

vedl.
v

Lis Flødstrup

Fra: Grethe Johannesen på vegne af Sundhedsministeriet
Sendt: 25. februar 2008 08:38
Til: Kontorpost Regional sundhed
Emne: VS:

Vedhæftede filer: 9031-07_v1_Høringssvar fra DSI De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) vedr. forslag om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge.doc; 9034-07_v1_Høringssvar fra DSI De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) vedr. forslag til lov om kontaktpersoner i sygehusvæsenet.doc; 9074-07_v1_Høringssvar fra DSI De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) vedr forslag til lov om Medicinprofilen (2).doc; 2692-08_v1_Følgebrev til genfremsendelse af høringssvar fra Danske Handicaporganisationer vedr. vederlagsfri fysioterapi(1).DOC; 2430-08_v1_Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. udvidet frit valg ifm. aflysning af behandling eller ventetid på mere end 1 måned til diagnostiske undersøgelser(1).DOC; 2479-08_v1_Høringssvar fra DH vedr. udvidelse af patientsikkerhedsordningen(2).DOC; 2429-08_v1_Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. nedsættelse af et nationalt forebyggelsesråd (1).DOC; 2690-08_v1_Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer vedr. forlænget sagsbehandlingstid ved anøgning om forhøjet tilskud(2).DOC; 2691-08_v1_Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. enkelttilskud til håndkøbslægemidler(1).DOC; 8896-07_v1_Høringssvar fra DSI De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) vedr. ændring af den vederlagsfri fysioterapi.doc

Fra: Jeppe Sørensen - DH [mailto:js@handicap.dk]
Sendt: 22. februar 2008 17:56
Til: Sundhedsministeriet
Cc: Stig Langvad - DH; Linda F. Helio - DH
Emne:

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Vedhæftet finder I høringssvar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. forslag om ændringer af sundhedsloven.

Høringssvarene vedr. følgende forslag er genfremsendelse af tidligere afgivne høringssvar, som DH opfordrer til bliver imødekommet i de endelige forslag:

- Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge
- Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene
- Udvidet adgang til Medicinprofilen
- Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne (bemærk venligst det vedhæftede følgebrev til dette høringssvar)

Hvis der er spørgsmål til det vedhæftede er I meget velkomne til at kontakte undertegnede.

Mvh.

Jeppe Sørensen

Jeppe Sørensen

Sundhedspolitisk konsulent

Danske Handicaporganisationer (DH)

Kløverprisvej 10 B, 2650 Hvidovre

Telefon: (+45)3675 1777 - Fax: (+45)3675 1403

Direkte: (+45)3638 8505

E-mail: js@handicap.dk

www.handicap.dk

SUM REGSU J.nr.

2006-1200-122

25 FEB 2008

AK187

25-02-2008





Indenrigs- og Sundhedsministeriet
im@im.dk

Hvidovre, den 9. oktober 2007

Sag 07/1079 – Dok. 9031/07 /JS

Høringssvar fra De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) vedr. forslag om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge

DSI er grundlæggende positiv overfor forslaget om at tilbyde en udvidet undersøgelses- og behandlingsret for psykisk syge børn og unge, men har en række konkrete kommentarer til lovforslaget.

Med virkning fra 1. oktober har regeringen nedsat den udvidede fritvalgsordning i det meste af det øvrige sygehusvæsen til 1. måned, og DSI vil i den forbindelse foreslå, at den udvidede behandlingsret på psykiatriområdet også træder i kraft efter 1 måned. Det virker med andre ord besynderligt, at patienter selv kan vælge behandlingssted i tilfælde af 1. måneds ventetid på operationer mod åreknuder og stritører, mens personer med psykisk sygdom må acceptere ventetid på op til 2 måneder. Forslaget er altså et skridt i den rigtige retning, men DSI vil gerne opfordre til et endnu større fokus og en langt højere prioritering af det psykiatriske område i Danmark.

Det er fornuftigt, at forslaget gælder børn og unge, hvor en tidlig og hurtig indsats kan have afgørende betydning for resten af deres liv. DSI mener dog, at tilbudet bør gælde for voksne med behov for psykiatrisk undersøgelse og/eller behandling, der også oplever store problemer med for lange ventetider. Det er ikke en tilstrækkelig ambitiøs målsætning, at den udvidede behandlingsret først skal gælde for hele psykiatrien fra 2010.

DSI er positive overfor, at de eksisterende undersøgelses- og behandlingsrettigheder udvides til også at gælde det psykiatriske område, så patienterne får samme valgmuligheder som i somatikken. DSI vil i den forbindelse opfordre til, at de eksisterende psykiatriske tilbud opprioriteres, og at der fremover fokuseres endnu mere på de ofte helt afgørende overgange mellem social og sundhedssektor og på en bredt favnende rehabiliteringsindsats. I den sammenhæng må det forventes og kræves, at det offentlige system sikrer koordinering med såvel sundheds- som socialsektor. I det omfang de nye regler medfører flere private aktører er det vigtigt at sikre god kommunikation og koordinering med de relevante offentlige sektorer.

Borgere, der gør brug af frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg, skal selv finansiere den del af transporten, der ligger udover afstanden til det ellers relevante sygehus i egen re-

gion. Denne regel betyder, at mennesker, der pga. af en funktionsnedsættelse har behov for en hjælper ifm. transport skal betale dobbelt så meget i transport som andre mennesker, hvilket strider mod kompensationsprincippet i dansk handicappolitik. Det er derfor vigtigt, at lovforslaget skaber hjemmel til, at pårørende til børn og unge med psykiatriske problemer kan rejse med og støtte op i forhold til barnet eller den unge, der skal modtage behandling langt hjemmefra.

DSI er enige i, at enhver indsats i sundhedsvæsenet principielt bør bygge på princippet om det laveste effektive omsorgsniveau. I forhold til børn og unge med psykiatriske problemer vil det imidlertid forudsætte, at kommunerne bliver langt bedre til at gribe ind i forhold til at forebygge psykiatriske problemer. Der er her behov for et omfattende og kvalificerende arbejde i forhold til alle områder i den kommunale forvaltning (skole, sport, socialforvaltning etc.). Det er vigtigt, at relevante medarbejdere i kommunerne bliver i stand til hurtigt at opdage og reagere, hvis der er risiko for, at der kan opstå et psykiatrisk problem i forhold til børn eller unge.

I bemærkningerne til lovforslaget henvises der til rekommandationer fra Nordisk Ministerråd og en WHO-kongres. Der kan herudover med fordel henvises til FN's handicapkonvention, der sætter særligt fokus på børn, sundhed og rehabilitering.

Det fremgår af bemærkningerne, at ordningen i januar 2009 udvides til også at omfatte en udvidet ret til behandling for patienter med særligt behov for hurtig efterfølgende behandling. I mange tilfælde vil den indledningsvise behandling være nyttesløs uden tilstrækkelig opfølgning. Det er i den forbindelse afgørende, at den foreslåede behandling rent faktisk også iværksættes i det regi, personen henvises til. Det må ikke være således, at man f.eks. i en kommune kan stille spørgsmålstejn ved, om det er den rette behandling eller det rette behandlingssted. Dette må alene bero på en faglig vurdering.

Det er positivt, at den udvidede informationsforpligtelse for regionerne nu også kommer til at gælde dette område. Det kunne overvejes, at der stilles yderligere krav til information og inddragelse af de omfattede børn og unge samt deres pårørende, der ofte vil have særlige behov for information og kommunikation.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at Landsforeningen SIND er høringspart på dette lovforslag, og at de derfor indsender selvstændigt høringssvar vedr. forslaget om en udvidet undersøgelses- og behandlingsret.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
im@im.dk

Hvidovre, den 9. oktober 2007

Sag 07/1079 – Dok. 9034/07 /JS

Høringssvar fra De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) vedr. forslag til lov om kontaktpersoner i sygehusvæsenet

DSI er positiv overfor forslaget om, at borgerne fremover har ret til at få tildelt en kontaktperson i forbindelse med sygehusbehandling, og at borgerne kan støtte ret herpå. Mange af medlemmerne i DSI's medlemsorganisationer har særlige behov for koordinering og kommunikation og vil i mange tilfælde have stor gavn af en entydigt defineret kontaktperson.

Det er dog vigtigt, at det beskrives nærmere, evt. i den enkelte region/på det enkelte sygehus, hvad det er for opgaver, kontaktpersonen skal løse. I dag er kontaktpersonen oftest placeret udenfor det egentlige behandlingsregi, hvorfor der i nogle tilfælde mere er tale om en kontaktperson af navn end af gavn. Det skal bl.a. være således, at kontaktpersonen kan gribe ind i forhold til processen omkring behandlingen for at sikre et tilfredsstillende samarbejde på tværs af afdelinger og faggrupper og for at sikre, at alle relevante parter inddrages i rehabiliteringsprocessen. Kontaktpersonen skal endvidere være uddannet til at kommunikere med personer med forskellige former for funktionsnedsættelser i forhold til deres kommunikationsevne. Det kan f.eks. være udviklingshæmmede, autister eller døvblinde.

I nogle tilfælde vil det være hensigtsmæssigt at kunne dispensere fra reglen om, at kontaktpersonen skal have en sundhedsfaglig uddannelse. Det sundhedsfaglige aspekt er klart relevant i mange tilfælde, men ift. mennesker med handicap og kroniske sygdomme kan problemerne være omfattende og ofte relaterede til flere sektorer end sundhedssektoren. En del af disse problemer er en sundhedsfagligt uddannet person ikke nødvendigvis klædt på til at koordinere, hvorfor det fx kunne være en idé at inddrage fagpersoner med særlig viden om rehabiliteringsforløb.

Det er meget vigtigt for DSI's medlemsorganisationer, at de ved, hvad de kan forvente og af hvem. DSI frygter i den forbindelse, at introduktionen af flere nye begreber kan medføre forvirring, såfremt de ikke sættes tilstrækkelig i relation til allerede eksisterende begreber. Der tænkes her især på case manager- og tovholder-funktionerne, der bl.a. er beskrevet i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for behandling af patienter med kroniske sygdomme. DSI vil derfor foreslå, at det i bemærkningerne til lovforslaget beskrives, hvordan den lovfæstede ret til en kontaktperson relaterer sig til tovholder-funktionen og de såkaldte case-managers.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SL' with a flourish.

Stig Langvad
formand



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
im@im.dk

Hvidovre, den 9. oktober 2007

Sag 07/1079 – Dok. 9074/07 /JS

Hørings svar fra De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) vedr. forslag til lov om Medicinprofilen

DSI er positiv overfor yderligere udbredelse og anvendelse af Medicinprofilen, så den i endnu højere grad kan leve op til sit formål om at stille aktuel og ajourført information om den enkeltes lægemiddelanvendelse til rådighed og dermed øge kvaliteten og sikkerheden i patientbehandlingen. DSI støtter derfor også forslaget om elektronisk videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler og til elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis. Dette vil give bedre vilkår for etablering af et enstrenget, landsdækkende og tværsektorielt ordinationsgrundlag, hvor borgere såvel som relevant sundhedspersonale altid har adgang til et aktuelt billede af den pågældende medicinering.

Det er naturligvis af afgørende betydning for tilliden til systemet, at de personer, som har adgang til oplysninger i Medicinprofilen, udelukkende anvender dem med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerheden og effekten af lægemiddelbehandlingen. Det skal derfor fortsat og løbende sikres, at mulighederne for misbrug minimeres, bl.a. gennem stikprøve-kontroller og log-funktioner m.m.

Med venlig hilsen

Stig Langvad
formand



Danske Handicaporganisationer

Kløverprisvej 10 B
2650 Hvidovre, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
Fax: +45 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed
sum@sum.dk

Hvidovre, den 22. februar 2008

Sag 08/187 – Dok. 2692/08 /JS

Følgrebrev til genfremsendelse af høringssvar fra Danske Handicaporganisationer vedr. vederlagsfri fysioterapi

DH mener fortsat, at der er betydelige behov for præciseringer i bemærkningerne til lovforslaget om vederlagsfri fysioterapi og henviser i den forbindelse til vedlagte og tidligere fremsendte høringssvar.

Det tidligere fremsendte lovforslag er i hovedtræk identisk med det nuværende forslag. DH har dog bemærket, at den omtrentlige beskrivelse af den nye tilskudsgruppe er fjernet fra lovbemærkningerne, hvilket vi finder meget bekymrende. Det medfører usikkerhed om, hvem der indgår i den nye tilskudsgruppe. DH forventer imidlertid ikke, at ændringerne medfører nogen indskrænkning ift. intentionerne i den politiske aftale på området og forventer at blive inddraget/hørt ifm. udarbejdelse af retningslinjerne.

DH har endvidere bemærket, at formuleringen om en behandlingsplan er blevet yderligere udvandet i det foreliggende lovforslag, hvilket vi finder uacceptabelt. Det må både være i det offentliges og i borgernes interesse, at der er fælles forståelse for formålet med den enkelte behandling/indsats.

DH forventer samtidig, at der opnås en fælles aftale mellem Finans- og Sundhedsministeriet og kommunerne om det økonomiske grundlag i forhold til udgifterne til at overføre myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi samt forøgelsen af målgruppen for den vederlagsfri fysioterapi. Det må ikke blive en situation, hvor borgerne ikke modtager den rigtige indsats, fordi kommunerne og ministerierne skændes om økonomien. Det bemærkes i den forbindelse, at det nuværende lovforslag ikke indeholder en angivelse af de forventede udgifter ifm. udvidelsen af adgangen til den vederlagsfri fysioterapi.

Med venlig hilsen

Stig Langvad
formand



Danske Handicaporganisationer

Kløverprisvej 10 B
2650 Hvidovre, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
Fax: +45 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk

Hvidovre, den 22. februar 2008
Sag 08/187 – Dok. 2479/08 /JS

Hørings svar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. forslag om udvidelse af patientsikkerhedsordning gen

DH støtter op om forslaget intention om at skabe et grundlag for læring, der vil kunne give et mere trygt og sikkert behandlingsforløb for patienter i alle dele af sundhedsvæsenet. DH er derfor også grundlæggende positiv overfor forslaget om at udvide patientsikkerhedsordningen til også at omfatte den primære sundhedstjeneste og overgange mellem sektorer, og overfor forslaget om at give patienter og pårørende mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. DH mener dog samtidig, at forslaget kan forbedres på flere punkter, hvilket vi vil uddybe i det følgende.

Der står i bemærkningerne til lovforslaget vedr. praksissektoren, at *"...rapporteringspligten fremover vil omfatte utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med behandling hos alment praktiserende læger, herunder vagtlæger, praktiserende speciallæger, tandlæger, tandplejere, kiropraktorer, fysioterapeuter, fodterapeuter og psykologer beskæftiget i sundhedsvæsenet"* og om den kommunale sundhedssektor, at *"... sundhedspersoner m.v. fremover skal rapportere utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med bl.a. behandling i sundhedsplejen, den kommunale tandpleje, herunder omsorgstændplejen og specialtandplejen, og i hjemmesygeplejen samt i forbindelse med genoptræning, alkoholbehandling eller stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven."*

Det fremgår ikke tydeligt, hvorvidt opremsningen af fagpersoner og sundhedstilbud er udtømmende eller blot eksemplificerende, og det bør i givet fald overvejes omkring fagpersoner, om f.eks. ergoterapeuter, diætister og andre private udøvere som kommunerne kan henviser til også skal indgå. Den seneste tids fokus på forholdene i forskellige botilbud for mennesker med handicap har samtidig vist, at der mange steder er et betydeligt behov for et fagligt løft, bl.a. ift. medicin håndtering. DH foreslår derfor, at sundhedsydelser ifm. botilbud (fx medicinudlevering under delegeret ansvar og genoptræning) også skrives specifikt ind i bemærkningerne, så det bliver helt tydeligt, at de også er omfattet af patientsikkerhedsordningen.

Det fremgår af lovforslaget, at der i første omgang kun skal stilles krav om indrapportering af såkaldte ”betydende hændelser”. DH mener, at dette er et unødigt og forvirrende kriterium, idet det må antages, at rapportørerne i udgangspunktet kun vælger at indrapportere hændelser, som de finder ”betydende”. Formålet må være at få rapporteret alle utilsigtede hændelser med henblik på læring. Hensynet til administration skal underordnes hovedformålet. Samtidig er det selvfølgelig afgørende, at der afsættes de nødvendige ressourcer til at behandle rapporterne. For at fremme fokus på særligt vigtige områder kunne Sundhedsstyrelsen eventuelt udsende eksempler på typiske utilsigtede hændelser og mulige indrapporteringer, så informationsindsatsen kunne målrettes mod disse. DH er gerne behjælpelig med lokalisering af områder med særlig relevans for mennesker med handicap og kronisk sygdom.

I forslaget forudsættes det, at regioner og kommuner skal sikre, ”... at de personer, der skal administrere ordningen, har de fornødne forudsætninger herfor...”. Introduktionen af hele patientsikkerhedstankegangen og herunder rapportering af utilsigtede hændelser i den sekundære sektor har bl.a. vist, at selve implementeringen er en ressourcekrævende proces, der kræver betydelig efteruddannelse og andre bevidsthedsskabende initiativer. DH anbefaler derfor, at forventningerne til udvidelsen til praksis- og kommunalsektorerne beskrives mere detaljeret. Det kunne fx fremgå, at udvidelsen af systemet også forventes at omfatte uddannelse af nøglepersoner og risikomanagere på alle relevante enheder. DH finder det i øvrigt vigtigt, at der afsættes tilstrækkelige ressourcer til den helt afgørende implementeringsproces, herunder til udvikling af uddannelsestilbud og uddannelse. Denne del af udvidelsen af patientsikkerhedsordningen er afgørende for at der skabes og/eller udvikles en kultur i sundhedsvæsenet, der er fremmende for både patient- og pårørendeinddragelse, åbenhed omkring utilsigtede hændelser og for systematisk læring.

DH er meget positive overfor forslaget om at give patienter og pårørende mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Patienter og pårørende besidder stor – og ofte unik – viden om de enkelte patientforløb, som nødvendigvis må inddrages for at sikre den løbende forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Det er positivt, at pårørende også får mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser, hvilket vil være relevant for mange mennesker med handicap, der er af forskellige årsager ikke selv kan indrapportere hændelser. Det anbefales derfor, at denne gruppe tilføjes oplistningen af eksempler, hvor pårørende kan være særligt relevante.

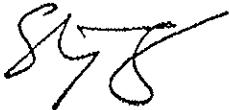
Borgere der har været ude for en utilsigtet hændelse har ofte et stort ønske om, at systemet lærer af deres erfaringer, så lignende tilfælde undgås fremover. Det må derfor også forventes, at borgerne vil gøre brug af de nye indrapporteringsmuligheder i betydeligt omfang. Det er dog vigtigt at huske på, at indrapporteringsmulighederne repræsenterer en helt ny tankegang i sundhedsvæsenet, der nu gerne vil høre om og mere systematisk lære af patienternes oplevelser. For at opnå en succesfuld introduktion skal borgerne informeres om det nye system og om, hvordan det adskiller sig fra patientklagemulighederne. Det fremgår af lovforslaget, at dette vil ske gennem en ”...generel vejledning...” på sundhed.dk. DH mener ikke, at generel information på sundhed.dk er tilstrækkeligt og opfordrer derfor til, at introduktionen af de nye rapporteringsmuligheder følges op af ressourcer til en mere ambitiøs informationskampagne.

DH finder det beklageligt, at lovforslaget kun lægger op til elektronisk indrapportering. Mange mennesker har ikke adgang til eller er ikke i stand til at bruge en computer/internettet og det vil være udtryk for en urimelig forskelsbehandling, hvis de forhindres i at indrapportere utilsigtede hændelser. Det skal derfor være muligt også at indrapportere på anden vis, fx telefonisk, skriftligt eller ved personlig henvendelse i kommunen eller regionen. DH opfordrer samtidig til, at det sikres, at mennesker med svage forudsætninger for at kommunikere også gives mulighed for at bidrage med deres oplevelser. Der er mange mennesker, f.eks. personer med udviklingshæmning, autisme eller hjerneskade, som pga. deres handicap har behov for forskellige former for støttet kommunikation, hvilket bør fremgås af lovforslaget.

DH finder det ligeledes beklageligt, at forslaget giver mulighed for, at patienter og pårørende omfattes af patientsikkerhedsordningen i to tempi. Det er ikke afgørende for patienter og pårørende om en hændelse har fundet sted i den primære eller den sekundære sektor og de vil derfor have svært ved at forstå, hvorfor de kan indrapportere hændelser det ene sted, men ikke det andet sted.

Der tales meget om patient- og brugerinddragelse i denne tid og DH mener, at muligheden for indrapportering af utilsigtede hændelser udgør en god lejlighed til at sætte handling bag ordene. Patienternes- og de pårørendes indrapportering bør derfor fremmes hurtigst muligt og støttes med de nødvendige ressourcer til implementeringen i såvel primær- som sekundær- og apotekssektoren.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sum@sum.dk



Danske Handicaporganisationer

Kløverprisvej 10 B
2650 Hvidovre, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
Fax: +45 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Hvidovre, den 22. februar 2008
Sag 08/187 – Dok. 2429/08 /JS

Hørings svar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. nedsættelse af et nationalt forebyggelsesråd

DH er positive overfor forslaget om øget fokus på forebyggelse og overfor formålet om at styrke indsatsen for en tiltrængt forlængelse af danskernes middellevetid. DH finder det dog problematisk, at Motions- og Ernæringsrådets opgave med også at styrke den videnskabelige indsats tilsyneladende ikke indgår i den nye konstruktion. Der er stort behov for netop evidensbaseret viden på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, så den tilsyneladende nedprioritering af denne opgave sender et uheldigt signal.

Forebyggelsen og den patientrettede forebyggelsesindsats for store sygdomsgrupper er i dag afhængige af netop udvikling af kombinerede indsatser vedr. kost- og fysisk aktivitet. Det gælder bl.a. fedme, der har direkte betydning for så forskellige områder som diabetes og slidgigt i knæ. Det er derfor et besynderligt signal at nedlægge et råd med en klar konsensusopgave på et betydningsfuldt område, hvor indsatserne i stort omfang lider af manglende evidensbaseret. Yderligere må vi de nærmeste år forvente at se et stadigt større pres for introduktion af levnedsmidler med påstået og/eller reel terapeutisk virkning, at enhver mangel på indsats for overvågning, må anses for en risiko for folkesundheden.

DH vil i øvrigt gerne foreslå, at det indskrives i kommissoriet for og arbejdet i det nye forebyggelsesråd, at det skal indgå som et kriterium for rådets anbefalinger, at initiativerne skal være tilgængelige for mennesker med handicap. Der har de seneste år været megen fokus på at høste de såkaldte "lavthængende" frugter indenfor forebyggelsen, fx gennem initiativer som stavgang og oprettelse af diverse motionshold. Det er imidlertid vigtigt at huske på, at mange mennesker med handicap ikke har mulighed for at deltage i sådanne initiativer, hvorfor store grupper ikke har fået del i det øgede fokus på forebyggelse de senere år. Dette er særligt problematisk, fordi mange mennesker med handicap i forvejen er særligt udsatte og ofte har vanskeligere forudsætninger for at leve sundt end andre mennesker.

DH stiller sig gerne til rådighed for et evt. møde med det nye forebyggelsesråd for at drøfte ovenstående problemstillinger og hvordan rådet evt. kan bidrage til at skabe øget fokus på tilgængelighed i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatserne. DH opfordrer sluttelig til, at patientperspektivet også inddrages i forebyggelsesrådets arbejde.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SL' with a flourish.

Stig Langvad
formand



Danske Handicaporganisationer

Kløverprisvej 10 B
2650 Hvidovre, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
Fax: +45 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk

Hvidovre, den 22. februar 2008
Sag 08/187 – Dok. 2430/08 /JS

Hørings svar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. udvidet frit valg ifm. aflysning af behandling eller ventetid på mere end 1 måned til diagnostiske undersø- gelser på offentligt sygehus

Nogle steder i sundhedsvæsenet har der tidligere ikke været tilstrækkeligt fokus på værdien af borgernes tid, hvilket fx har resulteret i unødigt lange ventetider og i aflysninger. DH er derfor positive overfor nedbringelse af både antallet af aflyste behandlinger og unødigt ventetid på diagnostiske undersøgelser.

Det er principielt uden betydning for DH om et sundhedstilbud leveres i offentligt eller privat regi, så længe de er af høj kvalitet og så længe der er fri og lige adgang til de pågældende tilbud. DH vil i den forbindelse benytte lejligheden til at udtrykke bekymring for, om den øgede privatisering af sundhedsvæsenet, som følge af det udvidede frie sygehusvalg, vil kunne gå ud over den frie og lige adgang for alle, også personer med handicap eller kronisk sygdom, til undersøgelse og behandling. Det kan f.eks. enten ske ved at de private sygehuse fravælger de patientgrupper, som er mere komplicerede og dyrere end gennemsnittet, eller ved at nogle patientgrupper af økonomiske eller praktiske årsager ikke føler sig i stand til at gøre brug af det udvidede frie sygehusvalg, hvor de selv skal finansiere transporten for sig selv og eventuelle ledsagere. I begge tilfælde vil resultatet være, at nogle patientgrupper ikke har adgang til de offentligt finansierede behandlinger på de private sygehuse, hvormed der ikke er lige adgang.

Når det politiske ønske er at skabe valgmuligheder på tværs af den offentlige og den private sektor, at det vigtigt at gøre sig klart, at der er nogle behov, som personer med handicap eller kronisk sygdom har, der skal tages højde for. Det gælder f.eks. adgang til tegnsprogstolkningen til døve eller støttet kommunikation til f.eks. personer med udviklingshæmning eller autisme. Der skal også være mulighed for, at man kan medtage den personlige assistance, der er nødvendig for at man kan være en del af et behandlingstilbud, men som ikke tilbydes det pågældende sted. Dette er blot eksempler på, at det ikke kun handler om adgang til behandling, men at der også er andre faktorer, der spiller ind i forhold til, hvorvidt man har fri og lige adgang til behandling i hhv. den offentlige og den private sektor.

Den frie og lige adgang til og den solidariske finansiering af sundhedsvæsenet er en forudsætning for, at mennesker med handicap og kronisk sygdom kan få opfyldt deres behov for sundhedsydelse på lige vilkår med andre mennesker.

Det er i sidste ende et empirisk spørgsmål, om den øgede brug af offentligt finansierede private udbydere evt. mindsker den frie og lige adgang til sundhedsvæsenet. DH foreslår derfor, at der nedsættes en ekspertkommission, med deltagelse fra handicap- og patientorganisationerne, som skal undersøge konsekvenserne af den øgede brug af offentligt finansierede private leverandører for den frie og lige adgang – særligt mhp. personer med handicap eller kronisk sygdom. Kommissionen skal ligeledes komme med forslag til indikatorer, der fremover kan bruges til løbende at følge udviklingen i adgangen til sundhedsvæsenet.

Sluttelig vil DH gøre opmærksom på, at det vil være en ekstra udfordring at skabe en logisk sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløbet for personer med handicap eller kronisk sygdom, når indsatsen også skal strækkes til at dække den private sektor.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand



Danske Handicaporganisationer

Kløverprisvej 10 B
2650 Hvidovre, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
Fax: +45 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk

Hvidovre, den 22. februar 2008
Sag 08/187 – Dok. 2691/08 /JS

Hørings svar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. enkelttilskud til håndkøbslægemidler

DH vurderer, at der kan være situationer, hvor det af hensyn til patienten kan være nødvendigt at give tilskud til køb af ikke-tilskudsberettiget og ikke receptpligtig medicin. Det kan fx forekomme i situationer, hvor patienten er overfølsom overfor traditionel medicin, men derimod modtagelig over for effekten af naturmedicin – eksempelvis i forbindelse med langvarig behandling af komplicerede urinvejsinfektioner. Det foreslås derfor, at der i loven tages højde for sådanne sjældne tilfælde, hvor den berørte borger ellers kan komme i klemme i reglerne om medicintilskud.

DH er i øvrigt positive overfor, at tilskud forudsætter udstedelse af recept, også i de tilfælde hvor der er tale om ikke recept-pligtig medicin. Dette vil være med til at øge kvaliteten og sikkerheden i patientbehandlingen ved at informationerne anvendes i Medicinprofilen.

Med venlig hilsen

Stig Langvad
formand



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
im@im.dk

Hvidovre, den 10. oktober 2007
Sag 07/208 – Dok. 8896/07 /JS

Høringssvar fra De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) vedr. ændring af den vederlagsfri fysioterapi

Som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, har De Samvirkende Invalideorganisationer (DSI) været inddraget i de forudgående drøftelser. DSI er da også i stort omfang tilfreds med de ændringer, der lægges op til, navnlig med udvidelsen af målgruppen for vederlagsfri fysioterapi og den øgede adgang til frit valg af fysioterapi tilbud. Der er dog stadig behov for væsentlige tilføjelser og ændringer – både nu og fremadrettet.

Med udvidelsen af den vederlagsfri fysioterapis målgruppe imødekommes et stort behov for behandling, selv om den enkelte endnu ikke opfylder betingelsen om, at der skal foreligge "et svært fysisk handicap". En sådan behandling vil kunne forebygge eller udskyde yderligere funktionstab, øge den enkeltes livskvalitet og sætte vedkommende i stand til at fungere på lige fod med andre i længere tid end ellers, f.eks. i forhold til arbejdsmarkedet.

Den konkrete udformning af reglen indeholder imidlertid to væsentlige problemer.

Det første er, at den forebyggende behandling forudsætter, at der allerede skal forekomme en egentlig funktionsnedsættelse, hvilket betyder, at muligheden for vederlagsfri fysioterapi fortabes igen, hvis den har optimal effekt. Den vil først kunne genoptages, når funktionstab genetableres som følge af manglende behandling. Dette er ikke mindst et problem for personer, hvor den fremadskridende sygdom navnlig i de første faser viser sig med skiftende intensitet, og hvor behandlingseffekten er størst i de mere symptomfrie perioder.

Det andet er, at dette nye tilbud "som udgangspunkt" forudsættes tilbudt som holdtræning, hvorved i praksis forstås, at det vil være ganske vanskeligt at bevilge behandlingen i form af individuel behandling. Som forudsigelse forekommer det ganske rimeligt at forvente, at det relevante tilbud ud fra en faglig vurdering vil være holdtræning; men det forekommer ikke rimeligt at tilsidesætte/vanskeliggøre muligheden for individuel behandling ved en bemærkning i lovens forarbejder, lige så lidt som det forekommer hensigtsmæssigt, at lovgiverne på denne måde overhovedet tager stilling til den sundhedsfaglige relevante behandlingsform, heller ikke selv om det kun sker "som udgangspunkt".

Det vil navnlig være relevant i den første del af et behandlingsforløb, at behandlingen kan tilbydes individuelt, blandt andet for at kunne målrette den mod specifikke problemstillinger, yde respekt for situationen med den måske nye diagnose og opbygge den fornødne tryghed hos patienten. I mange tilfælde vil den optimale sundhedsfagligt vurderede behandling bestå af en kombination af individuel træning og holdtræning.

Men derudover er det naturligtvis DSI's holdning, at træning bør foregå som holdtræning i de situationer, hvor det er mest hensigtsmæssigt, ud fra en behandlingsfaglig vurdering, uanset om adgangen til vederlagsfri fysioterapi er opnået efter de hidtidige regler eller efter denne nye adgang. Holdtræning må imidlertid forudsætte, at dette reelt er det relevante tilbud, og at rammerne er til stede.

Holdtræning forudsætter således, at bl.a. følgende forudsætninger er opfyldt: at behandlingen foregår på et hold med et funktionsniveau, der svarer til den pågældende borgers og normalt med en funktionsnedsættelse eller en diagnose af samme art (forskellige diagnoser stiller forskellige krav til træningsform), at træningen foregår i tilgængelige lokaler med handicapparkeringspladser ved hovedindgangen, og at afstanden og dermed køretiden til og fra behandlingsstedet er rimelig. I områder med spredt bebyggelse vil afstanden ofte blive for lang.

DSI finder det i øvrigt uhensigtsmæssigt, at udvidelsen af målgruppen for fysioterapi sker gennem etablering af en "ny tilskudsgruppe", så der reelt set bliver tale om to forskellige tilbud om vederlagsfri fysioterapi. DSI foreslår, at reglerne formuleres, så det er muligt for alle med behov for vederlagsfri fysioterapi at blive visiteret efter fælles regler, men med forskellige nuancer i form af holdtræning, holdtræning/individuel træning eller individuel træning. Enhver visitation skal med andre ord foretages på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering. Etablering af to forskellige tilbud risikerer at gøre det vanskeligt at overgå fra den ene gruppe til den anden og understøtter ikke den ønskede fleksibilitet i tilbudene.

Det skal samtidig fremgå af bemærkningerne, at der ikke kræves en funktionsevnenedsættelse som følge af fysiske (forstået som synlige) symptomer for at få adgang til den udvidede ordning. Det skal derimod være muligt at få vederlagsfri fysioterapi, når der er symptomer fra nerver, led eller muskler, som påvirker/nedsætter funktionsevnen.

Med adgangen til frit valg mellem forskellige udbydere opnås en frihed for den enkelte til selv at kunne vælge, hvor behandlingen skal foregå, og som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, kan mange forskellige individuelle hensyn indgå i dette valg, f.eks. adgangsforhold, afstand, ønske om et mindre behandlingssted eller ønske om et stort behandlingssted med mange faciliteter, særlig ekspertise osv. DSI er tilfreds med, at denne beslutning overlades til den enkelte, som herved selv kan vægte de hensyn, som vedkommende især prioriterer. Samtidig forbedres muligheden for, at den enkelte patient ikke risikerer at skulle modtage behandling fra flere forskellige fysioterapeuter. Desværre elimineres denne risiko ikke fuldt ud, idet genoptræning efter en genoptræningsplan, der udarbejdes ved udskrivning fra sygehus, ikke er omfattet af det frie valg, og derfor vil det kunne forekomme, at en patient skal genoptrænes af én fysioterapeut, mens den vederlagsfri fysioterapi, som patienten måske var berettiget til i forvejen, foregår hos en anden fysioterapeut med

nøjagtig samme forudsætninger for også at udføre genoptræningen og i hvert fald med bedre kendskab til patienten.

DSI opfordrer derfor til, at det frie valg udvides til også at omfatte genoptræning efter sygehusophold.

Det er dog også DSI's opfattelse, at muligheden for frit valg ikke umiddelbart vil føre til et væsentligt ændret forbrugsmønster mellem f.eks. private og offentlige leverandører, og at det frie valg navnlig vil have betydning for nye modtagere af vederlagsfri fysioterapi. Men netop derfor finder DSI ikke grundlag for den tilbageholdenhed med hensyn til frit valg, som lovforslaget er udtryk for.

Trods DSI's generelle tilfredshed med de væsentligste elementer i lovforslaget, herunder også med kommunernes overtagelse af myndighedsansvaret, finder vi dog samtidig anledning til at give udtryk for betænkelighed med hensyn til, om lovforslaget i tilstrækkeligt omfang sikrer, at de midler, der overføres til kommunerne til varetagelse af opgaven, også stilles til rådighed i fuldt omfang, at visitation, behandlingsform og behandlingsomfang besluttes på et fuldt ud behandlingsfagligt grundlag i samarbejde med patienten, og at der sikres en tilstrækkelig kapacitet til, at det frie valg ikke bliver illusorisk.

DSI er således bekendt med, at nogle kommuner allerede overvejer, hvorledes man kan "hjemtage" vederlagsfri fysioterapi, når myndighedsansvaret flyttes den 1. januar 2008, hvilket ikke er i overensstemmelse med lovforslagets intentioner og DSI's tilslutning hertil. Kommunernes mulighed for at "hjemtage" den vederlagsfri fysioterapi – og genoptræning i øvrigt – bør efter DSI's opfattelse alene bestå i, at kommunerne stiller et tilbud til rådighed, der er så godt, at patienterne vil vælge det af egen fri vilje. Tilsvarende må kommunerne også acceptere, at patienterne kan fravælge det kommunale tilbud, hvis kvaliteten ikke er god nok.

Det foreslås derfor, at det præciseres klarere i lovteksten og i lovforslagets forarbejder, at det ikke er en mulighed for kommunerne at forringe tilbudet, fastlægge ikke-fagligt begrundede serviceniveauer og begrænse kapaciteten i et sådant omfang, at lovforslagets intentioner modarbejdes. Det er i den forbindelse vigtigt, at det ikke overlades til den enkelte kommune at vurdere, hvilke faciliteter der bør etableres i kommunen. Flere kommuner bliver nødt til at se på, hvordan det samlede tilbud til patienterne er inden for kommunerne på tværs. Derved forebygges etablering af tilbud, som ikke kan eller bør etableres i en enkelt kommune i konkurrence med andre kommuner med samme tilbud.

Det bør samtidig fremgå, at loven lægger op til et større samarbejde mellem den kommunale sektor og den private sektor, så den private sektor får bedre mulighed for at benytte de kommunale fysiske rammer i forhold til sin egen planlægning af såvel holdtræning som individuel behandling, fx i forhold til udnyttelse af de investeringstunge træningsredskaber og varmtvandsbassiner. For DSI vil det i øvrigt være naturligt, hvis man giver praksissektoren mulighed for at etablere sig frit i fri konkurrence baseret på patienternes efterspørgsel efter netop de ydelser, den enkelte fysioterapeut kan levere.

Med et øget samarbejde forbedres muligheden for, at fysioterapeuten kan komme til at spille en mere central plads i forhold til den koordinerede og samlede rehabilitering for personer med handicap.

Blandt de midler, der vil kunne bringes i anvendelse for at sikre realisering af lovforslagets intentioner er, at den økonomiske kompensation til kommunerne helt – eller i hvert fald delvis – sker via en refusionsordning, og at der sikres en klageadgang, der er mere vidtgående end blot klager over fagpersoner, som reelt er uden indflydelse på en kommunes politiske beslutninger.

Derfor er det også en forudsætning for DSI's tilslutning til lovforslaget, at honoreringsoverenskomsten mellem kommunerne og Danske Fysioterapeuter begrænser sig til forhold af betydning for honoreringen og ikke samtidig indeholder en aftale, der helt eller delvis fastlægger det behandlingsfaglige serviceniveau. Det har været særdeles problematisk, at noget sådant er forekommet gennem en del år, hvilket har begrænset den behandlingsfaglige frihed og har placeret en faglig kompetence i et forhandlingsforløb, der har et helt andet formål.

Konsekvensen har blandt andet været en aftale om, at højere forbrug end budgetteret skulle modregnes i fysioterapeuternes honorar, hvilket for det første har begrænset fysioterapeuternes økonomiske incitament til at behandle personer med "et svært handicap", fordi de simpelthen har modtaget en ringere honorering for behandling af de mennesker, som DSI repræsenterer, og for det andet har begrænset incitamentet til en faglig udvikling af fysioterapien.

For at undgå udvikling af sådanne utilsigtede kompetencer i fremtiden finder DSI, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet aktivt må udøve den kompetence, som ministeriet altid har haft, og at der må sikres en nødvendig aktiv brugerinddragelse af f.eks. DSI i den overordnede planlægning af den vederlagsfri fysioterapi og dens videre udvikling, herunder vurdering af overenskomstforslag, som er mere vidtgående end den meget uformelle Følgegruppe, der i en årrække har eksisteret i Sygesikringens Forhandlingsudvalgs regi.

Endelig ønsker DSI at fremhæve Indenrigs- og Sundhedsministeriets udtalte vilje til, at de især strukturelle ændringer vedrørende vederlagsfri fysioterapi, der gennemføres med lovforslaget i 2008, efterfølges af en målrettet faglig udvikling, der passende kan indgå som en del af regeringens kvalitetsreform.

Et behandlingstilbud med et årligt forbrug af størrelsesordenen 6-700 mio. kr. kræver naturligvis en jævnlig vurdering, såvel fagligt som økonomisk, ikke mindst fordi behandlingstilbuddet anvendes af ca. 60.000 mennesker i løbet af et år, efter DSI's vurdering stigende til ca. 70-75.000 mennesker som følge af lovforslaget.

Disse tal illustrerer imidlertid også, at vederlagsfri fysioterapi er et af de billigste behandlingstilbud, der overhovedet findes i sundhedssystemet, og dens effekt taget i betragtning er den endog umådelig billig.

Der er for DSI ingen tvivl om, at vederlagsfri fysioterapi siden sin indførelse i 1988 har haft uvurderlig betydning for brugerne af tilbudet; men vi er samtidig særdeles overbeviste om, at behandlingen og faget kan udvikles og forbedres, ikke mindst at effekten af de anvendte ressourcer kan øges betragteligt ved en målrettet og sammenhængende indsats.

DSI ser derfor frem til, sammen med de øvrige parter, at vurdere den vederlagsfri fysioterapis fremtid.

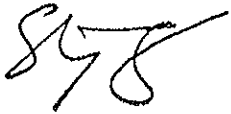
Følgende problemstillinger bør bl.a. indgå i en sådan vurdering:

- Identifikation og realisering af faglige, behandlingsmæssige og planlægningsmæssige gevinster ved samling af myndighedsansvaret, herunder samspil med fysioterapi efter andre bestemmelser samt sikkerhed for inddragelse af fysioterapeuten som en central person i rehabiliteringsprocessen, der i forvejen er et kommunalt ansvar.
- Identifikation af barrierer for optimal behandling, som måtte forekomme i gældende regler, retningslinjer og overenskomster. I den forbindelse er det også relevant at komme ind på, hvordan der sikres fuld tilgængelighed til sundhedsklinikker og herunder træningsfaciliteter.
- Analyse af om den nuværende diagnoseliste kan erstattes af en mere hensigtsmæssig måde at regulere adgangen til den vederlagsfri fysioterapi på.
- Etablering af overordnet planlægningsprocedure, nationalt og regionalt, til sikring af, at også patienter med sjældne behov for behandling, behandlingsredskaber eller hjælpemidler kan modtages, herunder sikring af den nødvendige specialisering.
- Etablering af overordnet planlægningsprocedure, nationalt og regionalt, for fastlæggelse af kapacitet, så ressourcospild undgås samtidig med, at reelt frit valg sikres.
- Beskrivelse og analyse af fysioterapiens placering i rehabiliteringen, som kommunerne i forvejen har haft ansvaret for siden 1. januar 2007.
- Beskrivelse af forsknings- og udviklingsmæssige behov til forbedring af behandlingen og begrænse patientens tidsforbrug i den forbindelse.
- Beskrivelse af hvordan vederlagsfri fysioterapi i højere grad kan omfatte forebyggelse og begrænsning af forskellige former for senfølger af funktionsnedsættelsen, herunder især smerter, der ubehandlet kan medføre yderligere tab af funktionsevne.
- Beskrivelse af behandlingsmulighederne for børn og unge, således at tilbudet indgår i en større helhed, samtidig med at det sikres, at det overhovedet eksisterer med den kapacitet og den specialisering, som børn og unge har brug for.
- Beskrivelse af, hvilke konsekvenser overførslen af myndighedsansvaret til kommunerne vil få for ordningen om ridefysioterapi.

- Etablering af procedurer til brugerinddragelse på nationalt, regionalt og kommunalt plan.
- Etablering af én samlet klageadgang, der skal være gennemskuelig og enkel for borgerne og give mulighed for klage over såvel visitation og den konkrete behandlingsplan som udførelsen heraf. Klagesystemet skal samtidig give mulighed for monitoring af omfanget og indholdet af klager vedr. vederlagsfri fysioterapi.
- Undersøgelse af lovens virke med påbegyndelse senest udgangen 2010.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at DSI ser frem til at blive inddraget på forskellig vis i såvel den kommende proces i regi af kvalitetsreformen som i arbejdet med vejledningen til den nye lov og Sundhedsstyrelsens retningslinjer om vederlagsfri fysioterapi.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk

Hvidovre, den 22. februar 2008
Sag 08/187 – Dok. 2690/08 /JS

Hørings svar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. forlænget sagsbehandlingstid ved ansøgning om forhøjet tilskud

DH betragter muligheden for udvidet sagsbehandlingstid som en markant forringelse og vil derfor gerne henstille til, at sagsbehandlingstiden altid bliver så kort som muligt. DH forventer i den forbindelse, at de ”særlige tilfælde” af forlænget sagsbehandlingstid registreres, så det er muligt at følge med i udviklingen på området og monitorere, om sagsbehandlingstiden som udgangspunkt holdes under 14 dage.

I bemærkningerne til det tidligere fremsatte lovforslag om ændring af sundhedsloven var der indføjet en formulering om: ”... forhøjet tilskud meddeles i alle tilfælde med virkning fra det tidspunkt, hvor Lægemiddelstyrelsen har modtaget en fyldestgørende ansøgning.” Denne bemærkning kan vi ikke genfinde i de nye forslag, hvorfor vi er usikre på bevillingstidspunktet. Såfremt betingelserne for at meddele forhøjet tilskud er opfyldt, bør bevillingen gælde fra det tidspunkt, ansøgningen er modtaget i Lægemiddelstyrelsen. Dette bør ske, uanset om ansøgningen på det givne tidspunkt er fyldestgørende eller ej.

Dokumentationen i ansøgningerne er i øvrigt langt fra altid helt lige til. På epilepsiområdet har der fx været en flerårig problematik omkring ansøgninger om forhøjet tilskud til forskellige præparater, hvor det ikke altid har været helt klart på hvilket grundlag Lægemiddelstyrelsen har meddelt afslag eller tilsagn om forhøjet tilskud. Dette kunne tale for en forenkling af reglerne og understreger betydningen af, at alle beslutninger følges af en kvalificeret begrundelse.

Hvis der i forbindelse med sagsbehandlingen er behov for yderligere oplysninger før sagen kan afgøres, må det i øvrigt – jf. forvaltningsloven – påhvile Lægemiddelstyrelsen at fremskaffe disse. Dette bør ikke komme den enkelte patient til skade – ikke mindst fordi han/hun ikke kan være ansvarlig for, om den enkelte læge har medsendt den nødvendige dokumentation.

DH skal sluttelig opfordre Lægemiddelstyrelsen til at undersøge, om det er muligt at forbedre informationsindsatsen ift. oplysning om ordningen

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SL' with a flourish.

Stig Langvad
formand

Lis Flødstrup

Fra: Jette Vind Blichfeldt
Sendt: 25. februar 2008 15:19
Til: Lis Flødstrup
Emne: VS: Sundhedsstyrelsens bemærkninger til ændringerne af sundhedsloven, autorisationsloven, klage- og erstatningsloven m.fl.
Vedhæftede filer: HJO_bem_til Lovforslag 5 feb 2008 Høring (2)_doc(619645).doc; udtalelsen af 10_okt_2007_doc(619646).doc; Notat vedr_ § 29, stk_ 3 i k lage- og erstatn_loven_doc(619647).doc; Bemærkninger.doc; header.htm

Fra: Mads Ellegaard Christensen [mailto:MEC@SST.DK]
Sendt: 25. februar 2008 15:09
Til: Jette Vind Blichfeldt
Cc: Thomas Clement; Lone de Neergaard; Marianne Jespersen; Bente Møller; Tora Haraldsen Dahl; Niels Würgler Hansen; Eva Bidstrup
Emne: SV: Sundhedsstyrelsens bemærkninger til ændringerne af sundhedsloven, autorisationsloven, klage- og erstatningsloven m.fl.

Kære Jette Blichfeldt

Hermed eftersendes som aftalt Sundhedsstyrelsens bemærkninger vedr. *udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge* samt *udvidet frit valg ved aflysning*:

- For så vidt angår udvidet frit valg ved aflyst behandling konstaterer Sundhedsstyrelsen, at det foreslåede ikke har nogen begrundelse i helbredsmæssige forhold for patienten, men alene er kompensation for påført gene.
- Vedr. forslaget om udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge skal Sundhedsstyrelsen henvise til sin tidligere udtalelse desangående (dateret 16. oktober 2007). Herudover skal Sundhedsstyrelsen gøre opmærksom på, at udredning og behandling på det psykiatriske område indebærer væsentlig større usikkerhedsmomenter end det er tilfældet på det somatiske område vedrørende det rette valg af behandling. Balancen mellem egentlig børne- og ungdomspsykiatrisk sygehusbehandling og den nødvendige sociale og pædagogisk indsats er i den forbindelse central. Det vil være vigtigt at lovforslaget ikke medfører, at nødvendige pædagogiske og sociale kommunale tiltag bliver uhensigtsmæssigt erstattet af psykiatrisk behandling. Sundhedsstyrelsen kan herudover konstatere, at afgrænsningen af målgruppen for den udvidede undersøgelses- og behandlingsret er noget uklar og evt. vil kunne give anledning til vanskeligheder ved fortolkning i praksis.

Med venlig hilsen
Mads Ellegaard Christensen

Specialkonsulent, cand. scient. pol.

 Sundhedsstyrelsen

Sundhedsplanlægning
Islands Brygge 67
2300 København S
E-mail: mec@sst.dk
Direkte tlf.: 72 22 77 88

Fra: Eva Bidstrup
Sendt: 25. februar 2008 14:46
Til: mj@sum.dk; Irene Holm; ps@sum.dk; seb@sum.dk; lpe@im.dk

SUM REGSU J.nr. 2006-1200-122

26-02-2008

26 FEB. 2008

akt 211

Cc: Anne Mette Dons; Mads Ellegaard Christensen; Thomas Clement; Helle Petersen; Gritt Husum Basse; Henrik Kristensen; Elisabeth Hersby; Helle Landberger Johansen; Jens Kristian Villadsen; Louise Gjørup; Eva Bidstrup

Emne: Sundhedsstyrelsens bemærkninger til ændringerne af sundhedsloven, autorisationsloven, klage- og erstatningsloven m.fl.

Vedhæftet fremsendes Sundhedsstyrelsens bemærkninger til lovforslaget om ændring af sundhedsloven, autorisationsloven mfl.

Bemærkningerne fremgår af det sidste af de vedhæftede dokumenter, de øvrige dokumenter er bilagsmateriale.

med venlig hilsen
Eva Bidstrup

Jette Vind Blichfeldt

Fra: Jette Vind Blichfeldt
Sendt: 25. februar 2008 15:16
Til: Andreas Daugaard Jørgensen; Bettina Heinesen; Camilla Villumsen; Dorthe Eberhardt Søndergaard; Helle Borg Larsen; Irene Holm; Jacob Meller Jacobsen; Jesper Lihn; Jette Vind Blichfeldt; John Erik Pedersen; Lene Christensen; Louise Filt; Mads Hansen; Martin Randrup Nielsen; Mogens Jørgensen; Paul Schüder; Steffen Egesborg Hansen; Sven Erik Bukholt; Søren Lindemann Aagesen; Vagn Nielsen
Emne: VS: Sundhedsstyrelsens bemærkninger til ændringerne af sundhedsloven, autorisationsloven, klage- og erstatningsloven m.fl.
Vedhæftede filer: HJO_bem_ til Lovforslag 5 feb 2008 Høring (2)_doc(619645).doc; udtalelsen af 10_okt_2007_doc(619646).doc; Notat vedr_ § 29, stk_ 3 i k lage- og erstatn_loven_doc(619647).doc; Bemærkninger.doc; header.htm

T.o.

Venlige hilsener

Jette

lok. 69459

Fra: Mads Ellegaard Christensen [mailto:MEC@SST.DK]
Sendt: 25. februar 2008 15:09
Til: Jette Vind Blichfeldt
Cc: Thomas Clement; Lone de Neergaard; Marianne Jespersen; Bente Møller; Tora Haraldsen Dahl; Niels Würglér Hansen; Eva Bidstrup
Emne: SV: Sundhedsstyrelsens bemærkninger til ændringerne af sundhedsloven, autorisationsloven, klage- og erstatningsloven m.fl.

Kære Jette Blichfeldt

Hermed eftersendes som aftalt Sundhedsstyrelsens bemærkninger vedr. *udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge* samt *udvidet frit valg ved aflysning*:

- For så vidt angår udvidet frit valg ved aflyst behandling konstaterer Sundhedsstyrelsen, at det foreslåede ikke har nogen begrundelse i helbredsmæssige forhold for patienten, men alene er kompensation for påført gene.
- Vedr. forslaget om udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge skal Sundhedsstyrelsen henvise til sin tidligere udtalelse desangående (dateret 16. oktober 2007). Herudover skal Sundhedsstyrelsen gøre opmærksom på, at udredning og behandling på det psykiatriske område indebærer væsentlig større usikkerhedsmomenter end det er tilfældet på det somatiske område vedrørende det rette valg af behandling. Balancen mellem egentlig børne- og ungdomspsykiatrisk sygehusbehandling og den nødvendige sociale og pædagogisk indsats er i den forbindelse central. Det vil være vigtigt at lovforslaget ikke medfører, at nødvendige pædagogiske og sociale kommunale tiltag bliver u hensigtsmæssigt erstattet af psykiatrisk behandling. Sundhedsstyrelsen kan herudover konstatere, at afgrænsningen af målgruppen for den udvidede undersøgelses- og behandlingsret er noget uklar og evt. vil kunne give anledning til vanskeligheder ved fortolkning i praksis.

Med venlig hilsen
Mads Ellegaard Christensen

Specialkonsulent, cand. scient. pol.

 Sundhedsstyrelsen

Sundhedsplanlægning

28-02-2008

Islands Brygge 67
2300 København S
E-mail: mec@sst.dk
Direkte tf.: 72 22 77 88

Fra: Eva Bidstrup

Sendt: 25. februar 2008 14:46

Til: mj@sum.dk; Irene Holm; ps@sum.dk; seb@sum.dk; lpe@im.dk

Cc: Anne Mette Dons; Mads Ellegaard Christensen; Thomas Clement; Helle Petersen; Gritt Husum Basse; Henrik Kristensen; Elisabeth Hersby; Helle Landberger Johansen; Jens Kristian Villadsen; Louise Gjørup; Eva Bidstrup

Emne: Sundhedsstyrelsens bemærkninger til ændringerne af sundhedsloven, autorisationsloven, klage- og erstatningsloven m.fl.

Vedhæftet fremsendes Sundhedsstyrelsens bemærkninger til lovforslaget om ændring af sundhedsloven, autorisationsloven mfl.

Bemærkningerne fremgår af det sidste af de vedhæftede dokumenter, de øvrige dokumenter er bilagsmateriale.

med venlig hilsen
Eva Bidstrup

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K



Sundhedsstyrelsens bemærkninger 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 og det løbende lovgivningsarbejde vedrørende disse love.

Ved brev af 10. oktober 2007 oversendte Sundhedsstyrelsen forskellige bemærkninger til en tidligere udgave af ovennævnte lovforslag. Dette foreliggende lovforslag har i et vist omfang taget højde for disse bemærkninger. Sundhedsstyrelsen skal nedenfor henlede opmærksomheden på forskellige af de i lovforslaget omhandlede problemstillinger, der ville profitere af yderligere opmærksomhed og der peges på forhold, som man på sigt vil skulle overveje at ændre.

I Sundhedsstyrelsens udtalelse af 10. oktober 2007 er under pkt. 6. omtalt forskellige forslag til den oprindeligt foreslåede tekst vedrørende **medicinprofilen**. Disse er ikke alle optaget i det nu foreliggende lovforslag, og Sundhedsstyrelsen skal henvise til vedhæftede eksemplarer af det omhandlede lovforslag hvori der er indsat forslag og kommentarer for så vidt angår forholdene omkring medicinprofilen, idet styrelsen finder, at også disse ændringer er af betydning og bør optages i lovforslaget. Sundhedsstyrelsen lægger specielt vægt på at lægerne af hensyn til patientsikkerheden forpligtes til umiddelbart direkte at indføre ændringer af igangværende behandling i medicinprofilen.

Under pkt. 8 i Sundhedsstyrelsens udtalelse af 10. oktober 2007 tilsluttede styrelsen sig forslaget om, at man **præciserede kredsen af sundhedspersoner, der er omfattet af styrelsens tilsyn** således at det blev hævet over enhver tvivl, at det afgørende for Sundhedsstyrelsens tilsynskompetence er, hvem der har udøvet virksomheden, og ikke i så høj grad hvor denne virksomhedsudøvelse har fundet sted, samt at det er arbejde med patientkontakt der er udgangspunktet for tilsynet. Sundhedsstyrelsen havde herudover forslag til yderligere tekst til lovbemærkningerne. Sundhedsstyrelsen tager til efterretning, at det ikke længere er hensigten, at foretage en sådan præcisering. Sundhedsstyrelsen vil imidlertid fremover administrere sin tilsynsforpligtigelse i overensstemmelse med det forslag til præcisering, som styrelsen har beskrevet i sin udtalelse af 10. oktober 2007, da der styrelsen bekendt ikke er forhold der modsiger en sådan praksis.

25. februar 2008
j.nr. 7-107-9/1/EBI

Tilsyn
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 7222 7400
Fax 7222 7414
E-post info@sst.dk

Dir. tlf. 7222 7569
E-post eft@sst.dk

Under pkt. 9 i Sundhedsstyrelsens udtalelse af 10. oktober 2007 har styrelsen tilsluttet sig det hensigtsmæssige i, at der indføres **en adgang til frivillig fraskrivelse af dele af virksomhedsområdet**. Det er samtidig under pkt. 11 kraftigt anbefalet, at man ophæver adgangen til at kunne fraskrive sig autorisationen for en periode, som sundhedspersonen selv bestemmer. Sidstnævnte forslag er ikke medtaget i det foreliggende lovforslag. Sundhedsstyrelsen skal henstille til ministeriet at genoverveje at fjerne muligheden for fraskrivelse på tid, både for så vidt angår hele autorisationen, som dele heraf (virksomhedsindskrænkning) af de grunde der er redegjort for i Sundhedsstyrelsens skrivelse af 10. oktober 2007.

Side 2

25. februar 2008

Sundhedsstyrelsen

Ændringsforslaget vedrørende **lægers ret til ordination af afhængigheds-skabende lægemidler** som led i behandling af personer for stofmisbrug blev kommenteret under pkt. 10 i Sundhedsstyrelsens udtalelse af 10. oktober 2007. Sundhedsstyrelsen skal anbefale, at det i alle tilfælde er en læge ansat i den behandlingsansvarlige kommune, der træffer beslutning om iværksættelse af medicinsk stofmisbrugsbehandling, også i de tilfælde, hvor behandlingen efterfølgende delegeres til en privat institution. Dette medfører, at såfremt en kommune vælger ikke at have en læge ansat til at behandle eller visitere stofmisbrugere til forskellige behandlingstilbud, skal alle aspekter af den medicinske stofmisbrugsbehandling overlades til en læge ved regionen/en anden kommune/ privat regi, herunder også visiteringen til behandling.

Det er vigtigt, at der bliver adgang til at iværksætte samme kontrol og tilsynsforanstaltninger af Sundhedsstyrelsen i forhold til såvel de private institutioner som i forhold til de offentlige. Også på denne baggrund skal Sundhedsstyrelsen anbefale, at ministeriet overvejer at der skabes en udtrykkelig særskilt lovhjemmel til at foretage tilsyns- og kontrolbesøg i form af husundersøgelser. (Se også omtalen heraf nedenfor).

I Sundhedsstyrelsens tidligere udtalelse af 10. oktober 2007 blev også omtalt behovet for **husundersøgelse hos privatpraktiserende sundhedspersoner uden retskendelse**. Dette punkt ses ikke medtaget i det foreliggende lovforslag. Det bemærkes, at spørgsmålet med jævne mellemrum er aktuelt i den faktiske tilsynsudøvelse, og også må forventes at kunne blive aktuel i den fremtidige kvalitetssikring af de behandlingstilbud som udbydes fra private behandlingsinstitutioner på fx stofmisbrugsbehandlingsområdet. Hjemlen kunne overvejes skaffet via en præcisering af Sundhedslovens § 215, stk. 4.

For så vidt angår reglerne om **overdragelse og opbevaring af patientjournaler** skal Sundhedsstyrelsen i det hele henvise til styrelsens tidligere bemærkninger i udtalelsen af 10. oktober 2007.

For så vidt angår **planlægningsbestemmelserne** indenfor Sundhedsloven skal Sundhedsstyrelsen bemærke følgende:

- Vedr. vederlagsfri fysioterapi: Sundhedsstyrelsen har ikke kommentarer til de foreslåede ændringer, og Sundhedsstyrelsen kan således tilslutte sig forslaget.
- For så vidt angår indførelse af kontaktpersoner på sygehusene finder Sundhedsstyrelsen lovforslaget hensigtsmæssigt, idet det er styrel-

sens opfattelse, at udpegning af en eller flere kontaktpersoner til alle patienter indlagt på sygehus i mere end 24 timer vil medvirke til at sikre sammenhæng og kvalitet i patientforløbene på sygehusene. Sundhedsstyrelsen finder det endvidere hensigtsmæssigt, at private hospitaler, -klinikker m.m., der varetager opgaver i forbindelse med det udvidede frie valg, har den samme forpligtelse til at udpege kontaktpersoner. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at de i forslaget beskrevne kontaktpersoner primært har til formål at koordinere indlæggelsesforløbene og at sikre løbende dialog og information af patienten. Ligeledes skal kontaktpersonerne medvirke til at skabe et sammenhængende forløb ved udskrivningen og bør således også stå til rådighed for dialog med patienten efter udskrivningen, ligesom navnet på kontaktpersonen bør videregives til kommunen, hvis patienten efterfølgende har et genoptrænings- eller plejeforløb der.

- Vedr. utilsigtede hændelser: Sundhedsstyrelsen har noteret sig, at det i bemærkningerne til ændringsforslaget fremgår, at: ”I forbindelse med udvidelsen af patientsikkerhedsordningen vil det derfor blive fastsat i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at Regionsrådet og kommunalbestyrelsen i forbindelse med den førstkommende revision af sundhedsaftalerne også skal aftale rammerne for et samarbejde om analyser og opfølgning på rapporter af utilsigtede hændelser på tværs af sektorer, som regionerne henholdsvis kommunerne har ansvaret for.” Sundhedsstyrelsen formoder, at der hermed menes de 2. generationsaftaler, som skal være indsendt til Sundhedsstyrelsen til godkendelse inden udgangen af 2010.
- Med hensyn til spørgsmålet om udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge vil Sundhedsstyrelsens bemærkninger hertil blive fremsendt særskilt ifølge aftale.

Udover hvad der er omtalt i det foreliggende lovforslag, samt i Sundhedsstyrelsens udtalelse af 10. oktober 2007, skal styrelsen gøre opmærksom på et problem vedrørende **lægers anmeldelse af personer, der lider af sådanne sygdomme eller mangler i fysisk eller sjælelig henseende, at de skønnes at udgøre en fare for andre jf. § 44 i Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.** Som lovgivningen er nu kan, der opstå tvivl om hvorvidt mangler i fysisk eller sjælelig henseende som følge af *behandlingen* af sygdommen hører under paragraffen. Det drejer sig især om patienters behandling med trafikfarlige lægemidler, hvor behandlingen skønnes at medføre en nedsat evne til at føre køretøj på forsvarlig vis. Der mangler derudover lovhjemmel til at lægerne kan anmelde direkte til politiet i sager, hvor der kan være fare for trafiksikkerheden, uden at det skal gå igennem embedslægen først.

Sundhedsstyrelsen forslår § 44 omformuleret, så paragraffen fremover bliver: § 44 Kommer en læge i sin virksomhed til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i fysisk eller sjælelig henseende eller behandlingen af sygdommen medfører sådanne mangler, at personen i betragtning af de forhold, hvorunder denne lever eller arbejder, udsætter an-

dres liv eller helbred for nærliggende fare, er lægen forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til vedkommende selv eller om fornødent ved anmeldelse til pågældende embedslæge, Sundhedsstyrelsen eller anden relevant myndighed.”

Side 4
25. februar 2008
Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har drøftet denne mulighed med Rigspolitiet, og de kan anbefale en sådan ændring.

Særligt for så vidt angår **§ 29, stk. 3, i den nuværende lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet, skal Sundhedsstyrelsen foreslå at denne ophæves.** Dette er begrundet i, at den omhandlede indberetningspligt formentlig vil vise sig at være uforenelig med de centrale hensyn i patientforsikringssystemet, ligesom den vil blive uforholdsmæssig ressource-tung at administrere, i forhold til den forventede patientsikkerhedsmæssige gevinst. Sundhedsstyrelsen skal henvise til vedlagte notat, i hvilket ovenstående uddybes nærmere.

Sundhedsstyrelsen har meget få bemærkninger til ændringerne i lovforslaget vedrørende **udvidelse af patient sikkerhedsordningen.**

Vedrørende § 198 stk. 4 er det Sundhedsstyrelsens ønske at bibeholde den nuværende tekst i § 198 stk. 3, se nedenstående med en enkelt rettelse, i stedet for at ændre teksten til det foreslåede.

”Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af en sundhedsfaglig behandling eller ophold på lokaliteter hvor der ydes sundhedsfaglig behandling, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte komplikationer og fejl.”

Særligt vil Sundhedsstyrelsen bemærke, at den nu foreslåede § 200 stk. 2 kan opfattes som upræcis. Sundhedsstyrelsen vil derfor foreslå følgende formulering:

”§ 200 stk. 2 Regionsrådet og kommunalbestyrelsen kan videregive rapporter om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, uden samtykke fra de pågældende, til kliniske databaser og andre registre, hvori der sker registrering af helbredsoplysninger med henblik på dokumentation og kvalitetsudvikling.”

Med venlig hilsen

Eva Bidstrup
Specialkonsulent

Side 5

25. februar 2008

Sundhedsstyrelsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K

Att. Jette Vind Blichfeldt



Høring over forslag til ændring af sundhedsloven, autorisationsloven, klage- og erstatningsloven, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusefællesskab, deres j.nr. 2006-1200-122.

d. 10. oktober 2007
j.nr. 7-107-9/1/EBI

Ved brev af 19. september 2007 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmodet om Sundhedsstyrelsens bemærkninger til flere forslag til lovændringer.

Enhed for Tilsyn
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 7222 7400
Fax 7222 7414
E-post info@sst.dk

1. For så vidt angår forslaget om udvidede udrednings- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge fremsendes Sundhedsstyrelsens bemærkninger hertil særskilt.

Dir. tlf. 7222 7569
E-post eft@sst.dk

2. For så vidt angår indførelse af kontaktpersoner på sygehusene finder Sundhedsstyrelsen lovforslaget hensigtsmæssigt, idet det er styrelsens opfattelse, at udpegning af en eller flere kontaktpersoner til alle patienter indlagt på sygehus i mere end 24 timer vil medvirke til at sikre sammenhæng og kvalitet i patientforløbene på sygehusene. Sundhedsstyrelsen finder det endvidere hensigtsmæssigt, at privathospitaler, -klinikker m.m., der varetager opgaver i forbindelse med det udvidede frie valg, har den samme forpligtelse til at udpege kontaktpersoner.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at de i forslaget beskrevne kontaktpersoner primært har til formål at koordinere indlæggelsesforløbene og at sikre løbende dialog og information af patienten. Ligeledes skal kontaktpersonerne medvirke til at skabe et sammenhængende forløb ved udskrivningen og bør således også stå til rådighed for dialog med patienten efter udskrivningen, ligesom navnet på kontaktpersonen bør videregives til kommunen, hvis patienten efterfølgende har et genoptrænings- eller plejeforløb der.

Sundhedsstyrelsen har ved gennemgangen af sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner bemærket, at man i langt de fleste aftaler har vedtaget kontaktpersonordninger i forbindelse med aftalerne på flere indsatsområder, ligesom man i en række aftaler har vedtaget koordinatore og tovholderfunktioner. En række af disse ordninger er målrettet dialogen mellem de sundhedsprofessionelle, mens andre ordninger er målrettet dialogen mellem patient og den sundhedsprofessionelle.

Sundhedsstyrelsen skal derudover gøre opmærksom på, at i henhold til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, skal regionsrådet og kommunalbestyrelsen hver udpege en kontaktperson med ansvar for koordineringen af genoptræningsforløb i forbindelse med udskrivningen af patienter med et genoptræningsbehov. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at den kontaktperson, som regionen skal udpege i henhold til denne bekendtgørelse, ikke nødvendigvis er den samme kontaktperson som skal udpeges i henhold til den foreslåede lovændring.

Sundhedsstyrelsen finder det derfor hensigtsmæssigt, hvis der skal ske en samtænkning af disse forskellige kontaktperson- og koordinatorordninger.

3. For så vidt angår flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne finder Sundhedsstyrelsen lovændringen hensigtsmæssig, herunder at myndighedsansvaret vedrørende alle tilbud om træning til personer med kroniske sygdomme/handicaps med denne lovændring samles i kommunerne. Sundhedsstyrelsen har ingen bemærkninger til forslaget.

4. For så vidt angår forslaget om præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept har Sundhedsstyrelsen ingen bemærkninger hertil.

5. For så vidt angår forslaget om mulighed for forlænget sagsbehandlingstid i relation til ansøgning om forhøjet tilskud til medicin har Sundhedsstyrelsen ingen bemærkninger hertil.

6. For så vidt angår forslaget om medicinprofilen foreslår Sundhedsstyrelsen, at § 157, stk. 9 affattes således (*ændringer med skrækstrift*):

Stk. 9. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om driften m.v. af registeret og fastsætter herunder nærmere regler om,

1) hvilke oplysninger, der skal registreres i registeret, herunder formkrav til indberetningerne.

2) hvilke personer, der må, og hvilke, der har pligt til at registrere de i 1) nævnte oplysninger.

3) lægers, den kommunale hjemmesygeplejers, tandlægers, apotekeres, apotekspersonales og Sundhedsstyrelsens adgang til elektronisk opslag i registeret i medfør af stk. 2 - 6.

4) lægers, den kommunale hjemmesygeplejers, tandlægers, apotekeres og apotekspersonales pligt til sletning og korrektion af fejlagtigt registrerede oplysninger, herunder formkrav til sådanne korrektioner.

5) lægers pligt til at indberette ændringer i den registrerede behandling ved behandlingsophør og dosisændringer.

6) den registreredes direkte elektroniske adgang til de oplysninger, der er registreret om vedkommende i den personlige elektroniske medicinprofil, og til den maskinelle registrering (logning) af alle anvendelser af de registrerede oplysninger,

7) Lægemiddelstyrelsens adgang til elektroniske opslag i, inddatering af, sletning og korrektion af fejlagtigt registrerede oplysninger, samt videregivelse af oplysninger fra registeret til apotekssystemer, kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer og elektroniske patient-journalsystemer på sygehuse og i lægepraksis.

Side 3
Sundhedsstyrelsen

Der er ændret på rækkefølgen af numrene, så rækkefølgen efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bliver mere logisk, ligesom der er foretaget sproglige ændringer. Den af ministeriet foreslåede nye nummer 4 er blevet til nummer 3 og ændret, da Sundhedsstyrelsen ikke må eller kan inddatere i registeret. Den del af den nye foreslåede nummer 4, der handler om inddatering, er blevet en del af nummer 2 og nummer 4. Der er tilføjet et nyt nummer 5 - og det af ministeriet foreslåede nye nummer 5 er blevet til nummer 7, dog med tilføjelsen 'sletning og korrektion af fejlagtigt registrerede oplysninger'.

Ad 1) Da det er planen at Den Personlige Elektroniske Medicinprofil på sigt skal danne grundlag for et personligt medicinkort for alle borgere i medicinsk behandling, er det efter styrelsens vurdering meget vigtigt at *må* ændres til *skal* indeholde. Det bør fremover være et krav at registeret indeholder de nævnte oplysninger, da det ellers vil medføre en risiko for patientsikkerheden.

Ad 5): Det er efter Sundhedsstyrelsens vurdering af yderste vigtighed, at de læger, der har patienten i behandling, får pligt til at ændre oplysningerne i Den Personlige Elektroniske Medicinprofil, straks der sker ændringer i en eksisterende behandling. Det sker hyppigt, at en patient får ændret doseringen af en eksisterende behandling eller at en påbegyndt behandling må stoppes (seponeres) efter kort tid på grund af manglende virkning eller bivirkninger. I sådanne tilfælde vil patienten ikke indløse en ny recept og ændringerne vil derfor ikke automatisk fremgå af medicinprofilen. Det vil skabe store problemer for patientsikkerheden, hvis ikke det er den til enhver tid gældende behandling, der fremgår af medicinprofilen, når denne skal danne grundlag for medicineringen i både primær og sekundærsektoren. Såfremt det endnu ikke er teknisk muligt for lægerne at ændre i medicinprofilen som foreslået, foreslår Sundhedsstyrelsen, at hjemlen til Lægemiddelstyrelsens videregivelse af oplysninger til omsorgsjournalsystemer, elektroniske patientjournalsystemer mv. udsættes, indtil den tekniske mulighed er tilvejebragt for, at lægerne kan ændre i eksisterende ordinationer, ellers vil man risikere situationer med alvorlige fejlmedicineringer.

7. For så vidt angår forslaget om bemyndigelse til at fastsætte regler om alkoholisbrugerens mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud har Sundhedsstyrelsen ingen bemærkninger til ændringen af §141, hvor der indsættes et stk. 7 vedrørende bemyndigelse til at fastsætte regler om alkoholisbrugerens mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud.

8. For så vidt angår forslaget om præcisering af kredsen af sundhedspersoner, der er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn, sundhedslovens § 215, stk. 1 og 5, skal Sundhedsstyrelsen bemærke følgende:

Ved omformuleringen opnås, som nævnt i bemærkningerne, at det præciseres, at det afgørende for Sundhedsstyrelsens tilsynskompetence er, hvem der har udøvet virksomheden, og ikke i så høj grad hvor denne virksomhedsudøvelse har fundet sted. Sundhedsstyrelsen skal anbefale, at det i bemærkningerne præciseres, at det er arbejdet med patientkontakt, der er udgangspunktet for om en autoriseret sundhedsperson, eller en person der handler på dennes ansvar, er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsynskompetence. Administrativt arbejde som fx ledelse, sagsbehandling, sagkyndige vurderinger af foreliggende skriftligt materiale mv. er således ikke omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed, uagtet at det er en sundhedsperson, der udfører det, dog lige fraset udarbejdelse af sundhedsfaglige instrukser o. lign. til brug for afviklingen af det patientrelaterede arbejde på fx en sygehusafdeling.

Fremover vil der således ikke være tvivl om at sundhedsfaglig virksomhed udøvet af fx sygeplejersker på plejehjem, bosteder for handicappede og sindslidende m.m. er undergivet Sundhedsstyrelsens tilsyn. Faglig virksomhed udøvet af uautoriserede personer, så som lægestuderende, social- og sundhedshjælpere vil også typisk være undergivet Sundhedsstyrelsens tilsyn, idet disse personer sædvanligvis virker på en autoriseret sundhedspersons ansvar. Skulle en del af den udøvede virksomhed vise sig at ligge udover den foretagne delegation, vil det samlede forløb dog i vid udstrækning være omfattet af Sundhedsstyrelsens kompetence. Og uautoriseredes udøvelse af faglig virksomhed vil herudover i nogle tilfælde kunne være omfattet af reglerne om kvaksalveri eller evt. af straffeloven.

9. For så vidt angår forslaget om autoriserede sundhedspersoners adgang til frivillig indskrænkning af virksomhedsområde finder Sundhedsstyrelsen den foreslåede ændring yderst hensigtsmæssig, idet der herved skabes parallelitet i forhold til muligheden for fraskrivelse af den fulde autorisation.

10. For så vidt angår forslaget om lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug skal Sundhedsstyrelsen bemærke, at der med den foreslåede lovændring åbnes op for, at en større kreds af læger end hidtil fremover kan ordinere disse lægemidler. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har siden 1996 arbejdet målrettet på at centrere behandlingen af stofmisbrugere med afhængighedsskabende lægemidler hos få læger med et kommunalt / amtskommunalt ansættelsesforhold, med henblik på blandt andet at få højnet kvaliteten af behandlingen, at få udviklet en specialist viden i behandlingsmiljøet samt forebygge illegal spredning af metadon. Det har i denne sammenhæng været et centralt element, at der var et entydigt ansvar for sammenhængen mellem den lægelige stofmisbrugsbehandling (metadonbehandlingsdelen) og behandlingen af stormisbrugeren i øvrigt (de mere sociale tiltag). Endvidere har der fra centralt hold været fokuseret på at sikre ensartetheden af kvaliteten i behandlingen.

Ved at udvide kredsen af personer, der har mulighed for at træffe beslutning om iværksættelse af medicinsk behandling af stofmisbrugere, skabes risiko for en forringelse af kvaliteten i stofmisbrugsbehandlingen og en større risiko for illegal spredning af metadon. Idet det gøres muligt for alle læger,

(også de som ingen specialviden har om området) at træffe faglige beslutninger om iværksættelse af medicinsk behandling af stofmisbrugere, er der risiko for, at der sker en udvanding af den faglige specialisering og ensartetheden i kvaliteten af behandlingstilbudene landet over. Sundhedsstyrelsen skal derfor meget kraftigt anbefale, at det i alle tilfælde er en læge ansat i den behandlingsansvarlige kommune, der træffer beslutning om iværksættelse af medicinsk stofmisbrugsbehandling, også i de tilfælde, hvor behandlingen udføres på en privat institution. Der bør således ikke ændres ved § 41, stk.1 som foreslået.

Såfremt Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder, at der desuagtet bør ske en lovændring som den foreslåede, skal Sundhedsstyrelsen på det kraftigste henstille, at det i bemærkningerne til loven præciseres, at medicinsk behandling af stofmisbrugere er en lægefaglig opgave, herunder også stillingtagen til behandlingsbehovet. Dette medfører, at såfremt en kommune vælger ikke at have en læge ansat til at visitere stofmisbrugere til forskellige behandlingstilbud, skal alle aspekter af den medicinske stofmisbrugsbehandling overlades til en læge ved regionen/en anden kommune/ privat regi, herunder også visitationen til behandling.

I det omfang en behandlende læge vælger at bruge medhjælp i behandlingen, skal en ansvarlig læge altid være tilgængelig, jfr. de almindelige regler for brug af medhjælp.

Behandlingens kvalitet skal både på de private og på de offentligt drevne behandlingssteder følge Sundhedsstyrelsens faglige vejledninger herom. Ordinationsindberetningerne skal ligeledes fortsat ske for alle personer i behandling, uagtet behandlingen sker i privat eller offentlige regi. Indberetningen sker via kommunen til Sundhedsstyrelsen.

Med henblik på at sikre og udvikle kvaliteten af behandlingen på stofmisbrugsområdet, vil der i de kommende år skulle ske en løbende monitorering af udviklingen. Sundhedsstyrelsen overvejer tillige at gøre området til genstand for en særlig tilsynsindsats.

Det er i den forbindelse vigtigt, at der bliver adgang til at iværksætte samme kontrol og tilsynsforanstaltninger af Sundhedsstyrelsen i forhold til såvel de private institutioner som i forhold til de offentlige. Sundhedsstyrelsen skal på den baggrund anbefale, at der skabes en særskilt lovhjemmel til at foretage tilsyns- og kontrolbesøg i form af husundersøgelser. (Se også omtalen heraf under punkt 12).

11. Med henblik på at skabe yderligere kvalitet og sammen hæng skal Sundhedsstyrelsen herudover foreslå, at ordene ”for en fastsat periode eller” udgår af autorisationslovens § 5, således at muligheden for autorisationsfraskrivelse på tid ophæves.

Sundhedsstyrelsen finder det mindre hensigtsmæssigt, at en sundhedsperson selv afgør hvor længe vedkommende skal være uden autorisation, især i de tilfælde, hvor den frivillige fraskrivelse sker som et alternativ til en autorisationsfratagelse, hvilket i praksis er langt den hyppigste situation. Hvis autorisationsfraskrivelsen er tidsbegrænset vil tilsynsmyndighederne være forpligtiget til at gengive autorisationen til en person, som ikke har været i arbejde i et stykke tid, og om hvem der derfor ikke foreligger nogen udtalelser med hensyn til, hvor egnet eller uegnet vedkommende må anses for at være til at

genoptage arbejdet. Tilsynsmyndighederne kan kun kræve fx en psykiatrisk undersøgelse ved at udstede påbud herom, eller som led i en retssag (kendelse) om autorisationsfratagelse. Udstedelse af påbud kræver, at der er begrundet mistanke om at der aktuelt foreligger en fratagelsesgrund, fx psykisk sygdom eller misbrug. Og hvis der ikke foreligger indberetninger herom igennem længere tid, fx flere år, vil det nok have formodningen mod sig, at man uden videre kan antage, vedkommende fortsat har de problemer, som var aktuelle for år tilbage.

Det vil derfor være hensigtsmæssigt, om bevisbyrden i en generhvervelsessituation blev vendt, således, at det var sundhedspersonen der skulle godtgøre, at der ikke var noget til hindre for at vedkommende generhvervede sin autorisation, og ikke tilsynsmyndighederne der skulle godtgøre, at der var. Sundhedsstyrelsen finder, at der ikke er beskyttelsesværdige hensyn at tage til sundhedspersonernes ret til at fraskrive sig autorisationen med automatisk generhvervelse. Der er således ikke for i øvrigt egnede sundhedspersoner umiddelbart nogle fordele knyttet til retten til tidsbegrænset autorisationsfraskrivelse.

Sundhedsstyrelsen skal derfor foreslå, at ordene ”for en fastsat periode eller” i autorisationslovens § 5, udgår.

12. Ligeledes vil et tiltag vedrørende tilsynsmyndighedernes adgang til udenfor strafferetsplejen at foretage husundersøgelse hos privatpraktiserende sundhedspersoner uden retskendelse være af betydning for udmøntningen af tilsynet. Hidtil er sådanne ”besøg” i fx lægekonsultationer blevet håndteret således, at embedslægerne har fået samtykke/invitation til besøget. Det forventes imidlertid i stigende grad, at Sundhedsstyrelsen er mere opsøgende i sager om sundhedspersoners kritisable faglige adfærd og misbrug, og hvor et øjebliksbillede er af betydning for belysningen af sagens faktiske omstændigheder. Opfølgning på en anmeldelse til embedslægen om en aktuelt påvirket læge, vil fx med fordel kunne følges bedre op, hvis besøg foretages umiddelbart i stedet for at lægen indkaldes til møde i institutionen senere.

I erkendelse af den tvivlsomme adgang for tilsynsmyndighederne til at udføre tilsynet på privat ejendom, er der i forbindelse med indførelse af de nye regler om regulering af kosmetisk virksomhed indsat særskilt hjemmel for Sundhedsstyrelsen til uden retskendelse til at inspicere klinikker hvor autoriserede sundhedspersoner eller disses medhjælp udfører kosmetisk behandling. Sundhedsstyrelsen skal anbefale, at der i forbindelse med det forestående lovforslag præciseres, at Sundhedsstyrelsen i tilsynsøjemed har den fornødne adgang til private lokaler, jfr. ovenstående. Der henvises for en nærmere uddybning til Sundhedsstyrelsens notat af 3. juli 2007 vedrørende denne problemstilling.

13. Reglerne om overdragelse og opbevaring af patientjournaler i forbindelse med, at en autoriseret sundhedsperson ophører med sin virksomhed fremgår af autorisationslovens § 25, stk. 4. På baggrund af den forløbne periode siden autorisationslovens ikrafttræden pr. 1. januar 2007 skal det indledningsvis bemærkes, at erfaringerne til dato viser, at der vil blive tale om opbevaring

af væsentlig flere papir-patientjournaler end forudsat i bemærkningerne til autorisationsloven.

Herudover skal Sundhedsstyrelsen pege på følgende problemstillinger i relation til de nye regler om patientjournalopbevaring:

Side 7

Sundhedsstyrelsen

A): Behov for etablering af videregivelsesordning ved patienters valg/tildeling af ny praktiserende sundhedsperson i forbindelse med praksisophør (samtykkeproblemstilling).

Ifølge overenskomsten på de praktiserende lægers område skal den praktiserende læge, der ophører med at drive praksis, varsle dette (advis) 6 måneder før ophør og give endelig besked om ophør (manglende mulighed for at overdrage) 3 måneder før ophør. Praksisudvalget udarbejder herefter en plan for fordeling af patienterne.

Det foreligger ikke oplyst i hvilket omfang, der eksisterer sådanne formelle advis-ordninger for andre faggrupper.

I praksis er problemet, at der ikke varsles i tide med den konsekvens, at det ikke kan nås at få patienterne "fordelt", og patientjournalerne skal således videregives til Sundhedsstyrelsen/embedslægeinstitutionen.

I den forbindelse skal det bemærkes, at en videregivelse til en ny praktiserende sundhedsperson alene kræver patientens mundtlige samtykke til den hidtidige læge eller til den nye læge, jf. sundhedslovens § 41, stk. 1, jf. § 42, hvorimod en videregivelse fra embedslægeinstitutionen/Sundhedsstyrelsen til en ny praktiserende læge vil skulle ske i overensstemmelse med forvaltningslovens § 27, hvilket som udgangspunkt kræver patientens skriftlige samtykke.

Forslag: For at smidiggøre ordningen, således at patientjournalerne hurtigst muligt befinder sig hos den nye praktiserende læge i overensstemmelse med lovens intentioner, bør der etableres en formaliseret ordning, der sikrer, at patienterne i forbindelse med praksisophør får mulighed for at give samtykke til/sige fra over for, at patientjournalen kan sendes til en ny autoriseret sundhedsperson inden for faggruppen og ikke umiddelbart sendes til embedslægeinstitutionen, hvorfra den så efterfølgende skal rekvireres.

Det bemærkes, at der af hensyn til lovens intentioner om at *sikre* patientjournalen ikke er etableret en ordning, hvor patientjournalen ved praksisophør kan udleveres til patienterne. Patienterne kan i forbindelse med praksisophør bede om aktindsigt.

B): Opbevaringsperiodens længde.

Behov for etablering af videregivelsesordning ved patienters valg/tildeling af ny praktiserende sundhedsperson i forbindelse med praksisophør (samtykkeproblemstilling).

Embedslægeinstitutionerne modtager papirjournaler og edb-journaler fra de praktiserende autoriserede sundhedspersoner (hidtil kun fra praktiserende lægers praksisophør) uanset patientjournalernes alder, dvs. at der også modtages patientjournaler, hvor opbevaringsperioden, jf. bekendtgørelsens § 12, stk. 3, er udløbet.

Ifølge forarbejderne til lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 25 fremgår, at Sundhedsstyrelsen/embedslægeinstitutionerne skal overtage den videre opbevaring af disse journaler ”inden for den pligtige 10 års opbevaringsperiode”.

Det vil medføre et uforholdsmæssigt stort arbejde for den enkelte autoriserede sundhedsperson, hvis patientjournaler skal videregives, at frasortere de patientjournaler, som på tidspunktet for praksisophør har overskredet den 10 årige opbevaringsperiode i medfør af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 25, stk. 1, ligesom en frasortering af sådanne patientjournaler i Sundhedsstyrelsen/embedslægeinstitutionen vil medføre et stort ressourceforbrug.

Forslag: Da opbevaringsperioden på 10 år er en minimums opbevaringstid foreslås det, at opbevaringsperioden i Sundhedsstyrelsen / embedslægeinstitutionen fastsættes til 10 år fra modtagelsen af patientjournalerne (både papir og edb-journaler), med mindre patientjournalerne er videregivet til en anden praktiserende autoriseret sundhedsperson inden for same faggruppe.

Når Sundhedsstyrelsen/embedslægeinstitutionen har opbevaret patientjournalerne i 10 år fra modtagelsen, kan journalerne tilintetgøres.

Dog findes der særlige regler om bevaring og kassation i lov nr. 1050 af 17. december 2002, Arkivloven, og bekendtgørelse nr. 591 af 26. juni 2003 om offentlige arkivalier og om offentlige arkivers virksomhed, og bekendtgørelse nr. 575 af 16. juni 2003 om bevaring og kassation af arkivalier i amtskommunerne.

Ad C): Bør embedslægeinstitutionernes opbevaring af patientjournaler udelukkende omfatte elektroniske patientjournaler?

Lovens bemærkninger synes at forudsætte, at der primært er tale om opbevaring af elektroniske patientjournaler, hvilket ikke stemmer med de hidtidige erfaringer, jf. ovenfor, ligesom størsteparten af patientjournalerne hos andre faggrupper end praktiserende læger formodes at være papirjournaler. Hertil kommer, at der ikke synes at være tvivl om, at de problemer af praktisk art, som knytter sig til embedslægeinstitutionernes forpligtelse til at opbevare patientjournaler i forbindelse med praksisophør, overvejende knytter sig til papirjournalerne, da disse er ressourcekrævende både i relation til plads og i relation til at finde journalerne frem og håndtering i øvrigt.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at de respektive faglige organisationer er enige i det hensigtsmæssige i etablering af en sådan ordning.

Forslag: Lovændring, der udelukkende fastlægger en videregivelse og opbevaring af elektroniske patientjournaler i forbindelse med praksisophør og praksisoverdragelse.

Med venlig hilsen

Eva Bidstrup
Specialkonsulent

NOTAT

15. februar 2008

j.nr. /

På baggrund af den kommende revision af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, skal Sundhedsstyrelsen foreslå at § 29, stk. 3 slettes.

§ 29 stk. 3, lyder:

Stk. 3. Såfremt et regionsråd m.v. efter stk. 1, nr. 5, i gentagne tilfælde har ydet erstatning for skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, private sygehuse m.v., er regionsrådet forpligtet til at indberette dette til Sundhedsstyrelsen med henblik på en vurdering af, hvorvidt der er grundlag for at iværksætte tilsynsmæssige foranstaltninger i medfør af sundhedsloven og lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler for, hvornår indberetning til styrelsen skal foretages.

Tlf.
Fax
E-post info@sst.dk

Dir. tlf.
E-post

Styrelsen har nu igennem en længere periode arbejdet på at realisere indholdet af § 29, stk. 3, og er i den forbindelse stødt på flere forhindringer og u hensigtsmæssigheder.

Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at regionsrådenes udbetalinger hviler på afgørelser fra patientforsikringen, hvis afgørelser er væsentligt forskellige fra afgørelserne i klage- og tilsynssystemet, og som varetager væsentligt forskellige hensyn.

I sager hos patientforsikringen bliver der således ikke taget stilling til, om de involverede sundhedspersoner har lavet fejl i forbindelse med behandlingen, og der placeres ikke et personligt ansvar. Erstatning udløses i medfør af Lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet på et grundlag, der koncentrerer sig om, hvorvidt den skade, som patienten er påført, kan tilskrives behandlingsforløbet. Som det klare udgangspunkt interesserer Patientforsikringen sig således ikke for, om de involverede sundhedspersoner har begået fejl, hvilket rimeligvis bidrager til et vist samarbejde mellem patientforsikringen og de involverede sundhedspersoner.

I de faglige tilsynssager (som de i paragraffen omtalte indberetninger nødvendigvis vil blive en del af) bliver der lagt vægt på, om de involverede sundhedspersoner hver for sig har udvist omhu og samvittighedsfuldhed jf. Autorisationslovens § 17. Hvis Sundhedsstyrelsen finder, at § 17 er overtrådt på en måde, der giver anledning til at kritisere vedkomne vil sagen blive overdraget til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og vil derefter kunne ud-

løse sanktioner i form af påbud, skærpet tilsyn eller hel eller delvis autorisationsfratagelse.

Sundhedsstyrelsen ser en risiko for, at samarbejdet mellem patientforsikringen og sundhedspersonerne vil ændre sig, når erstatningsudløsende behandlingsforløb ved patientforsikringen fører til oprettelse af individuelle ansvarspådragende tilsynssager. Fra Sundhedspersonernes synsvinkel vil forskellen mellem en sag ved patientforsikringen og en faglig tilsynssag hurtigt kunne blive akademisk.

Patientforsikringen har i øvrigt ved brev af 6. juni 2004 givet udtryk for de samme bekymringer og skriver således: "Formålet med denne adskillelse af erstatningssystemet i Patientforsikringen og det disciplinære system i Sundhedsstyrelsen og Patientklagenævnet er at sikre, at risikoen for disciplinære sanktioner ikke skal afskære sundhedspersonerne og institutionerne fra at hjælpe patienterne med at opnå erstatning og i øvrigt medvirke til en åben oplysning af erstatningssagerne. Det har således været af stor betydning for Patientforsikringens omdømme hos særligt lægerne på sygehusene og deres villighed til at oplyse sagerne, at Patientforsikringen er klart adskilt fra klagesystemet, og at Patientforsikringen har kunnet garantere, at Patientforsikringen ikke videregiver konkrete sager og personoplysninger til Sundhedsstyrelsen og Patientklagenævnet".

Hertil kommer, at sundhedspersoner ikke har pligt til at vejlede patienten om muligheden for at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (da dette vil være selvinkriminerende) men dog har pligt til at oplyse patienten om muligheden for at søge erstatning hos patientforsikringen, jf. §§ 23 og 45 i Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Ved realiseringen af § 29, stk. 3, vil pligten til at oplyse patienten om muligheden for at søge erstatning hos patientforsikringen de facto være selvinkriminerende over for Patientklagenævnet, da det jo er her Sundhedsstyrelsens faglige sager bliver afgjort.

Sundhedsstyrelsen mener på den baggrund, at det er vigtigt at beholde adskillelsen af de to systemer.

Sundhedsstyrelsen er ydermere af den opfattelse, at realiseringen af § 29, stk. 3, vil medføre et betydeligt brug af akademiske ressourcer, der formentlig ikke vil stå mål med den forberede patientsikkerhed, som realiseringen vil medføre. I og med at patientforsikringen ikke har fokus på lægefejl, er dette aspekt ikke selvstændigt undersøgt i de sager, som Sundhedsstyrelsen vil modtage fra regionerne.

Sundhedsstyrelsen vil således komme til at stå i situationer, hvor alene indberetningens eksistens skal udløse en mistanke om, at en læge ikke har handlet med omhu og samvittighedsfuldhed. Hvis systemet skal have en berettigelse, vil styrelsen ikke kunne sidde en sådan mistanke overhørig. Styrelsen vil derfor være forpligtiget til af egen drift at oplyse og vurdere de indberettede sager, hvilket vil kræve et betydeligt ressourceforbrug.

Ydermere vil en realisering af § 29, stk. 3, medføre et ekstra behov for ressourcer hos regionerne, hvis tekniske systemer ikke i øjeblikket er indrettet til at finde gentagelsestilmælde. Dette skyldes at Patientklagenævnets sager henføres til patienter, mens de involverede sundhedspersoner kun indirekte

Side 2

15. februar 2008

Sundhedsstyrelsen

er en del af sagen. Regionernes sagshåndtering skal således lægges om med det ene formål at kunne videresende en meget lille del af deres afgørelser.

Side 3

15. februar 2008

Sundhedsstyrelsen



LANDBRUGSRAADET

vedl. v
JVB

Sundhedsudvalget (2. samling)
SUU alm. del - Bilag 210
Offentligt

Medlemmer af Folketingets Sundhedsudvalg
Folketinget
Christiansborg
1240 København K.

25. februar 2008
BJS/KAF
Tlf 3339 4085
kaf@landbrug.dk

Til medlemmerne af Folketingets Sundhedsudvalg

Som det er Sundhedsudvalget bekendt, har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sendt forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven i høring med frist den 22. februar 2008.

Landbrugsraadet har i sagens anledning udarbejdet vedlagte høringssvar, hvoraf det fremgår, at vi er bekymrede over, hvordan de opgaver, Motions- og Ernæringsrådet hidtil har udført, skal varetages fremadrettet i Det nationale forebyggelsesråd.

Med venlig hilsen


Bent Juul Sørensen

Formand for Landbrugsraadets
Udvalg for Fødevarer, Kost og Ernæring

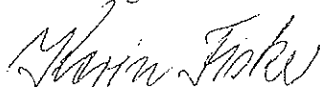
SUM REGSU J.nr. 2006-1200722
- 4 MRS. 2008
amt 221

Således har Motions- og Ernæringsrådet gennem årene udgivet en række rapporter, som har været en væsentlig saglig kilde i ernæringsdebatten, som er et område præget af mange selvbestaltede eksperter.

Motions- og Ernæringsrådet består af uafhængige forsker og eksperter, som tager de ernæringsmæssige problemerstillinger op, som de selv finder relevante. Det har været en styrke, og vi savner således en mere konkret anvisning på, hvordan de opgaver, som Motions- og Ernæringsrådet hidtil har løst, skal varetages fremadrettet.

Motions- og Ernæringsrådet udspringer som bekendt af det private Ernæringsråd som blev oprettet i 1992 på initiativ af den Almene Danske Lægeforening og Danske Mejeriers Fællesorganisation, nu Mejeriforeningen. Rådets drift blev finansieret af Dansk Mejeriers Fællesorganisationer, nu Mejeriforeningen, Danske Slagterier, Kødbranchens Fællesråd, Det Danske Fjerkræsråd, Bageriindustriens Brancheforening og Dansk Erhvervsgartnerforening, nu Dansk Gartneri.

Med venlig hilsen



Karin Fisker

Lis Flødstrup*vedt.*

Fra: Johann Herzog [jha@vfm.dk]
Sendt: 25. februar 2008 10:49
Samtale: svar på høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven mv.
Sendt til: Kontorpost Regional sundhed
Emne: svar på høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven mv.

**VELFÆRDSMINISTERIET**

Departementet, Holmens Kanal 22, 1060 København K
 Tlf. 3392 9300, Fax. 3393 2518, E-mail sm@sm.dk
 JHA/J.nr. 2008-1367

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
 regsu@sum.dk

 25. februar 2008

Velfærdsministeriet har d. 5. februar 2008 modtaget høring fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse over udkast til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang indenfor 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.

Velfærdsministeriet har en enkel bemærkning:

På s. 40 henvises til gældende ret. I de tre sidste afsnit på siden henvises til ministeren for familie- og forbrugeranliggender. Idet Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender ikke længere findes, bør der evt. laves en note om, hvilken minister der nu har ansvaret for Motions- og Ernæringsrådet.

Med venlig hilsen

Johann Herzog

SUM REGSU J.nr.

- 6 MRS. 2008

SUM REGSU J.nr.

akt 169

*2006-1200-122
akt 222*

25-02-2008