvar fra Det Nationale Råd.

vh. Dorte

Lis Flødstrup

Fra: Grethe Johannesen på vegne af Sundhedsministeriet
Sendt: 25. februar 2008 13:59
Til: Kontorpost Regional sundhed
Emne: VS: Forbrugerrådets høringssvar vedr. ændring af sundhedsloven

Vedhæftede filer: Word for Windows 97



Statisk kopi
øringssvar ved

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Marianne Stripp [mailto:MS@fbr.dk]
Sendt: 25. februar 2008 13:31
Til: Sundhedsministeriet
Emne: Forbrugerrådets høringssvar vedr. ændring af sundhedsloven

Vedlagt mailes Forbrugerrådets høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.v.

Med venlig hilsen
Marianne Stripp
Sekretær

MS 209

vedl. ✓

FORBRUGERRÅDET

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
sum@sum.dk

25. februar 2008

Sine Jensen
Dok. 57281/ms

Hørings svar 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.

Forbrugerrådet har følgende kommentarer til Sundhedsloven:

Psykisk syge børn og unge skal ikke stilles ringere end andre patienter

Forbrugerrådet synes, det er et skridt i den rigtige retning, at der også er undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge under 19 år, men det er uforståeligt, at børn og unge har behandlingsgaranti på 2 måneder, når alle andre patienter har 1 måneds garanti. Psykisk syge børn og unge bør hjælpes hurtigt, så 2 måneders ventetid er i mange situationer helt uacceptabel.

Problematisk når behandlingsfristen overskrides

Der har været mange triste sager i Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet, hvor kræftpatienter har søgt erstatning og intet opnået. Uagtet at undersøgelses- eller behandlingstiden har været overskredet i flere uger eller måneder, så har mange patienter ikke været berettiget til erstatning, da man ikke med overvejende sandsynlighed kan påpege, at den forlængede ventetid har haft betydning for forværring af patienternes sygdom. Forbrugerrådet finder det urimeligt at give denne besked til meget syge mennesker, som ikke er blevet behandlet efter lovens forskrifter.

Når tidsfristerne ikke overholdes, bør forbrugerne guides i langt højere grad. Det er ikke nok med en liste over sygehuse, som forbrugerne selv kan kontakte. Sygehuset eller undersøgelsesklinikken som overskrider undersøgelses- eller behandlingstiden, skal som minimum finde en ny tid til forbrugerne og være behjælpelige med at finde et nyt undersøgelses- eller behandlingssted.

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122

25 FEB. 2008

Fiolstræde 17
Postboks 2188
DK-1017 København K

Tlf. (+45) 7741 7741
Fax (+45) 7741 7742
Mail fbr@fbr.dk
Web www.fbr.dk

Frit valg til diagnostiske undersøgelser er fornuftigt, men fordrer information

Forbrugerne skal have samme rettigheder - uanset om henvisningen omfatter både undersøgelse og behandling eller alene undersøgelse. Men forbrugerne skal rustes bedre, før de kan gøre brug af dette valg. Der skal langt mere information til, så forbrugerne kan vide hvilken klinik eller sygehus, de skal vælge.

En kontaktpersonordning skal være en patientrettighed

Forbrugerrådet har tidligere påpeget, at kontaktpersonordningen vil være en klar forbedring i sundhedsvæsnet. Men kontaktpersonens rolle i samarbejdet mellem sygehus og kommuner bør fremstå langt klarere, fordi mange fejl opstår som følge af et dårligt fungerende samarbejde mellem social- og sundhedssektorerne.

For at en kontaktpersonordning kommer til at fungere, kræver det stor ledelsesmæssigt overblik over de forskellige ansattes vagtplaner. Det nytter eksempelvis intet at oplyse navnet på en sygeplejerske, som har fri to dage efter. Samtidig bør det præciseres, at andre sundhedspersoners informationspligt på ingen måder mindskes, fordi en patient nu har en kontaktperson.

I formålet med kontaktpersonordningen bør det konkret beskrives, hvordan kontaktpersonernes erfaringer kan og skal inddrages i det generelle arbejde med sikkerhed og kvalitet. En kontaktperson kan have stor viden om systemernes fejl og mangler, og derved også viden om, hvor der kan være forbedringspotentialer.

Utilsigtede hændelser skal allerede nu kunne rapporteres af patienter og pårørende

Forbrugerrådet har længe arbejdet for, at der indføres rapporteringsadgang for patienter og pårørende samt, at rapportering af utilsigtede hændelser også gælder hele primærsektoren. Derfor bakker Forbrugerrådet op om formålet og de grundlæggende principper i lovforslagets udvidelse af patientsikkerhedsordningen.

Dog undrer det os, at lovforslaget lægger op til, at man ikke vil involvere patienter i patientsikkerhedsarbejdet i den primære sundhedssektor fra start, og vi er meget bekymrede over, hvor mange ressourcer - eller rettere hvor få - der afsættes til at få rapporteringssystemet til at fungere. Det er en stor udfordring for primærsektoren at informere forbrugerne om, at de nu selv kan rapportere utilsigtede hændelser.

Samtidig skal forbrugerne informeres om forskellen mellem rapporteringen og klagesystemerne, og endelig skal personalet informeres om, hvordan de modtager og anvender viden fra patienter og pårørende.

Ifølge forslaget forventes rapporteringen kun at skulle ske i elektronisk form. Dette er uhensigtsmæssigt, og vi mener, at det også skal være muligt for forbrugerne at rapportere enten personligt, skriftligt eller telefonisk. En elektronisk formular fordrer, at rapportøren er i stand til at formulere sig skriftligt. Mange patienter, pårørende samt personale i sundhedssektoren vil ikke kunne leve op til dette.

Det kan i nogle tilfælde være nødvendigt, at rapportering af utilsigtede hændelser sker meget hurtigt, hvorfor der ikke altid kan opnås samtykke fra patienten, inden oplysningerne udveksles i regionen, kommunen eller videregives til kliniske databaser og andre registre. Grundlæggende er Forbrugerrådets holdning, at patienten ejer sine egne helbredsoplysninger, men når det drejer sig om kliniske databaser, som skal sikre kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet, vurderes det dog, at det er til fælles bedste, at rapporteringen registreres. Det må imidlertid være et krav, at patienten skal informeres om, at data registreres, og i hvilke kliniske databaser. Samtidig skal patienten informeres om muligheden for at få sine data slettet fra databasen.

Sikkerheden på medicinprofilen skal følges nøje

Forbrugerrådet finder, at der er store fordele ved sundhedsvæsenets registrering af patientoplysninger. Både når det gælder behandlingen af og sikkerheden for den enkelte patient. Rigtigt anvendt byder den nye teknologi på store fremskridt for patientsikkerheden, dvs. at patienten sikres den optimale behandling og medicinering. Forbrugerrådet skal dog endnu engang appellere til, at man finder den rigtige/en hensigtsmæssig balance mellem henholdsvis hensynet til patientsikkerheden og hensynet til privatlivets fred. Der er ingen tvivl om, at adgangen til digitale patientoplysninger kan være afgørende for optimal patientsikkerhed, men på den anden side er der tale om personfølsomme oplysninger, der skal håndteres med fortrolighed og respekt af sundhedsvæsenet.

Som nævnt i Forbrugerrådets høringssvar af 10. oktober 2007 om udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (jf. j.nr. 2006-1200-122) vil Forbrugerrådet påpege en række forhold, der efter vores mening bør sikres i den fortsatte implementering af medicinprofilen, opsummeret i det følgende (der henvises i øvrigt i sin helhed til Forbrugerrådets høringssvar af 10. oktober 2007):

- Forbrugerne skal vide, at deres personlige oplysninger nu kan videregives, og hvilke oplysninger, der videregives af hvem, til hvem etc.

- Forbrugerne skal vide, at de kan frabede sig videregivelse af helbredsoplysninger.
- Kun relevant sundhedspersonale bør have adgang til relevante oplysninger om den enkelte patient mht. helbredsoplysninger, behandlinger og medicin, hvad enten det er offentlige eller private hospitaler. Afgrænsningen af hvilke data der gives adgang til og hvem de videregives til, må styres af et relevanskriterium.
- Håndhævelsen af lovgivningen skal sikre, at uvedkommende ikke får adgang til helbredsoplysninger, herunder oplysninger om ordineret og udleveret medicin.
- Klagemuligheder i sundhedsvæsenet skal evalueres for at sikre mod utilsigtet brug af digitale patientoplysninger.
- Uberettiget anvendelse af og videregivelse af enkeltpersoners helbredsoplysninger skal være strafsanktioneret.
- Patienter/borgere skal sikres nem adgang til at se egne helbredsoplysninger, hvilke sundhedspersoner der har anvendt oplysningerne samt til hvilke formål.
- Brugen af de digitale værktøjer skal følges og evalueres nøje af en ekspertgruppe.

Forbrugerrådet er meget betænkelig ved lagring af data på fx lokale pda'er og andre håndholdte enheder

I lovforslaget lægges der op til, at adgangen til de elektroniske systemer ikke længere alene kan tilgås online, men også via lagringsmuligheder på lokale computere og pda'ere. Forbrugerrådet mener ikke, at der bør gives mulighed for at tilgå disse oplysninger på andre måder end online og med automatisk sletning så snart forbindelsen lukkes. Og samtidig mener vi, at der skal foretages en yderligere sikkerhedskryptering, når de kommunale omsorgssystemer får adgang til medicinprofilen.

Myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi er godt placeret i kommunerne

Det er en fordel for forbrugerne, at der fortsat er valgfrihed indenfor en bred vifte af tilbud, herunder de praktiserende fysioterapeutiske klinikker samt at myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi overføres til kommunerne.

Motions- og Ernæringsrådets opgaver skal videreføres

Forbrugerrådet kan ikke se, at Motions- og Ernæringsrådets opgaver videreføres ved den foreslåede sammenlægning med Det nationale råd for folkesundhed, idet der lægges op til, at strukturen for det nye nationale forebyggelsesråd minder mere om strukturen for Det nationale råd for folkesundhed.

Forbrugerrådet mener, at det er problematisk, at opgaven med at styrke den videnskabelige indsats på motions- og ernæringsområdet ikke tænkes videreført i det nye råd. Der bør tages stilling til, hvordan denne forskning styrkes på anden måde.

Det nye råd påtænkes alene at have en debatskabende rolle, hvilket Forbrugerrådet er enig i er vigtigt. Det er dog også vigtigt at sikre, at den viden, debatten skal baseres på, bliver samlet på et videnskabeligt højt nok niveau. Det er netop denne rolle, Motions- og Ernæringsrådet og tidligere Ernæringsrådet i en lang årrække har varetaget ved at udgive rapporter, der på et videnskabeligt niveau samler og giver et overblik over eksisterende viden om vigtige emner som f.eks. børnefedme, kostråd og transfedtsyrers betydning for sundheden. Rapporter, som har løftet niveauet af debatten om det stigende sundhedsproblem, den alarmerende stigning i forekomsten af overvægt, fedme og livstilssygdomme. Samtidig har rapporterne inspireret myndigheder, organisationer og kommuner til sundhedstiltag, herunder f.eks. i relation til kostrådgivning og lovgivning om transfedtsyrer.

Forbrugerrådet mener, at det har været en styrke for det videnskabelige niveau, at Motions- og Ernæringsrådet har været uafhængigt med eget sekretariat, og at dets medlemmer er blevet uafhængigt udpeget af videnskabelige selskaber og forskningsinstitutioner.

Forbrugerrådet vil gerne foreslå:

- at Motions- og Ernæringsrådets opgave, nemlig ved egen drift at indsamle viden og skabe overblik over motions- og ernæringsforskningen samt at rådgive om videnskabelige forhold om motion og ernæring, videreføres i en ny konstruktion

- at en ny konstruktion stadig sikres uafhængighed i sekretariatsbetjeningen og uafhængig og relevansbaseret udpegning af medlemmer
- at en ny konstruktion bør have et større antal medlemmer med en forskningsmæssig baggrund, så der sikres et bredere fagligt fundament, idet ingen forskere er ekspert på alle fagområder
- at en ny konstruktion fortsat afgiver beretning til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse henholdsvis hvert år og hvert andet år mod hvert tredje år som forslået.

Sagsbehandlingstiden ved ansøgning om forhøjet tilskud skal ikke forlænges

Når en forbruger er nødt til at anvende et lægemiddel, hvis pris overstiger tilskudsprisen, bør fristen på 14 dage for at modtage en tilkendegivelse fra Medicintilskudsnævnet fastholdes. Det er urimeligt og utrygt, at forbrugeren som er afhængig af dyr medicin, skal have længere ventetid end de 14 dage, de har i dag. Dette er også i modstrid med Regeringens intentioner i Kvalitetsreformen, hvor netop sagsbehandlings- og andre ventetider skal reduceres.

Med venlig hilsen

Thomas Roland
Konstitueret afdelingschef

Sine Jensen
Sundhedspolitisk medarbejder

Lis Flødstrup

Fra: Grethe Johannesen på vegne af Sundhedsministeriet
Sendt: 25. februar 2008 11:04
Til: Kontorpost Regional sundhed
Emne: VS: Danmarks Apotekerforenings høringssvar vedrørende ændring af sundhedsloven mfl. love (j.nr. 2006-12000-122)

Vedhæftede filer: 20080225103050347.pdf



200802251030
47.pdf (791 KB)

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Liselotte Hartman Schöbel [mailto:LHS@Apotekerforeningen.dk]
Sendt: 25. februar 2008 10:42
Til: Sundhedsministeriet
Cc: Jette Vind Blichfeldt
Emne: Danmarks Apotekerforenings høringssvar vedrørende ændring af sundhedsloven mfl. love (j.nr. 2006-12000-122)

Att.: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Efter aftale med Jette Vind Blichfeldt fremsendes hermed vedhæftet Danmarks Apotekerforenings høringssvar over udkast til forslag om ændring af sundhedsloven mfl. love, jf. ministeriets brev af 5. februar 2008.

Svaret sendes også d.d. med alm. post.

Med venlig hilsen
Liselotte Hartman Schöbel
Danmarks Apotekerforening

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122
25 FEB. 2008
dk+208

Danmarks Apotekerforening

Bredgade 54 · Postboks 2181 · 1017 København K

Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99

apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk

apotek

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

25-02-2008

LHS/BKH/4201/00001

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

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved brev af 5. februar 2008 (j.nr. 2006-12000-122) sendt udkast til ændring af sundhedsloven mfl. love i høring.

Der er i vidt omfang tale om en genfremsendelse af det lovudkast, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte i høring med brev af 19. september 2007, forud for folketingsvalget.

Danmarks Apotekerforening har noteret sig, at de fremsendte lovudkast er tiltænkt at skulle medvirke til at skabe yderligere kvalitet og sammenhæng i behandlingstilbudde-
ne, herunder øge patientsikkerheden, for dermed at skabe et bedre sundhedsvæsen. Dette er en målsætning, som Apotekerforeningen naturligvis kan bakke op om.

Apotekerforeningen ser imidlertid ikke, at foreningens tidligere fremsendte høringssvar af 10. oktober 2007 har givet anledning til ændringer i det foreliggende lovforslag, hvorfor Danmarks Apotekerforening skal fremkomme med følgende bemærkninger:

Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Danmarks Apotekerforening hilser udvidelsen af patientsikkerhedsordningen velkommen. For Apotekerforeningen at se, er det hensigtsmæssigt, at der skabes en juridisk ramme, som kan bidrage til at sikre, at der sker en systematisk læring af utilsigtede hændelser, både inden for den primære sundhedssektor og i overgangene mellem sektorerne.

Apotekerne har igennem flere år arbejdet med patientsikkerhed, og erfaringen herfra er, at tværfaglig læring - og læring på tværs af forskellige organisatoriske rammer i et formålsorienteret samarbejde - er grundlæggende for patientsikkerhedsarbejdet og i særdeleshed for selve læringsaspektet.

Apotekerforeningen bakker ligeledes op om, at udvidelsen af patientsikkerhedsordningen giver mulighed for, at patienter og pårørende kan rapportere hændelser, hvorved patienternes viden om utilsigtede hændelser dermed kan inddrages i det øvrige patientsikkerhedsarbejde.

Kommentarer til ændring af sundhedsloven vedrørende udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Ad § 198, stk. 2.

Det fremgår af lovforslagets § 198, stk. 2, at rapporteringen af de utilsigtede hændelser skal ske afhængigt af, hvor hændelsen er forekommet, det være sig region eller kommune. Denne præcisering forekommer uhensigtsmæssig, da det i bemærkningerne til lovforslaget fastslås, at rapporteringsinstansen afhænger af, hvilken sektor sundhedspersonen arbejder i og ikke, hvor hændelsen er forekommet. Apotekerforeningen skal således bemærke, at der i praksis vil blive identificeret hændelser af fx sundhedspersoner i praksissektoren, som således er foregået i den kommunale sundhedssektor.

Ad § 198, stk. 3.

Lovforslagets § 198, stk. 3, lægger op til, at en patient eller dennes pårørende kan rapportere en hændelse. Her præciserer lovtæksten tilsvarende, at det skal ske til enten regionen eller kommunen. For Apotekerforeningen at se, kan det virke forvirrende og problematisk, at patienter og pårørende forventes at kunne skelne, hvor en utilsigtet hændelse organisatorisk hører hjemme – og kan endog være temmelig umuligt, hvis der er tale om en utilsigtet hændelse, der er opstået i forbindelse med et sektorskift.

Ad § 198, stk. 4.

Lovforslagets § 198, stk. 4, definerer begrebet en utilsigtet hændelse. Apotekerforeningen skal i denne anledning bemærke, at det forekommer uhensigtsmæssigt, at der i lovtæksten anvendes en anden definition af en utilsigtet hændelse end den, som er almindeligt anerkendt i sundhedsvæsenet.

Apotekerforening skal henlede opmærksomheden på, at der på Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside anvendes følgende definition af en utilsigtet hændelse: "En *utilsigtet hændelse* defineres som en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme". Denne definition er fra publikationen "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner" udgivet af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. I denne publikation fremgår desuden bemærkninger til definitionen.

(http://www.dsk.dk/grafik/kvalitetsbegreber_rapport_januar2003.pdf)

Af lovforslagets § 198, stk. 4, fremgår endvidere, "at ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med en behandling m.v. i henhold til afsnit IV-IX eller i forbindelse med forsyning af lægemidler". Afsnit V refererer eksempelvis til praksissektorens ydelser.

Apotekerforeningen finder i den sammenhæng, at "forsyning af lægemidler" er en for snæver beskrivelse af apotekernes ydelser. Eksempelvis har apotekerne rådgivningsydelser om fx rygestop, måling af blodtryk, korrekt brug af inhalationsmedicin. Endelig kan formuleringen muligvis give anledning til forvirring om, hvem der er forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser. Mere end 1300 dagligvarebutikker, materialister, og andre forhandler i dag ca. 175 håndkøbslægemidler, og det fremgår ikke af lovforslaget, at disse aktører er medtænkt – hvilket heller ikke i foreningens øjne vil være relevant.

Danmarks Apotekerforening skal således henset hertil foreslå, at "forsyning af lægemidler" ændres til "apotekssektorens ydelser".

Kommentarer til bemærkningerne til lovforslaget

Rapporteringspligt i den primære sundhedssektor

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget om ændring af sundhedsloven vedrørende udvidelse af patientsikkerhedsordningen, at apotekere og apotekspersonale har pligt til at rapportere utilsigtede hændelser, som apotekerne bliver opmærksomme på f.eks. utilsigtet dobbeltordination, samt at apotekeren i dag har pligt til at dokumentere receptfejl.

Det er Apotekerforeningens opfattelse, at apotekets opgave er mere end "blot" at indberette utilsigtede hændelser, som "opdages". Utilsigtede hændelser begået af apoteket selv, bør også indrapporteres, som eksempelvis fejludlevering og fejlrådgivning, for herved at sikre en systematisk læring.

Apotekssektoren er underlagt en række bekendtgørelser om dokumentation for apotekets fejludleveringer, jf. (bek. nr. 155 af 20 feb. 2007), herunder også dosisdispenseret medicin (bek. nr. 80 af 5 feb. 2003), apotekets receptkorrektioner (bek. nr. 155 af 20 feb. 2007) og apotekets servicemål (bek. nr. 1235 af 17. dec. 2002). Dokumentationen skal opbevares på apoteket i op til 2 år.

Det er afgørende, at apotekssektorens forpligtigelse til indrapportering af utilsigtede hændelser koordineres med de allerede eksisterende myndighedskrav fra Lægemiddelstyrelsen om dokumentation af fejludleveringer og receptkorrektioner, således at der ikke oprettes parallelle krav og parallelle systemer.

Lovforslaget lægger op til, at kun de betydende hændelser skal indrapporteres. Apotekerforeningen anerkender behovet for at begrænse antallet af indberetninger, men finder samtidig, at afgrænsningen er vanskelig. Den afgørende forudsætning er for foreningen at se, hvad der menes med "betydende hændelser". Spørgsmålet er, at for hvem skal en utilsigtet hændelse være "betydende", hvem skal foretage denne vurdering og hvilke "ikke betydende utilsigtede hændelser" fravælges.

Det fremgår endvidere af bemærkninger til lovforslaget, at de enkelte regionsråd og kommunalbestyrelser frit organiserer administrationen af rapporteringssystemet, som det lokalt vurderes mest hensigtsmæssigt. Apotekerforeningen finder det væsentligt, at der ved den frie organisering sikres en ensartet administration, sagsbehandling og opfølgning af de utilsigtede hændelser for således at sikre en optimal læring på tværs af regioner og kommuner.

Lovforslaget vedrørende udvidelse af patientsikkerhedsordningen angiver herudover, at det er nødvendigt med samarbejde om opgaven mellem regioner og kommuner ved hændelser sket i forbindelse med sektorovergange, og det omtalte samarbejdet forankres i Sundhedsaftalerne.

Apotekerforeningen er enig i, at der er behov for samarbejde mellem regioner og kommuner til at løse opgaven, samt at Sundhedskoordinationsudvalget kan være et godt samarbejdsforum. Sundhedskoordinationsudvalget består i midlertidig af repræsentanter for regionen, kommunerne og praksissektor.

Danmarks Apotekerforening finder det bekymrende, at ikke alle parter er repræsenteret. Foreningen har derfor en forventning om, at der vil blive taget initiativ til nedsættelse af en permanent undergruppe til Sundhedskoordinationsudvalget med fokus på patientsikkerhedsarbejder som "Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler" § 2, stk. 4, giver mulighed for, med repræsentation fra apotekssektoren. Herved sik-

res for foreningen at se en organisering af patientsikkerhedsarbejdet med repræsentation af samtlige centrale aktører i primærsektoren.

Apotekerforeningen skal i denne forbindelse bemærke, at der ikke nævnes et lignende samarbejde til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet inden for den primære sundhedssektor alene, hvor der dagligt sker mange overgange f.eks. hjemmepleje - læge - apotek.

Det er foreningens vurdering, at der ikke er taget tilstrækkeligt hensyn til det lokale læringsaspekt, som afspejler primærsektorens samarbejdsrelationer mellem faggrupperne. Hertil kommer, at sundhedsprofessionerne i primærsektoren er organiseret under forskellige rammer med forskellige arbejdsgivere, hvilket stiller store krav til opfølgningen og koordineringen af patientsikkerhedsarbejdet på kommunalt niveau.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at der ved regionernes opfølgning på utilsigtede hændelser, hvor apotekssektoren er involveret, bør aftales retningslinier mellem Danske Regioner og Danmarks Apotekerforening. Apotekerforeningen er af den opfattelse, at der skal indgås helt nye aftaler med Danske Regioner omhændende patientsikkerhedsarbejdet og det er her centralt, at de apoteksfaglige og apotekspraktiske kompetencer medtænkes i forbindelse med analyse og opfølgning på de utilsigtede hændelse.

Rapporteringsadgang for patienter og pårørende

Af lovforslaget fremgår det, at man ønsker en trinvis indrapportering af utilsigtede hændelser for patienter og pårørende - startende med sekundærsektoren og en senere udvidelse til primærsektoren.

Det vil for Apotekerforeningen af se i en række tilfælde kunne være særdeles vanskeligt for patienter og pårørende at skelne mellem primær og sekundær sundhedssektor. Dette vil således efter foreningens opfattelse kunne bidrage til forvirring og usikkerhed blandt patienter og pårørende. Foreningen er af den opfattelse, at alle patienter og pårørende skal have lige muligheder for at indrapportere utilsigtede hændelser, hvorfor der bør åbnes op for indrapportering på samme tid.

Øvrige bemærkninger til lovforslaget vedrørende udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Den anvendte terminologi

I både lovforslaget samt bemærkningerne til lovforslaget anvendes næsten konsekvent terminologien "apotekere og apotekspersonale" om apotekets ansatte, medens der anvendes terminologien "praksissektor" og "ikke læge og praksispersonale", når ansatte i lægepraksis omtales. Danmarks Apotekerforening skal derfor foreslå, at terminologien "apotekere og apotekspersonale" erstattes af "apotekssektoren".

Uddannelsesmæssig kompetenceløft

Det er Apotekerforeningens opfattelse, at ved udvidelsen af patientsikkerhedsordningen, vil der være en meget stor implementeringsopgave som forudsætter et stort kompetenceløft hos de aktuelle aktører. Behøvet for uddannet risikomanagers og patientsikkerhedsansvarlige på lokalt og centralt niveau synes nødvendigt og må, for foreningen at se, være en klar forudsætning for patientsikkerhedsarbejdet.

Økonomiske og administrative konsekvenser ved udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Det fremgår af lovbemærkningerne, at udvidelse af patientsikkerhedsordningen vil få negative administrative og økonomiske omkostninger for praksissektoren samt apotekerne og apotekspersonalet ved rapportering af utilsigtede hændelser. De økonomiske omkostninger anslås til at være 19 mio. kr. årligt, som forventes overvæltet på det offentlige. Det fremgår ikke af den økonomiske vurdering, hvor stor en andel af de 19. mio. kr. årligt omkostningerne for apotekssektoren vurderes at være.

Apotekerforeningen er enig i, at udvidelse af patientsikkerhedsordningen vil få administrative og økonomiske omkostninger for apotekssektoren. Hertil kommer, at det endnu ikke er fastlagt, hvilken type betydende hændelser, apotekssektoren skal indberette, hvilket gør det vanskeligt at vurdere den angivne beløbsramme.

Det er imidlertid Apotekerforeningens forventning, at apotekernes udgifter til patientsikkerhedsarbejdet dækkes via en tilsvarende forhøjelse af apotekernes bruttoavance, idet sektoren pålægges ekstraarbejde i forbindelse med rapportering af egne og andres utilsigtede hændelser. Hertil kommer udgifter i forbindelse med opfølgningen og analysearbejdet af de utilsigtede hændelser, samt deltagelse i de politiske fora vedrørende patientsikkerhedsarbejder på kommunalt niveau og regionalt niveau.

Hørte myndigheder m.fl.

Apotekerforeningen bemærker, at Lægemiddelstyrelsen savnes som høringspart, idet apotekerne, som tidligere nævnt, bl.a. har pligt til at dokumentere fejludleveringer og receptkorrektioner samt pligt til opbevaring af dokumentationen i op til to år i henhold til Lægemiddelstyrelsens bekendtgørelser.

Apotekerforeningen finder det derfor væsentligt, at der sker en koordinering af myndighedskravene således, at apotekerne ikke pålægges en dobbelt dokumentations-/rapporteringspligt og parallelle systemer etableres med risiko for uklarhed om, hvilke myndighedskrav der skal efterleves.

Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept

Lægemiddelstyrelsen bevilger i praksis kun enkelttilskud til håndkøbslægemidler, når disse ordineres på recept, og udkastet til ændring af sundhedsloven lægger op til, at denne praksis præciseres i sundhedsloven.

Apotekerforeningen kan tilslutte sig den foreslåede præcisering i sundhedslovens §145.

Mulighed for forlænget sagsbehandlingstid ved ansøgning om forhøjet tilskud til medicin

Med lovændringen er der lagt op til, at sagsbehandlingstiden for ansøgninger om forhøjet tilskud i særlige tilfælde kan forlænges fra hovedreglen om 14 dage til 60 dage, idet Lægemiddelstyrelsen herved får mulighed for at rådføre sig med Medicintilskudsnaevnet, inden styrelsen træffer sin afgørelse.

Danmarks Apotekerforening har siden indførelsen af de eksisterende regler lagt vægt på, at sagsbehandlingstiden i sager om bevilling af tilskud – hvad enten dette drejer sig om ansøgninger vedrørende forhøjet tilskud, enkelttilskud etc. - er så kort som mulig, da hensynet til patienten taler herfor.

Danmarks Apotekerforening har imidlertid forståelse for, at der i visse tilfælde kan være behov for høringer, som kan forlænge proceduren. Apotekerforeningen lægger til grund, at hjemlen til at forlænge sagsbehandlingstiden til op til 60 dage kun vil blive bragt i anvendelse, når det er absolut nødvendigt for afgørelsen af den konkrete sag.

Det fremgår ikke umiddelbart af bemærkningerne til lovforslaget, om det i disse særlige tilfælde følger, at det forhøjede tilskud kan gives med tilbagevirkende kraft i op til 60 dage, men ministeriet har over for Apotekerforeningen telefonisk oplyst, at det forholder sig således i disse ganske særlige tilfælde.

Det er i praksis apotekerne, der håndterer de procedurer, som er forbundet med bevillinger med tilbagevirkende kraft, herunder de procedurer der skal gennemføres, når patienten fra ansøgningstidspunktet og til afgørelsestidspunktet har købt lægemidler. En tidligere gennemført ekspedition skal trækkes ud af systemet og genekspejdes med den ny tilskudsstatus, således at der sikres korrekt CTR-status og korrekte oplysninger i Medicinprofilen. Denne procedure skal gennemføres i det apotekssystem, som har foretaget den oprindelige ekspedition.

Har patienten i "ansøgningsperioden" købt lægemidler på flere apoteker, vil patienten være nødt til at henvende sig til hvert af disse med henblik på at opnå det forhøjede tilskud med tilbagevirkende kraft. Dette kan opleves som u hensigtsmæssigt for patienten. Af hensyn til patienten skal foreningen opfordre til, at der sikres den nødvendige ordning, hvorefter der i disse særlige tilfælde fra centralt hold kan gennemføres genberegninger.

Medicinprofilen

I lovdkastet lægges der op til ændringer i relation til:

- Adgang til elektronisk videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til henholdsvis kommunernes elektroniske omsorgsjournaler og patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis
- Formkrav til indberetninger i Medicinprofilen

Vedr. adgang til elektronisk videregivelse af oplysninger

Med lovforslaget er der lagt op til, at de persongrupper, som allerede har en lovlig adgang til medicinoplysninger i de kommunale omsorgsjournaler og elektroniske patientjournaler på sygehuse og i lægepraksis, får mulighed for elektronisk at overføre og lagre medicinoplysninger fra Medicinprofilen i deres elektroniske journalsystemer.

Lovforslagets videregivelsesadgang er endvidere, ifølge bemærkningerne, tiltænkt på sigt at skulle åbne mulighed for at etablere et fælles medicingrundlag på tværs af de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Apotekerforeningen deltager som bekendt i dette allerede påbegyndte projektarbejde om fælles medicindata. Det er vigtigt, at apotekerne allerede på dette tidlige stadium i relation til fælles medicindata tænkes ind, dels som en naturlig del af det øvrige sundhedsvæsen, og dels i relation til konkret at få adgang til selve snitfladen til det fælles medicingrundlag.

Apotekerne vil med en snitflade til det fælles medicingrundlag på kvalificeret vis kunne bidrage til at sikre, at patienterne rent faktisk efterlever de ordinerede behandlinger med lægemidler. Apotekerne tilhører netop den del af sundhedsvæsenet, der med den lægemiddelfaglige ekspertise medvirker til at sikre, at det er det rette lægemiddel, der udleveres til patienten.

Med en adgang til snitfladen til det fælles medicingrundlag vil apoteket kunne få de nyeste oplysninger, som lægerne for eksempel har anført i systemet vedrørende den pågældende patients behandling etc. Dette vil betyde, at apoteket kan være patienterne behjælpelige med at dosisdispensere, foretage medicingennemgang samt vejlede og rådgive patienterne på det bedst mulige eksisterende grundlag. Apotekerne kan således bidrage til at sikre det i lovdkastet tiltænkte kvalitetsløft.

Apotekerne er i dag afhængige af en mindre smidig teknisk adgang til Medicinprofilen, idet apotekerne skal foretage opkobling via Sundhed.dk for derigennem at få adgang til Medicinprofilen.

Apotekerforeningen har fået den forståelse, at der ikke er nogen lovgivningsmæssig hindring (eller hindring i øvrigt) for, at apotekerne kan få en direkte adgang til Medicinprofilen, jf. ministeriets høringsnotat af 24. oktober 2006, til Sundhedsudvalget vedrørende ændring af sundhedsloven (L50), hvoraf det fremgår, at der ikke i det foreliggende lovforslag er "noget til hinder for, at apotekernes adgang til Medicinprofilen vil kunne tilrettelægges således at der sikres en teknisk smidig adgang til såvel receptoplysninger som oplysninger om udleverede lægemidler i forbindelse med receptekspeditioner".

En sådan teknisk smidig adgang er imidlertid endnu ikke realiseret, hvilket efter foreningens opfattelse er u hensigtsmæssigt. En teknisk direkte adgang til Medicinprofilen vil således medføre dels en smidigere og dels en endnu bedre kvalitet i betjening af patienten.

Således som sundhedsloven er udformet i dag, er apotekernes adgang til Medicinprofilen betinget af, at der er indhentet samtykke hertil fra patienten. Danmarks Apotekerforening skal på ny benytte lejligheden til at gøre opmærksom på, at dette er en u hensigtsmæssig barriere for apotekernes optimale bidrag til at medvirke til korrekt medicinering.

Oplysningerne fra Medicinprofilen må alene anvendes med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerheden og effekten af patientens lægemiddelanvendelse, hvilket netop er dét, som karakteriserer kernen i apotekets daglige arbejde.

Medicinprofilen giver et komplet billede af forhold vedrørende patienten, som for eksempel den aktuelle medicinering, køb af lægemidler på andre apoteker, eventuelle indberetninger fra sygehuse, bemærkninger fra hjemmeplejen etc. Alt dette er oplysninger, som er nyttige og betydningsfulde i sikringen af patientens korrekte lægemiddelanvendelse.

Samtykkekravet er i særdeleshed en barriere i de tilfælde hvor det ikke umiddelbart er muligt at indhente samtykke. Dette gør sig gældende ved forsendelseskunder, herunder beboere på plejehjem. I sådanne situationer har apoteket som lovgivningen er udformet i dag, ikke mulighed for at få adgang til, hvad der kan vise sig at være meget relevante og væsentlige oplysninger i forbindelse med ekspeditionen af lægemidler til den pågældende.

Selve adgangen til Medicinprofilen sker med et personligt login for den pågældende faglige medarbejder, som apotekeren har delegeret adgangsrätten til, og det er til enhver tid muligt for patienten at se, hvem og hvornår andre har søgt oplysninger i Medicinprofilen. Der er således i høj grad taget højde for at imødegå en eventuel risiko for misbrug.

På baggrund af ovenstående skal Apotekerforeningen opfordre ministeriet til på ny at overveje muligheden for at give apotekerne adgang til Medicinprofilen *eller* det fælles medicingrundlæg, uden at denne adgang er betinget af samtykke fra patienten. Adgangen til Medicinprofilen vil naturligvis skulle være betinget af, at et opslag i Medicinprofilen i det konkrete tilfælde er relevant for apotekets ekspedition af lægemidler.

Vedr. formkrav til indberetninger i Medicinprofilen.

Med ændringen i sundhedslovens § 157, stk. 9, lægges der op til, at ministeriet får bemyndigelse til at stille formkrav til fremsendelse og indhold af indberetninger til Medicinprofilen. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at formålet med indførelsen af formkrav er at højne datækvaliteten og sikre stabiliteten i receptfremførelsen.

Således som Apotekerforeningen læser lovforslaget, så fremgår det ikke præcist, om formkravet retter sig til Medicinprofilen eller til receptserveren. Apotekerforeningen skal opfordre ministeriet til i forslaget at præcisere, hvortil formkravet retter sig.

Apotekerforeningen finder det relevant, at der sikres en høj grad af datakvalitet og stabilitet i receptfremførslen. Foreningen finder imidlertid anledning til at fremkomme med følgende bemærkninger hertil:

Apotekerforeningen lægger til grund, at ansvaret for at leve op til formkravene påhviler de enkelte sundhedspersoner og deres systemer, og at der således ikke med forslaget lægges op til at pålægge apotekerne at kontrollere og/eller udbedre recepter, der ikke måtte leve op til disse formkrav.

Såfremt formkrav til recepter indføres, skal foreningen opfordre til, at dette ikke indføres hurtigt og på en gang, men i stedet efter grundig information til de involverede parter og gradvist over en tidsmæssig længere periode, for at sikre den fornødne efterlevelse. En hurtig og kontant indførelse risikerer at betyde, at et stort antal recepter vil blive afvist med den følge, at patienter må gå forgæves på apoteket efter deres lægemidler.

Det vil i den forbindelse være af stor betydning, at der sikres et system, hvor lægen øjeblikkeligt – og på en tydelig måde – gøres opmærksom på, at recepten ikke kan afsendes på grund af formmangler. I modsat fald vil der givetvis opstå mange situationer, hvor patienterne må opleve, at apoteket ikke er i stand til at fremfinde en recept på receptservern, som lægen mener at have afsendt. Apotekerforeningen kan ikke støtte en ordning, hvor både patient og apotek stilles i en helt utilfredsstillende situation i tilfælde af, at en fejlbehæftet recept ikke umiddelbart returneres til lægen.

Vedr. lægers direkte opkobling til Medicinprofilen uden mellemlid

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at ministeriet åbner op for, at der på sigt vil kunne stilles krav om, at lægesystemerne skal tilgå Medicinprofilen uden mellemlid.

Danmarks Apotekerforening lægger herved til grund, at denne direkte opkobling til Medicinprofilen er en forudsætning for etableringen af det i bemærkningerne omtalte fælles medicingrundlag. Apotekerforeningen bakker op om, at en sådan direkte tilgang til Medicinprofilen etableres, idet en direkte opkobling er en forudsætning for det fælles medicingrundlag og vil derfor i yderligere omfang medvirke til at højne det lægemiddelfaglige arbejde på apotekerne.

Foreningen skal imidlertid gøre opmærksom på, at lægernes direkte opkobling til Medicinprofilen tidligst bør finde sted, når receptserverens drift har udvist den fornødne vedvarende stabilitet.

En udmøntning af den direkte opkobling til Medicinprofilen forudsætter således for Apotekerforeningen at se, at et stabilt driftsmiljø vedvarende fastholdes, samt at eventuelle ændringer i driftsmiljøet forudsætter en grundig afprøvning.

Øvrige bemærkninger

Ændring af tilskudsreglerne - leverancesvigt

Sundhedslovens kapitel 42 regulerer adgangen til tilskud til lægemidler. De nugældende principper for beregning af tilskud blev indført pr. 1 april 2005, hvorefter hovedreglen er, at der alene ydes fuldt tilskud til det billigste lægemiddel i en substitutionsgruppe.

Formålet med ændringen i 2005 var bl.a. at øge incitamentet til at læger og patienter vælger det billigste alternativ.

Der blev ved indførelsen af disse regler lagt afgørende vægt på, at det pågældende billigste lægemiddel til enhver tid er tilgængeligt for forbrugerne på apotekerne. Derfor blev der samtidig med forslagets fremsættelse bebudet en række initiativer, der havde til formål at effektivisere lægemiddeldistributionen og minimere risikoen for leverancesvigt. Der var ligeledes en forventning om, at de nye regler kunne indføres uden at dette havde nogen administrative konsekvenser for apotekerne.

Effekten og konsekvenserne af regelsættet har været genstand for nøje overvågning, og der er siden reglerens indførelse gennemført en række justeringer, som har haft til formål at imødegå leverancesvigt og de deraf følgende konsekvenser, senest ved en ændring af sundhedsloven, som trådte i kraft 1. januar 2007. Den seneste ændring indebærer, at en tilskudspris opretholdes prisperioden ud, uanset at et billigere lægemiddel bliver tilgængeligt inden for prisperioden. Formålet med denne ændring var ifølge bemærkningerne, at mindske de praktiske problemer på apotekerne ved hyppige ændringer af tilskudspriser og at sikre, at ingen patient oplever, ikke at kunne få udleveret et lægemiddel med fuldt tilskud.

Apotekerforeningen har løbende gjort det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium opmærksom på de u hensigtsmæssige konsekvenser af leveringssvigt, som ikke er aftaget i omfang uagtet de ovenstående forskellige tiltag, der er gennemført.

Foreningen har derfor deltaget i to udredningsarbejder, dels i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen alene, dels med såvel Lægemiddelstyrelsen og ministeriet. Det første udredningsarbejde afsluttede sit arbejde i oktober måned 2007 og drejede sig om at afdække, hvorvidt de nuværende regler blev overholdt af alle parter på området, eller om der kunne identificeres procedurer der ikke blev overholdt, eller som kunne strammes op med henblik på en bedre forsyningssituation. Den overordnede konklusion var, at der ikke kunne identificeres aktører der modarbejder de nuværende regler, og at der således heller ikke umiddelbart var procedurer som kunne strammes op.

Som en udløber af dette udredningsarbejde besluttede ministeriet at gennemføre et arbejde med beskrivelse af 2 løsningsmodeller, hvoraf den ene er opstrømninger i eksisterende regelsæt, hvor det fortsat alene er det billigste lægemiddel i en substitutionsgruppe, der kan udleveres med fuldt tilskud. Den anden model der skal beskrives i dette udredningsarbejde er konsekvenserne af en indførelse af en bagatelgrænse inden for hvilken der kan udleveres lægemidler med fuldt tilskud.

Arbejdet i denne gruppe er endnu ikke helt afsluttet, om end der efter foreningens opfattelse allerede nu tegner sig et klart billede af, at der kun kan forudses meget begrænsede effekter af de forslag til opstrømninger i det eksisterende regelsæt, der er beskrevet. Hertil kommer, at der er en række mere principielle betæneligheder ved visse af opstrømningerne som gør, at de næppe vil kunne realiseres.

Det er derfor foreningens opfattelse, at den mest effektive metode til en nedbringelse af antallet af leveringssvigt er forslaget om at der indføres en bagatelgrænse indenfor hvilken, der kan udleveres lægemidler med fuldt tilskud. Dette vil medføre, at efterspørgslen efter lægemidler indenfor en given substitutionsgruppe fordeles på flere varenumre og at markedet dermed bliver mere robust overfor, at en enkelt leverandør ikke kan forsyne markedet i en fuld 14-dages taksperiode. Udover at modvirke den situation, at en kunde ikke kan få udleveret et lægemiddel med fuldt tilskud som følge af leverancesvigt, vil en sådan løsning medvirke til at nedsætte de meget betydelige og uforudsete administrative problemer apotekerne oplever, som følge af de tilskudsregler som blev indført 1. april 2005.

Foreningen er opmærksom på, at en indførelse af en bagatelgrænse umiddelbart vil medføre større tilskudsudgifter, om end det ikke er muligt at kvantificere dette fuldstændigt, da den konkrete merudgift afhænger af, om apotekerne ændrer udleveringsadfærd som følge af ændrede tilskudsregler. Hvis apotekerne ikke ændrer udleveringsadfærd vil en indførelse af en bagatelgrænse svarende til det nuværende A/B bånd medføre en merudgift på omkring 7 mio. kr. Hvis apotekerne begynder konsekvent at udlevere det dyreste produkt indenfor en substitutionsgruppe, vil ændringen komme til at koste omkring 27 mio. kr.

Det er naturligvis forbundet med en usikkerhed at afgøre, hvilken adfærdsændring der vil blive tale om, men efter foreningens opfattelse er der ikke belæg for at forvente, at apotekerne i noget nævneværdigt omfang skulle have ønske om at udlevere dyrere produkter end nødvendigt. Den endelige merudgift vil derfor formentlig komme væsentligt tættere på de 7 end på de 27 mio. kr. Denne merudgift skal vurderes i sammenhæng med de merudgifter, apotekerne er blevet påtvunget som følge af de nuværende tilskudsregler og som apotekerne aldrig er blevet kompenseret for. Alene de administrative omkostninger i forbindelse med takstrettelserne er ganske betragtelige. Hertil kommer en række omkostninger til den løbende ordrehåndtering i løbet af takstperioden, som beskrevet i rapporten fra Task Force om Leverancesvigt fra oktober 2007, men som ikke tidligere er prissat. Disse merudgifter for apotekerne var, som tidligere beskrevet, ikke forudsat ved indførelsen af de nuværende tilskudsregler.

Samlet set skal Apotekerforeningen derfor opfordre til, at der i fremsendte forslag til ændring af sundhedsloven, gennemføres en ændring af tilskudsreglerne, således at der indføres en bagatelgrænse inden for hvilken, der kan udleveres lægemidler med fuldt tilskud.

Godtgørelse af udgifter ved ordineret vederlagsfri udbringning af lægemidler

Danmarks Apotekerforening har i en række forskellige sammenhænge gjort opmærksom på, at det – ikke mindst i lyset af den meget lave nettoavance på lægemidler – ikke er rimeligt, at apoteket skal afholde udgifterne til udbringning af lægemidler og forbudsstoffer, når vederlagsfri udbringning er ordineret. Apotekerne bør således, i lighed med lægerne, godtgøres disse udgifter af regionen.

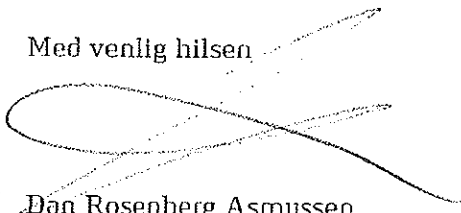
Apotekerforeningen har tidligere efter ministeriets anmodning søgt at kvantificere de udgifter, som regionen i givet fald vil kunne påføres. Der eksisterer ikke centrale brugbare registreringer af disse udgifter, men Danmarks Apotekerforening har rettet kontakt til 4 døgnapoteker med henblik på at tilvejebringe et indtryk af omfanget:

- Et apotek har oplyst, at der ikke er praksis for ordination af vederlagsfri udbringning.
- Et andet apotek har haft en dialog med lægevagten, hvilket har resulteret i en nedbringelse i anvendelsen af ordineret vederlagsfri udbringning. Man har pt. en udgift på mellem 500 og 100 kr. pr. måned, svarende til omkring 9.000 kr. pr. år.
- Et tredje apotek har haft en udgift på 2.291 kr. i perioden fra 1. januar til 31. oktober 2007 til ordineret vederlagsfri udbringning
- Og endelig oplyser et apotek, at der kun er tale om begrænsede udgifter; i størrelsesordenen 500 kr. pr. år.

Der er således tale om meget svingende beløb med et samlet begrænset omfang. På trods af de isoleret set mindre omkostninger forekommer den nuværende model urimelig for det apotek, som skal afholde udgifterne.

Danmarks Apotekerforening skal derfor benytte nærværende lejlighed til at foreslå, at ministeriet tilvejebringer mulighed i sundhedsloven for, at regionen godtgør apotekerne deres udgifter ved ordineret vederlagsfri udbringning.

Med venlig hilsen



Dan Rosenberg Asmussen