

Danmarks Apotekerforening

Bredgade 54 · Postboks 2181 · 1017 København K
Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99
apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk

apotek

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

11-01-2010
HSJ/HSJ/4201/00001

Vedr.: Høring om forslag om lov til ændring af sundhedsloven (målretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har med brev af 18. december 2009 fremsendt udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven. Lovforslaget vedrører en målretning af kontaktpersonordningen, ændring af lovgrundlaget for registreringen af anvendelsen af elektroniske medicinoplysninger om den enkelte borger i Medicinprofilen og det Fælles Medicinkort samt hjemmel til etablering af et nyt vaccinationsregister.

Apotekerforeningen vil i sit høringssvar fokusere på den del af lovforslaget, der vedrører ændringen af lovgrundlaget for registreringen af anvendelsen af borgernes medicinoplysninger i Medicinprofilen/det Fælles Medicinkort.

Det fremgår af lovforslaget, at et væsentligt formål med forslaget er at sikre et tilstrækkeligt og præcist lovgrundlag for etableringen af det Fælles Medicinkort, der er et nyt elektronisk system, som indeholder oplysninger om de enkelte borgeres lægemiddelbehandling, og som kan anvendes af det sundhedsfaglige personale i sundhedssektorens forskellige dele.

Det nye ved det Fælles Medicinkort sammenlignet med Medicinprofilen er ifølge lovforslaget, at sundhedsfagligt personale gennem egne elektroniske journalsystemer kan få direkte adgang til et opdateret medicinskema eller en opdateret medicinoversigt med oplysninger om patientens aktuelle lægemiddelbehandling, når en sådan viden er relevant i forhold til aktuelle behandling.

Det er hensigten, at det Fælles Medicinkort skal være etableret og fuldt udrullet inden udgangen af 2011.

Apotekerforeningen bemærker indledningsvist, at foreningen følger fremdriften i arbejdet med etablering og udrulning af det Fælles Medicinkort, blandt andet gennem en observatørpost i styregruppen for det Fælles Medicinkort.

Det er Apotekerforeningens grundlæggende holdning, at det Fælles Medicinkort ved at etablere det tekniske grundlag for at stille et aktuelt og ajourført datagrundlag om den enkelte borgers medicinering til rådighed for sundhedspersonalet i personalets egne systemer, rummer muligheden for opnå et væsentligt kvalitetsløft i medicineringen og dermed udgøre et vigtigt værktøj til at understøtte patientsikkerheden og det sammen-

hængende patientforløb for medicinske patienter, navnlig i forbindelse med sektorovergange.

Det Fælles Medicinkort er en meget ambitiøs satsning med et budget i størrelsesordenen 227 mio. kr. alene til udrulning af projektets basisdel. Det er imidlertid helt afgørende for, at det Fælles Medicinkort i praksis effektivt vil kunne bidrage til at opnå de ønskede målsætninger om opnåelse af større kvalitet i behandlingen og bedre sammenhæng i forbindelse med f.eks. overgang mellem primær sektor og sygehussektor, at medicinkortet faktisk anvendes af de sundhedspersoner, som har en patient i behandling, dvs. at sundhedspersonerne faktisk foretager opslag i de indberettede data samt indberetter og ajourfører data på grundlag af den valgte og udførte behandling.

Apotekerforeningen finder det i den forbindelse skuffende, at der med det foreliggende lovforslag angiveligt ikke lægges op til, at der fastsættes egentlige krav til de behandlende lægers anvendelse og pligt til indberetning af medicineringsdata til systemet.

Apotekerne har efter lovgivningen i dag en forpligtelse til at indberette oplysninger til Medicinprofilen om samtlige udleveringer af receptordineret medicin på personniveau, som er foretaget på apotekerne. Det indebærer, som det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at der i dag årligt registreres ca. 45 mio. lægemiddelekspeditioner til registret.

Såfremt der ikke tilsvarende stilles udtrykkeligt krav om, at praktiserende læger og speciallæger skal ajourføre ordinationer og medicineringsoplysninger og validere patientens registrerede medicineringsoplysninger, og at sygehuslæger skal indberette og opdatere behandlingsoplysningerne ved udskrivning, vil der blive tale om ufuldkomne og ikke-ajourførte oplysninger i registret. Det Fælles Medicinkort vil dermed ikke kunne indfri den grundlæggende målsætning med systemet om at stille et fuldstændigt og ajourført billede af den enkelte borgers medicineringsoplysninger til rådighed med henblik på at øge kvaliteten og sikkerheden i patientbehandlingen, og værdien af anvendelsen af systemet for alle sundhedspersoner med adgang til systemet vil ikke være optimal.

Måske kan man stille spørgsmålet, om den merværdi i patientbehandlingen, der - i forhold til de eksisterende registre Medicinprofilen og receptserveren - opnås ved at udvikle og udrulle det Fælles Medicinkort, står mål med investeringens størrelse, såfremt der ikke samtidig stilles udtrykkelige krav om anvendelse og indberetning til systemet fra de berørte sundhedspersoner for at sikre en optimal datakvalitet i systemet. Apotekerforeningen opfordrer derfor kraftigt til, at der stilles udtrykkelige og præcise krav til navnlig lægernes anvendelse og indberetning til registret i forbindelse med lovens udmøntning.

Apotekerforeningen har konstateret, at det af lovforslagets bemærkninger fremgår, at det er hensigten med det Fælles Medicinkort, at relevante funktioner i det eksisterende system Medicinprofilen/receptserveren vil skulle overføres til det Fælles Medicinkort, og at det oprindelige Medicinprofil/receptserverssystem på længere sigt derfor forventes at kunne nedlægges.

Apotekerforeningen bemærker hertil, at en nedlæggelse af den eksisterende receptserverteknologi vil indebære, at ordinationsoplysninger herefter vil skulle fremsendes fra lægerne til apotekerne via det Fælles Medicinkort. Der bliver tale om et avanceret online system, som indebærer, at et meget stort antal systemer (lægepraksissystemer, sygehus-systemer, apotekssystemer og omsorgsjournalsystemer) bliver effektivt sammenkoblet og kan kommunikere online.

I forbindelse med indførelsen af receptserveren i 2007 oplevede apotekerne og medicinbrugerne igennem en lang periode efter idriftsættelsen meget store problemer med for-

sinkelser i fremsendelsen af recepter, forlængede svårtider og deciderede systemnedbrud på den centrale server. Det bliver en stor udfordring af sikre sig at det tekniske setup for det Fælles Medicinkort, herunder sundhedsdatanettet, har den tilstrækkelige kapacitet til at håndtere de datamængder, som forudsættes transporteret gennem systemet, så de store tekniske problemer, som idriftsættelsen af receptserveren resulterede i, ikke gentages til stor gene for patienter og de involverede sundhedsprofessionelle. Apotekerforeningen appellerer meget kraftigt til, at en nedlæggelse af den nuværende receptserver ikke foretages, før der er fuld sikkerhed for, at teknologien og teknikken bag det Fælles Medicinkort kan imødekomme kravene til tilfredsstillende dataformidling, herunder svårtider, opetider og generelt driftsstabilitet.

Apotekerforeningen går ud fra, at etableringen af det Fælles Medicinkort og nedlæggelsen af Medicinprofilen indebærer, at apotekerne gennem en direkte snitflade fra medicinkortet til apotekssystemerne får adgang til det fulde datagrundlag i det Fælles Medicinkort i overensstemmelse med det udtrykkelige formål med det Fælles Medicinkort om at etablere adgang til de registrerede data gennem sundhedspersonernes egne systemer. En direkte adgang til medicineringsdata via apotekssystemerne vil indebære en administrativ lettelse for apotekspersonalet og dermed forøgede muligheder for at apotekspersonalet kan nyttiggøre oplysningerne i forbindelse med receptekspeditionen og rådgivningen til gavn for patienterne.

Apotekerforeningen bemærker endvidere, at etableringen af det Fælles Medicinkort rummer muligheden for udvikling af en elektronisk løsning for effektiv kommunikation om dosisdispensering mellem ordinerende læge, udleveringsapotek, pakkeapotek og evt. hjemmepleje. Der eksisterer i dag ikke en elektronisk løsning for dosisdispensering, hvor parterne kommunikerer i et enstrengt system, hvorfor kommunikation er sårbar for fejl. Foreningen opfordrer derfor til, at der snarest muligt igangsættes udviklingen af et elektronisk dosiskort, som oprindeligt forudsat i forbindelse med etableringen af receptserveren, i regi af det Fælles Medicinkort, jf. også gældende bruttoavanceaftale mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Apotekerforeningen.

Med hensyn til de enkelte bestemmelser i lovforslaget foreslås det i nr. 4, at overskriftens præcise henvisning til "Lægemiddelstyrelsens register over Personlige Elektroniske Medicinprofiler - PEM" erstattes af en mere upræcis henvisning til "Lægemiddelstyrelsens elektroniske registrering af borgernes medicinoplysninger". Ministeriets begrundelse for ændringsforslaget er, at sundhedslovens § 157 anvendes som lovgrundlag for både Medicinprofilen og det Fælles Medicinkort.

Tilsvarende foreslås det, at den udtrykkelige henvisning til Medicinprofilen i § 157, stk. 1, fjernes, idet det fremover foreslås fastsat, at "Lægemiddelstyrelsen er ansvarlig for en elektronisk registrering..."

Mens Apotekerforeningen er helt enig i, at lovens nuværende henvisning til Lægemiddelstyrelsens register over Personlige Medicinprofiler (Medicinprofilen) ikke er dækkende for, at sundhedslovens § 157 i praksis udgør lovgrundlaget for både Medicinprofilen, receptserveren og det Fælles Medicinkort, finder foreningen det u hensigtsmæssigt, såfremt det ikke længere udtrykkeligt fremgår af sundhedsloven, præcist hvilket register loven vedrører.

Den foreslåede ordlyd åbner i princippet for Lægemiddelstyrelsens etablering af flere parallelle registre, opdeling af data i forskellige registre osv., Af hensyn til borgernes og brugernes datasikkerhed, gennemskueligheden i lovgivningen og legitimiteten og dermed anvendelsen af systemerne, bør det udtrykkeligt fremgå at loven, at § 157 præcist omhandler netop Medicinprofilen, receptserveren og det Fælles Medicinkort.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse foreslår, at det i § 157, stk. 4, fastsættes, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, at "andre sundhedspersoner" kan få adgang til de oplysninger, der er registreret for en patient, når det er nødvendigt for behandlingen. Det fremgår af lovforslaget, at bemyndigelsen umiddelbart vil blive benyttet til at give tandlæger adgang til systemet, hvilket der allerede med den nuværende lov er adgang til. Ifølge lovforslaget vil det herudover på sigt kunne blive relevant at give andre sundhedspersoner adgang til oplysningerne.

Det fremgår dog ikke af lovforslaget, hvilke "andre sundhedspersoner" det på sigt kan blive relevant at give adgang til medicineringsoplysningerne i Medicinprofilen eller det Fælles Medicinkort, og det oplyses, at der er tale om en "fremtidssikring" af lovforslaget. Apotekerforeningen finder, at den foreslåede udvidelse af bemyndigelsen i § 157, stk. 4, til at omfatte "andre sundhedspersoner" er et væsentligt brud med det hidtidige princip om, at det udtrykkeligt fremgår af sundhedsloven, præcist hvilke sundhedspersoner, der har adgang til de personfølsomme medicineringsoplysninger i Medicinprofilen.

Då der endvidere ikke oplyses at være et aktuelt behov for at udvide den personkreds, som har adgang til oplysningerne i registret, må Apotekerforeningen fraråde den foreslåede udvidelse af bemyndigelsesbestemmelsen.

Apotekerforeningen må endvidere opfatte den foreslåede udvidelse af bemyndigelsen af ministeren i den ny § 157, stk. 6, til at fastsætte regler om, at "andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin til en patient eller håndterer medicinoplysninger, har adgang til de oplysninger, der er registreret om patienten, når dette er nødvendigt for behandlingen", som en fremtidssikring af loven.

Det oplyses, at bemyndigelsen i første omgang vil blive udmøntet ved at fastsætte nærmere regler om, at ansatte i Kriminalforsorgens institutioner, der som led i deres erhverv udleverer medicin til indsatte, kan få adgang til de registrerede oplysninger, når det er nødvendigt for behandlingen af den pågældende patient.

Apotekerforeningen finder imidlertid, at den foreslåede hjemmelsbestemmelse er særdeles bred og i praksis vil sætte meget vide rammer for, hvilke personer der kan gives adgang til medicineringsoplysningerne i Medicinprofilen og det Fælles Medicinkort. Navnlig finder foreningen det meget problematisk, at forslaget med sin ordlyd ikke længere indebærer, at der i loven er en udtrykkelig begrænsning i, at adgangen til oplysninger udelukkende kan omfatte sundhedspersoner.

Tilsvarende mener Apotekerforeningen, at det er problematisk, at der i § 157, stk. 9, nr. 5, foreslås indsat en hjemmel til, at ministeren kan fastsætte regler om, at Lægemiddelstyrelsen kan videregive oplysninger til "andre journalsystemer", uden at disse er præciseret nærmere.

Då der er tale om personfølsomme oplysninger, finder foreningen det yderst vigtigt, at den personkreds, som potentielt kan få adgang til oplysningerne i Medicinprofilen og det Fælles Medicinkort er helt veldefineret og afgrænset til at omfatte konkrete sundhedspersoner. I stedet for at foretage en ikke nærmere begrundet eller velafgrænset adgang til væsentligt at udvide den personkreds, som med lovforslaget vil kunne få adgang til de registrerede medicineringsoplysninger, finder Apotekerforeningen, at det vil være langt mere relevant, at myndighederne gennemfører tiltag, der kan medvirke til en mere systematisk indberetning og anvendelse af registret hos den eksisterende brugerkreds med henblik på at forbedre kvaliteten af lægemiddelbehandlingen, hvilket er formålet med registreringen.

Det foreslås som noget nyt, at der i Medicinprofilen/det Fælles Medicinkort bliver adgang til at registrere "sundhedspersoners instruktioner samt hertil relaterede oplysninger". Det fremgår af bemærkningerne, at der er tale om, at den enkelte læge eller anden sundhedsperson med lovlige adgang til systemet vil kunne registrere, hvilke instrukser i forbindelse med indtagelse af den konkrete medicin, som den pågældende har givet borgeren, herunder oplysninger om dosisændring og ophør m.v.

Apotekerforeningen finder det relevant med adgang til registrering af sådanne instrukser i Medicinprofilen/det Fælles Medicinkort, men foreningen ser et behov for udarbejdelse af fælles retningslinjer og standarder, herunder retningslinjer for anvendelsen af sådanne instrukser, og foreningen opfordrer til, at der tages initiativ til udarbejdelse af nærmere retningslinjer/regler under inddragelse af de relevante parter.

Apotekerforeningen kan tilslutte sig den foreslåede adgang til, at Lægemiddelstyrelsen kan fremfinde medicineringsoplysninger i registret, når dette er relevant for styrelsens behandling af bivirkningsindberetninger.

Med venlig hilsen

Dan Rosenberg Asmussen



Ældremobiliseringens sekretariat, Suomisvej 3, 1927 Frederiksberg C
Tlf. 35 35 26 99 - Fax: 35 35 26 44
e-mail: ae@aeldremobiliseringen.dk
www.aeldremobiliseringen.dk

8. januar 2010

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

Høring om forslag til Lov om ændring af sundhedsloven. Sags nr.: 0909104.

Ældremobiliseringen har med skrivelse af 18. december 2009 modtaget ovennævnte til høring.

Ad ændring af kontaktpersonordningen

Efter at kontaktpersonordningen har fungeret i blot et år, foreslås den nu ændret. Det kaldes målretning af kontaktpersonordningen, og baggrunden er helt klart et ønske om at spare personaleressourcer. Det sker ved at patienter fremover, som hovedregel, skal have tilbudt kontaktperson, hvis behandlingen strækker sig over mere end 2 dage mod nu mere end 1 døgn.

Det er vanskeligt for Ældremobiliseringen at vurdere, om der herved sker en væsentlig forringelse af kontaktpersonordningen; men det vil være rimeligt, om man ikke blot ser på ressourceforbruget, men også spørger patienterne om deres syn på ordningen, før man foretager ændringer.

Ældremobiliseringen foreslår derfor, at man indfører de foreslåede ændringer på forsøgsbasis en række steder, og derefter sammenligner både ressourceforbrug, herunder antal indlæggelsesdage og patienttilfredshed i forbindelse med de to ordninger, og at man derefter beslutter sig.

Såfremt ændringen af kontaktpersonordningen vedtages nu, foreslår Ældremobiliseringen en evaluering inden for 1-2 år. En sådan skal også omfatte en undersøgelse af patienternes oplevelse af ordningen.

Ad elektroniske medicinoplysninger

Ældremobiliseringen ser frem til, at det fælles medicinkort etableres inden udgangen af 2011. Det vil utvivlsomt rigtigt anvendt kunne højne sundhedsindsatsen.

Ad Det Danske Vaccinationsregister

Ældremobiliseringen finder, at det er en god idé, at etablere et vaccinationsregister. Det vil dog nok især være til gavn for de yngre aldersklasser.

Med venlig hilsen

Gitte E. Olsen

Fra: Søren Enggaard Stidsen [SES@pkn.dk]
Sendt: 12. januar 2010 10:58
Til: DEP SJUC Centerpostkasse
Cc: Louise Filt; Peter Bak Mortensen; Søren Enggaard Stidsen
Emne: VS: Høring om udkast til forslag til ændring af sundhedsloven
Vedhæftede filer: Udkast til ændring af sundhedsloven - Høring 18122009 [DOK157971].pdf;
Høringsbrev [DOK143749].pdf; FMKDDV Høringsliste [DOK144415].pdf;
fesdPacket.xml

Til Sundhedsjuridisk Kontor

Jeg skal hermed meddele, at vi i Patientklagenævnet ikke har bemærkninger til lovudkastet til ændring af sundhedsloven.

Med venlig hilsen

Søren Enggaard Stidsen
Chefjurist

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
Frederiksborggade 15
1360 København K
Direkte tlf. 33 38 95 32
E-mail: ses@pkn.dk



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1218 København K
sjuc@sum.dk, lfi@sum

Høring om forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven (*kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og DDV*)

Med henvisning til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses høringsskrivelse af 18. december 2009 (sags nr. 0909104) vedr. ændring af Sundhedsloven skal Lægeforeningen bemærke følgende til de enkelte punkter:

Målbretning af kontaktpersonordningen

Lægeforeningen har noteret den foreslåede ændring, hvorefter kontaktpersonordningen målrettes patienter med behandlingsforløb der strækker sig over mere end 2 dage, men med mulighed for at tilgodese patienter med særlige behov.

Elektroniske medicinoplysninger

Lægeforeningen ser frem til den planlagte implementering af det Fælles Medicinkort, ligesom foreningen varmt støtter de igangsatte initiativer til styrkelse af kvalitetssikringsarbejdet i forbindelse med lægemidlers bivirkninger, jf. den nationale plan for indberetning af lægemidlers bivirkninger.

Lægeforeningen kan på denne baggrund bakke op om de foreslåede ændringer.

I forbindelse med punkt 7 – hvorefter ”ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om at andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin til en patient eller håndterer medicinoplysninger, har adgang til de oplysninger, der er registreret om patienten, når dette er nødvendigt for behandlingen” vil disse regler eksempelvis kunne sikre, at ikke-lægepersonale i de nye akutmodtagelser hurtigt og nemt kan få adgang til opdaterede oplysninger om akutte patienters medicinkøb/forbrug, som med det samme vil kunne journalføres korrekt. Et forhold som vil være forbundet med både patientsikkerhedsmæssige og ressourcemæssige fordele.

I forbindelse med punkt 8 – ”når det er nødvendigt til brug for Lægemiddelstyrelsens behandling af bivirkningsindberetninger” vil den nye mulighed uden tvivl kunne medvirke til at effektivisere sagsbehandlingen i forbindelse med konkrete indberetningssager betydeligt bl.a. i forhold til styrelsens muligheder for at foretage en målrettede overvågning og opfølgning i forhold til det konkrete lægemiddel, jf. også lovforslagets bemærkninger.

Formanden

11. januar 2010

Jr. 2009-805/
ga

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 3544 8216 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: clr@dadl.dk (direkte)
Fax: 3544 8513
www.laeger.dk



Det Danske Vaccinationsregister (DDV)

Lægeforeningen ser ligeledes positivt på oprettelse af et nationalt vaccinationsregister (Det Danske Vaccinationsregister) til brug i forbindelse med behandling af patienter, overvågning af og forskning i brug af vaccinationer i Danmark.

I forhold til den foreslåede personkreds, som har adgang til at benytte DDV, jf. punkt 12 - § 157a, stk. 2 og stk. 3, skal Lægeforeningen pege på, at der givetvis vil være yderligere personalegrupper som f.eks. ansatte i fængsler og døgninstitutioner, der vil kunne have gavn af, at kunne slå op i DDV. Opslag i registeret er eksempelvis relevant, hvis en borger i fængsel eller på institution kommer til skade. Et opslag vil således kunne vise, om personen er vaccinationsdækket mod f.eks. stivkrampe. Opslag vil således kunne medvirke til afklaring af, om der er behov for at søge lægehjælp til den tilskadekomne.

Det fremgår af forslaget, at ministeren vil få hjemmel til at fastsætte pligt til elektronisk at indberette, opdatere og korrigere oplysninger til vaccinationsregistret, herunder fastsætte tekniske krav og formkrav, og at dette vil kunne give anledning til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer.

På den baggrund skal der tages forbehold for at de praktiserende læger via deres overenskomst bliver kompenseret for merarbejde og merudgifter i forbindelse med indberetning til vaccinationsregistret. Ligeledes tages der forbehold for, at de praktiserende læger skal kompenseres for merarbejde og merudgifter i forbindelse med indberetning til og anvendelse af Det Fælles Medicinkort.

Med venlig hilsen

Yves Sales

Fra: Lillian Rasmussen [lr@lif.dk]
Sendt: 11. januar 2010 12:14
Til: DEP SJUC Centerpostkasse
Cc: Louise Filt
Emne: Høring om forslag til Lov om ændring af sundhedsloven - Lifs høringssvar

Til Sundhedsjuridisk Center

Lif takker for muligheden for at kommentere på forslag til Lov om ændring af sundhedsloven.

Lif har ingen bemærkninger til det fremsendte.

Med venlig hilsen

f./Jørgen Clausen

Lillian Rasmussen

Lægemiddel

industri

foreningen

Strødamvej 50A

Postbox 829

DK-2100 København Ø

Tlf. +45 39 27 60 60

Fax +45

Mail

www.lif.dk



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Islands Brygge 39
DK 2300 København S

Rugårdsvej 15, 2.sal
DK 5000 Odense C

www.sdsd.dk

Hørings svar vedr. udkast til ændring af sundhedsloven

Digital Sundhed har modtaget forslaget til ændring af sundhedsloven i høring og har følgende kommentarer til det fremsendte.

Dato: 10. februar 2010
Ansvarlig: Tina Bøgh Sørense
Telefon: 2510
7524SJUCSJUCSJUC
Email: phj@sdsd.dkSJUC

Digital Sundhed ser med tilfredshed, at bestemmelserne i § 157 giver ministeren har mulighed for at fastsætte regler for andre sundhedspersoners/personers adgang til oplysningerne, hvilket efter vores opfattelse tager hensyn til behovet for, at man skal kunne tildele adgangsrettigheder fleksibelt i forhold til den lokale organisation og arbejdstilrettelæggelse.

Dette bør også slå igennem i forhold til indberetningen (§ 157, stk. 9 i den nuværende lov), således, at alle de i stk. 2-6 nævnte personer forpligtes til elektronisk indberetning og korrektion af fejlagtige oplysninger.

Hverken i forhold til Lægemiddelstyrelsens elektroniske registrering af borgernes medicinoplysninger eller til vaccinationsregistret er borgernes ret til at frabede sig elektronisk indhentning af oplysninger beskrevet. Efter vores opfattelse er dette ikke i overensstemmelse med de generelle bestemmelser vedr. elektronisk adgang til patientinformationer (§ 42a) eller med EU's persondatadirektivs § 8, hvor det angives, at behandling af helbredsoplysninger, kræver borgerens udtrykkelige samtykke.

Det er vores opfattelse, at borgeren bør sikres de samme rettigheder i forhold til at frabede sig indsigt i deres medicin- eller vaccinationsoplysninger, som gælder for øvrige helbredsoplysninger, svarende til bestemmelserne i § 42a.

I henhold til § 157, stk. 8, må oplysningerne i registeret anvendes til kvalitetssikring af borgerens medicinering. Denne formulering kan forstås således, at det kun er i direkte forbindelse med den enkelte patients behandling, at kvalitetssikring kan foregå.

En væsentlig del af kvalitetssikringen vedr. medicinering foregår dog ved sammenholdning af medicineringresultater for en større gruppe af patienter eller ved vurdering af arbejdsgangene i forbindelse med medicineringen, hvilket ikke er dækket af de gældende lovbestemmelser vedr. Lægemiddelstyrelsens elektroniske registrering af borgernes medicinoplysninger. Det er, jf. vedlagte notat, vigtigt, at der skabes lovgivningsmæssig hjemmel til den generelle kvalitetssikring.

I § 157a vedr. vaccinationsregisteret er det i stk. 4 angivet, at oplysninger kun må anvendes med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerheden og effekten af borgerens vaccination og anden sundhedsfaglig behandling. Dette er mere omfattende end den tilsvarende bestemmelse vedr. Lægemiddelstyrelsens

elektroniske registrering af borgernes medicinoplysninger (§ 157, stk. 8, der bliver stk. 9). Det vil være hensigtsmæssigt, at lovbestemmelserne gøres ens, således at også informationerne i Lægemiddelstyrelsens register kan anvendes til sundhedsfaglig behandling.

På samme måde mener vi, at der bør være overensstemmelse mellem, hvilke personer, der kan få adgang til oplysningerne jf. § 157 og § 157a, dvs. at der også i § 157a skal være mulighed for, at ministeren kan give andre sundhedspersoner eller andre personer, der som led i deres erhverv har brug for informationerne, adgang.

§ 157, stk. 5, angiver, at apotekere og apotekspersonale har adgang til oplysninger, der er registreret om ordinationer, når adgangen er nødvendig for ekspedition af ordinationen. I dag yder mange apoteker den service over for borgerne, at de kan få foretaget en medicingennemgang. Det vil være hensigtsmæssigt, at apotekerne anvender det Fælles Medicinkort i forbindelse med denne service, og stk. 5 bør derfor efter "ekspedition af ordinationen" tilføjes "eller i forbindelse med rådgivning om lægemiddelbrug".

§157, stk. 9 (som bliver stk. 10), nr. 3 bør "den personlige elektroniske medicinprofil" erstattes med "registeret".

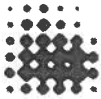
I § 157 stk. 9 (som bliver stk. 10), nr. 4 bør "lægers, den kommunale hjemme-sygeplejes ..." erstattes med "de i stk. 2-6 nævnte personers".

Digital Sundhed ser med tilfredshed, at der med stk. 9 (som bliver stk. 10), nr. 5 bliver mulighed for, at ministeren fastsætter nærmere regler for videregivelse af oplysninger fra registeret til andre systemer. I den forbindelse vil vi gerne pege på, at det er vigtigt, at man ved udarbejdelsen af reglerne sikrer, at lægernes arbejdsgange understøttes optimalt, særligt i situationer, hvor de arbejder under tidspres, og derfor har behov for at kunne tilgå nødvendig information umiddelbart.

Endelig vil vi gerne pege på, at der som opfølgning på de nye lovbestemmelser generelt er behov for en revision af de underliggende bekendtgørelser, f.eks. vedr. lægens medhjælp.

Med venlig hilsen

Pia Jespersen
Specialkonsulent
Digital Sundhed



Dataudtræk fra FMK

Problemstilling

En central forudsætning for at høste gevinsterne ved FMK er, at FMK rent faktisk benyttes hensigtsmæssigt i forbindelse med nogle få nøglearbejdsgange. Adgang til viden, om hvorledes FMK konkret benyttes, er dermed i høj grad relevant for at planlægge og gennemføre en hensigtsmæssig implementering af FMK. Det gør adgang til denne viden af central betydning både for lokale kvalitetsansvarlige, der er ansvarlige for den lokale implementeringsindsats, og for Digital Sundhed, der har til opgave at koordinere den nationale implementeringsindsats.

At måle hvorvidt FMK benyttes hensigtsmæssigt forudsætter imidlertid muligheden for at lave forespørgsler i FMKs database eller en kopi heraf (i det følgende benævnt datawarehouse) på baggrund af konkrete patienters kontakt med sygehuse. Da den entydige identifikator for en patient er dennes CPR-nummer, rejser sig spørgsmål om, hvilke oplysninger der ønskes fremsøgt, om de er personhenførbare, samt hvad oplysninger skal bruges til. Disse tre spørgsmål vil være omdrejningspunktet i den følgende beskrivelse af behov for dataudtræk.

To behov – en løsning

Både Digital Sundhed og lokale kvalitetsansvarlige på sygehusene har behov for at vide, hvordan FMK bruges.

For de *kvalitetsansvarliges* vedkommende kredser interessen især om, hvorvidt FMK er benyttet hensigtsmæssigt i forbindelse med nogle få specificerede arbejdsgange. Med hensigtsmæssigt menes, at FMK er benyttet på det tidspunkt i arbejdsgangene, det forventedes. Som behovet her formuleres har den kvalitetsansvarlige *ikke behov for at kende til de konkrete medicinoplysninger fra patientens medicinkort*, men derimod kendskab til de handlinger, der er foretaget på patientens medicinkort. Dermed opstår efter Digital Sundheds vurdering et klart skel mellem de udtræk, der ønskes fra Datawarehouse og de personlige medicinoplysninger på patientens medicinkort i FMK.

Dette skel kan videre tydeliggøres i det, at den kvalitetsansvarlige ikke umiddelbart er interesseret i oplysninger på den enkelte patient, i det en enkelt patient ikke er repræsentativ for afdelingens patienter. Der vil derfor typisk være tale om forespørgsler på en gruppe af flere patienter samtidigt, hvor selve udtrækket derved bliver det generelle billede af handlinger foretaget på gruppen af patienter. Dermed opnår den kvalitetsansvarlige et skarpere skel mellem de konkrete medicinoplysninger for en given patient og dataudtræk.

Dette forhold kan illustreres med et eksempel. Den kvalitetsansvarlige på et sygehus kan fx være interesseret i, om der i forbindelse med selve indlæg-

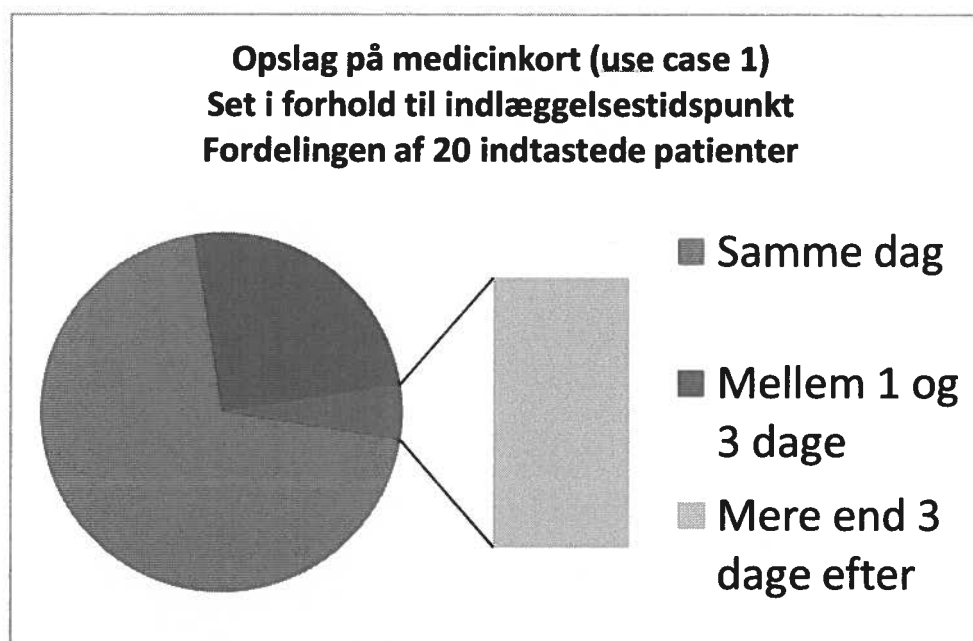
Dato: 15. november 2009

Michel Sassene

Tlf. 25 10 75 88

Email: mjsa@sdsd.dk

gelsen af patienter på et sengeafsnit laves opslag på patienternes medicinkort. For at få et repræsentativt udsnit af de patienter, der er i behandling på afdelingen vil den kvalitetsansvarlige typisk lave journalaudit, hvor flere tilfældige patienter udvælges. Den kvalitetsansvarlige identificerer indlæggelsestidspunkter for de – lad os for eksemplets skyld sige tyve patienter, der laves audit over. Den kvalitetsansvarlige ønsker nu at vide, hvor gode personalet har været til at lave opslag på FMK i forbindelse med selve indlæggelsen – og altså ikke fx 20 dage senere. Den kvalitetsansvarlige forespørger derefter i Datawarehouse't vedr. *fordelingen af opslag* for den samlede gruppe af patienter, der er udvalgt i forbindelse med journalauditten. Dvs. den kvalitetsansvarlige ønsker at vide, hvordan den tidsmæssige fordeling af opslag på medicinkort (use case 1) er for en specifik gruppe patienter, som enten aktuelt er eller tidligere har været indlagt på den givne afdeling. Udtrækker, som Datawarehouse't returnerer, kunne se ud som illustreret nedenfor.



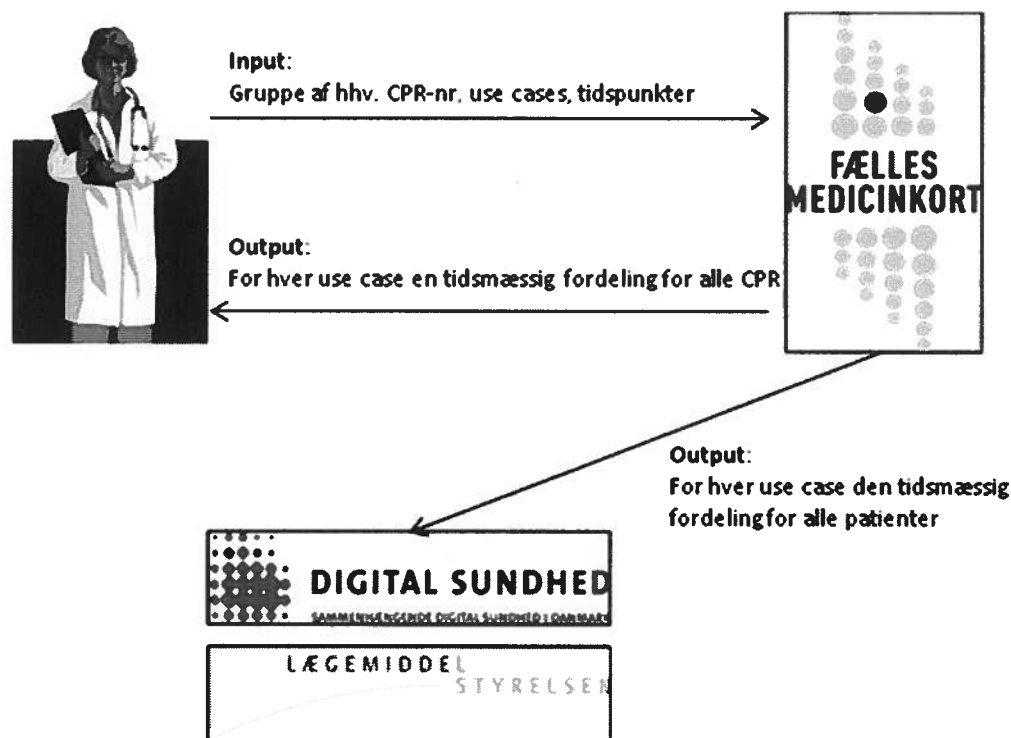
I eksemplet er input til Datawarehouse't et antal CPR-numre og tidspunkter samt en given use case – her "Opslag på medicinkort". Output bliver følgende en tidsmæssig fordeling for den givne use case for alle de patienter, der er blevet givet som input. Det er værd at bemærke, at der *ikke* er behov for, at CPR-numrene returneres – hverken for patienter eller behandlere.

Data, der fremsøges og returneres er altså information om, hvilke handlinger der er foretaget, og dermed ikke følsomme medicinoplysninger; ej heller er de direkte personhenførbare, i det at oplysningerne om handlingerne returneres aggregeret som fordelinger. Dermed har vi tilnærmet os en besvarelse af de to første spørgsmål værende, hvilke oplysninger der søges, samt om de er personhenførbare. Tilbage står spørgsmålet, hvad oplysninger skal bruges til.

Den enkelte kvalitetsansvarlige kan på baggrund af de data, der udtrækkes, sige noget om kvaliteten i de reelle arbejdsgange vedr. medicinoplysninger. På den måde bliver det muligt for de kvalitetsansvarlige at optimere indsatsen for den organisatoriske implementering. Det bliver ligeledes muligt at monitorere i forhold til flere af standarderne i Den Danske Kvalitets Model.

Også fra centralt hold er det interessant at kende til disse oplysninger, da de i høj grad kan fortælle noget om værdien ved FMK. Fx kan Digital Sundhed og Lægemiddelstyrelsen have en interesse i at kende brugen af FMK nationalt set. Dvs. på baggrund af de data, som lokale kvalitetsansvarlige har indtastet, at se hvordan der reelt arbejdes med FMK. Disse data kan bl.a. bruges til, at estimere potentielle gevinster ved FMK.

Data, som skal trækkes nationalt fra, er selvfølgelig aggregerede data uden CPR-numre. Data her beror udelukkende på de data, som de kvalitetsansvarlige rundt om i landet har indtastet. Dataflowet i den samlede løsning kan ses illustreret i nedenfor.



Opsummering

Vi kan nu opsummere som følger. De data, der ønskes udtrukket fra FMK, er aggregerede data over de handlinger, der er foretaget i FMK hhv. for en specifik gruppe patienter (den kvalitetsansvarlige) og nationalt set (Digital Sundhed). Dermed er der ikke tale om udtræk af konkrete medicinoplysninger; ej heller er der behov om direkte personhenførbare data i det, at oplysninger kan aggregeres i selve udtrækket. Endeligt kan vi sige om anvendelsen, at det skal bruges til lokalt kvalitetsarbejde, samt til at monitorere og tilskynde den nationale udbredelse af FMK.



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

7. januar 2010
10.007/KL

Høring om forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (*Målrkning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister*)

Farmakonombforeningen har haft ovennævnte lovforslag i høring og takker for muligheden for at komme med vores kommentarer.

Farmakonombforeningen mener, at brugen af elektroniske medicinoplysninger er en vigtig del af arbejdet med lægemiddelsikkerhed blandt danske medicinbrugere. Vi støtter derfor op om forslaget om, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at andre sundhedspersoner kan have adgang til de elektroniske medicinoplysninger (§157, stk. 4).

Vi er ligeledes tilfredse med, at Lægemiddelstyrelsen som led i sit arbejde for at kortlægge bivirkninger ved medicin og overvåge lægemiddelforbruget i Danmark kan bruge de elektroniske medicinoplysninger til at indsamle informationer, når det er nødvendigt.

Farmakonombforeningen har ikke yderligere kommentarer til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Susanne Engstrøm
formand



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Sendt pr. e-mail til SJUC@sum.dk og lfi@sum.dk

Den 4. januar 2010
Ref.
D.nr.2006/00269-103

Høring om forslag til Lov om ændring af sundhedsloven

Det Centrale Handicapråd takker for modtagelsen af ovennævnte høring. Det Centrale Handicapråd har følgende bemærkninger vedrørende målretning af kontaktpersonordningen (§ 90 a):

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at den enkelte kontaktpersons opgaver og funktioner afhænger af det enkelte patientforløb, herunder behandlingens kompleksitet, indlæggelsens varighed og antallet af ambulante besøg.

Det Centrale Handicapråd ønsker at henlede opmærksomheden på, at behovet for en kontaktperson ikke udelukkende bør afhænge af kompleksiteten eller varigheden af behandlingen, men også bør afhænge af behovet hos den enkelte patient. Hvad der for nogle således kan forekomme som simple og/eller kortvarige forløb, kan for mennesker med funktionsnedsættelser være en stor udfordring. Eksempelvis kan kommunikationsvanskeligheder på grund af en funktionsnedsættelse eller manglende fysisk tilgængelighed til en afdeling hindrer den sammenhæng i et patientforløb, som det netop er kontaktpersonens funktions at sikre.

Det Centrale Handicapråd vil derfor opfordre til, at der ved en nærmere fastsættelse af regler efter § 90 a stk. 3 om, hvilke patientgrupper der skal tilbydes en kontaktperson, lægges op til, at det er den enkelte patients behov, der er afgørende for tilbuddet om kontaktperson.

Med venlig hilsen

Det Centrale Handicapråd
Signe Stensgaard

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

8. januar 2010

SJUC@sum.dk; lfi@sum.dk

Høringssvar fra Ældre Sagen om forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven (målretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister)

Kontaktpersonordningen

Formålet med kontaktpersonordningen er at sikre information, sammenhæng og tryghed under indlæggelse. Med den nye målretning af ordningen ændres kriterierne for tildeling af kontaktperson ved at hæve tidsgrænsen for tildeling af en kontaktperson fra ét til to døgn.

Ældre Sagen anerkender, at det kan være hensigtsmæssigt, at helt korte, ukomplicerede indlæggelser fritages for kravet om en kontaktperson. Vi er imidlertid betænkelige ved, at ændringen af kontaktpersonordningen alene sker på tidskriteriet, idet der fortsat er stort behov for at tilvejebringe sammenhængende patientforløb, særligt for ældre medicinske patienter, hvorfor der kan være behov for en kontaktperson også ved kortere indlæggelser.

Ældre Sagen efterlyser derfor helt klare og præcise retningslinjer for, hvornår "særlige behov" kan gøre, at en patient tildeles en kontaktperson, selvom behandlingsforløbet kun strækker sig over 1-2 dage. Ældre Sagen anbefaler, at ældre medicinske patienter i alle tilfælde sikres en kontaktperson straks efter indlæggelse. Der efterlyses ligeledes klare kriterier for, i hvilke tilfælde sundhedsprofessionelle skal kunne fravige kriterierne og tildele kontaktpersoner, når faglige hensyn taler derfor. Ældre Sagen ser gerne, at alle patienter med et kompliceret sygdomsbillede tildeles kontaktperson også ved indlæggelser kortere end 2 dage..

Særligt i overgangen fra hospital til kommune er der behov for bedre sammenhæng. Ældre Sagen efterlyser, at den kommunale sektor medtænkes i behandlingsforløbet og anbefaler, at følge-hjem-ordningen, som netop er iværksat i Region Hovedstaden, skrives ind i Sundhedsloven. Ligeledes er der belæg for, at ringe-hjem-ordning og følge-op-ordning (med praktiserende læger) har stor betydning for sammenhængende patientforløb og forebyggelse af genindlæggelser. Det anbefales derfor ligeledes at iværksætte disse ordninger.

Set i lyset af Kvalitetsreformens vision om at skabe bedre kvalitet i de offentlige ydelser, bl.a. via kontaktpersonordningen finder Ældre Sagen, at den forudsatte besparelse på 11,6 mio. kr. bør anvendes til at sikre sammenhængende patientforløb mellem hospital og kommune.

Elektroniske medicinoplysninger

Ældre Sagen hilser det velkomment, at medicinoplysninger fremover kan deles elektronisk. Dette vil give bedre grundlag for at skabe sammenhæng i behandlingsforløb mellem forskellige sektorer. De elektroniske data må naturligvis opbevares og forvaltes sikkert og forsvarligt, og Ældre Sagen har tillid til at Lægemedelstyrelsen som dataansvarlig for medicinoplysninger vil sikre såvel borgernes retssikkerhed som relevante personers adgang til oplysningerne.

Det Danske Vaccinationsregister

Ældre Sagen har ingen kommentarer til denne del af lovforslaget.

Venlig hilsen
Ældre Sagen

Bjarne Hastrup
Administrerende direktør

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
Att.: Louise Filt
1216 København K

11.01.2010

**Svar på høring om forslag til lov om ændring af sundhedsloven
(elektroniske medicinoplysninger).**

Ref.: 09-0500

Pharmadanmark
Rygårds Alle 1
2900 Hellerup

Telefon 3946 3600
Direkte 3946 3624

Fax 3946 3639

ksc@pharmadanmark.dk
pharmadanmark.dk

Pharmadanmark takker for muligheden for at kommentere på forslaget til ændring af sundhedsloven omkring adgang til Lægemiddelstyrelsens elektroniske registrering af borgernes medicinoplysninger.

Vi anser det som en forbedring af lægemiddelsikkerheden at Lægemiddelstyrelsen får mulighed for at tilgå oplysningerne i registret i forbindelse med behandlingen af bivirkningsindberetninger.

Det er vores anbefaling, at loven nævner alle kendte faggrupper, som i deres virke kan gavne patienterne ved at have adgang til registret. For Pharmadanmark handler det primært om at sikre adgangen for kliniske farmaceuter på hospitalerne, som er specialiseret i vurdering af den medicinske behandling, herunder interaktionskontrol. Uden adgang til lægemiddeloplysningerne, vil de kliniske farmaceuter ikke være i stand til at bidrage til optimeringen af den medicinske behandling, som ellers ville være mulig.

Med venlig hilsen

Kian Schmücker Conteh
Konsulent i lægemiddelfaglige spørgsmål



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

Holmens Kanal 22
1060 København K

11. januar 2010

Tlf. 3392 4704
Fax. 3392 9205
www.udsatte.dk
E-mail: post@udsatte.dk
BAW/ J.nr. 2009-8691

Høringssvar om forslag til ændring af sundhedsloven (Måltretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister)

Rådet for Socialt Udsatte har gennemgået lovforslaget og har nogle bemærkninger vedr. kontaktpersonordningen og de elektroniske medicinoplysninger.

Kontaktpersonordningen

Rådet er som udgangspunkt enig i, at det sundhedsfaglige personale skal have de nødvendige forudsætninger for at løse kerneopgaven, som er diagnosticering, udredning og behandling af sygdomsforløb.

I nogle kortvarige og ukomplicerede sygdomsforløb vil det derfor ikke være en optimal udnyttelse af ressourcerne at tilknytte en kontaktperson til patienterne. Rådet er enig i dette.

Lovforslaget giver mulighed for, at regionsrådet kan tilbyde en eller flere kontaktpersoner til en patient, hvis patienten har særligt behov for det, selv om behandlingsforløbet kun strækker sig over 1-2 dage. Af bemærkningerne fremgår, at der først og fremmest tænkes på visse kronikere og mennesker med livstruende sygdomme.

Rådet vil anbefale, at det af bemærkningerne fremgår, at udsatte grupper som sindslidende, hjemløse, misbrugere mv. kan have brug for en kontaktperson også under kortere behandlingsforløb, og at kontaktpersonen skal sikre den fornødne sammenhæng og koordination med den sociale indsats, som der kan være behov for.

Borgeres elektroniske medicinoplysninger

Lovforslaget giver ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler for at andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin til en patient eller håndterer medicinoplysninger, har adgang til de oplysninger, der er registreret om patienten, når dette er nødvendigt for behandlingen.

I bemærkningerne nævnes ansatte i kriminalforsorgen som eksempel på medarbejdere hvor bestemmelsen kan have relevans. Rådet foreslår, at det fremgår af bemærkningerne, at bestemmelsen også vil kunne finde anvendelse

delse for medarbejdere på botilbud efter serviceloven og tilsvarende boliger efter almenboligloven, hvor udsatte grupper som sindslidende, hjemløse, misbrugere mv. har ophold.

Med venlig hilsen



Bjørn West
Rådets sekretariat

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sundhedsjuridisk Center, SJUC@sum.dk

Kopi: Louise Filt, lfi@sum.dk

Sine Jensen
Dok. 90047/ps

12. januar 2010

Sundhedsloven

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 18. december 2009 sendt udkast til forslag til ændring af sundhedsloven (målretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister) i høring.

Kontaktpersonordning bør være grænseoverskridende

Forbrugerrådet har tidligere påpeget, at kontaktpersonordningen vil være en klar forbedring i sundhedsvæsenet. Mange fejl opstår som følge af et dårligt fungerende samarbejde mellem social- og sundhedssektorerne. Vi mener, at beskrivelsen af kontaktpersonens rolle i samarbejdet mellem sygehus og kommuner bør fremstå langt klarere og udvides til også at omfatte både primær og sekundær sundhedsbehandling. Den aktuelle ændring af kriterierne for at få tildelt en kontaktperson (fra indlæggelse i 1 døgn til behandling over 2 dage) vil fortsat ikke sikre patienterne et sammenhængende behandlingsforløb.

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

Sikkerheden på Det Fælles Medicinkort og Det Danske Vaccineregister skal følges nøje

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

Fiolstræde 17
Postboks 2188
DK-1017 København K

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

side er der tale om personfølsomme oplysninger, der skal håndteres med fortrolighed og respekt af sundhedsvæsenet.

Forbrugerrådet finder det yderst fornuftigt at registrere vaccinationer (vaccineforbruget) i Danmark. Børnevaccinationsprogrammet er for nylig blevet udvidet med vaccine mod HPV, som er en meget ny vaccine, der netop bør overvåges omhyggeligt i forhold til bivirkninger og interaktioner.

Samtidig undrer det os, at man vil have endnu et register til medicinoplysninger ud over Medicinprofilen og Det Fælles Medicinkort. Vi frygter, at 3 registre vil gøre det fuldstændigt umuligt for både patienter og behandlere at få overblik over medicinforbruget og dermed også utilsigtede interaktioner og bivirkninger. Særligt akutsituationer bruges ofte som argument for yderligere registrering, men hvis læger netop i akutte situationer skal tjekke flere registre, så kan det i høj grad forværre patientsikkerheden. Vi mener, at vacciner bør være en integreret del af Det Fælles Medicinkort og ikke et selvstændigt register.

Ansvar for overvågningen af registret kunne med fordel placeres i Lægemiddelstyrelsen, som de andre registre på lægemiddelområdet. Vi mener, at overblikket over netop bivirkninger og interaktioner kan gå tabt, hvis det skal deles mellem flere offentlige institutioner.

Endelig er det vigtigt for Forbrugerrådet, at det Det Danske Vaccineregister ikke bliver misbrugt til at tage kontakt til borgere, som ikke ønsker vaccine. Sundheds- og forebyggelsesministeren har tidligere udtalt følgende:

”Men ifølge ministeren kan det også blive et værktøj, som lægerne kan anvende til at indkalde de familier, som udebliver fra undersøgelserne.¹”

Vi ser frem til en afklaring af, om sundheds- og forebyggelsesministeren vil melde ud, om registeret skal bruges til at indkalde de borgere, der ikke har fulgt det anbefalede vaccinationsprogram.

Med venlig hilsen

Mette Boye
Afdelingschef

Sine Jensen
Sundhedspolitisk medarbejder

¹ Anne Nyhus og Flemming Steen Pedersen, Berlingske Tidende, 2. september 2009

DET ETISKE RÅD

Til

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 11.1.2010

J.nr.: 0909652

UH

Vedrørende høring om forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Målretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister).

Det Etiske Råd takker for modtagelsen af ovennævnte i høring.

Høringen blev modtaget i Rådet umiddelbart før jul, og Rådet finder høringsfristen urimelig kort. Rådet vil senere på et møde drøfte lovudkastet og vil derefter eventuelt komme med en udtalelse om de problematikker, som lovudkastet rejser i forhold til især privatlivsbeskyttelse.

Det Etiske Råd har særligt noteret sig, at adgangen til elektroniske medicinoplysninger igen udvides.

Rådet anerkender, at registrering og anvendelse af medicinoplysninger er et vigtigt redskab til at forebygge medicineringsfejl og uhensigtsmæssig medicinering af bl.a. ældre patienter. Registreringerne kan være til gavn for både patientsikkerheden og behandlingskvaliteten.

Den Personlige Elektroniske Medicinprofil blev etableret i 2003. I 2004 blev der indført hjemmel til, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at den kommunale hjemmesygepleje kan få adgang til de oplysninger, der er registreret om en patient, når dette er relevant for behandlings- eller plejeopgaven. I 2006 fik læger adgang til forud definerede overbliksbilleder, tandlæger fik adgang til registret, og

Ravnsborggade 2-4, 2200 København N

+ 45 35 37 58 33 - info@etiskraad.dk - www.etiskraad.dk

EAN-nr: 5798000362109 - CVR-nr: 11806619

Sundhedsstyrelsen fik adgang som led i tilsyn af lægers ordinationsmønster/praksis. I 2008 blev der etableret hjemmel til, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler og de elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis. I 2009 blev der etableret adgang til Lægemiddelstyrelsens videregivelse af oplysninger om ordinationer af antipsykotika til Sundhedsstyrelsen, og kredsen af læger, der har adgang til dannelse af overblikbilleder i medicinprofilen, blev udvidet til også at omfatte praktiserende speciallæger.

Det Ethiske Råd fremført bl.a. i sit høringssvar i 2008, at "Rådets holdning er derfor, at man med det fremsendte lovforslag er ved at bevæge sig ud på en glidebane, hvor sundhedsvæsenets eget behov for let adgang til informationer og et mere generelt ønske om effektivitet i sundhedsvæsenet i stigende grad opprioriteres på bekostning af patientens ret til selvbestemmelse og privathed. En sådan udvikling finder Det Ethiske Råd særdeles uheldig og betænkelig".

Rådet kan nu konstatere, at adgangen til registrets oplysninger igen udvides med hjemmel til at inddrage en bred kreds af sundhedspersoner samt personer der har med medicinudlevering at gøre. Ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges tillige til at fastsætte nærmere regler om videregivelse af oplysninger fra de registrerede medicinoplysninger til andre journalssystemer indeholdende patientoplysninger. Informationer om den enkeltes medicinforbrug kan give meget intime oplysninger om personligheden: hvilke sygdomme og lidelser man dør med, hvilke stærke og svage sider man har, hvilke problemer man oplever, og hvordan man håndterer dem, osv. Sådanne oplysninger handler om helbred, livskriser, seksualitet, etc., og denne type oplysninger må derfor betegnes som stærkt personfølsomme i den forstand, at de giver et meget intimt billede af personen, helt ind til krop og sjæl. Det er åbenlyst, at adgang til sådanne oplysninger kan få fatale konsekvenser for den enkelte, da det billede, som dannes af personen, har betydning for, hvordan modtageren af informationerne opfatter personen og behandler personen. Efterhånden som kredsen af personer, der har adgang til sådanne registrerede oplysninger udvides, kan det være nærmest umuligt at undgå, at f.eks. personer i patientens nærmiljø får indsigt hertil. Rådet finder derfor, at det faktum, at en stadig større personkreds får adgang til sådanne stærkt personfølsomme oplysninger er en meget uheldig udvikling.

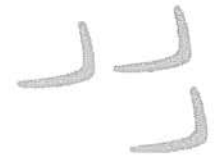
Det skal endelig nævnes, at Det Ethiske Råd har en igangværende arbejdsgruppe, som arbejder med sådanne emner, og Rådet forventer – antagelig sidst på året – at udgive en

redegørelse om anvendelse af it i sundhedsvæsenet, særligt i relation til beskyttelsen af oplysninger om medicinforbrug.

Med venlig hilsen
På Det Ethiske Råds vegne

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

Peder Agger
Formand



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

Sendt til: SJUC@sum.dk og lfi@sum.dk

13. januar 2010

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

E-post
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

J.nr. 2009-112-0260
Sagsbehandler
Astrid Gade
Direkte 3319 3236

**Vedrørende høring om forslag til lov om ændring af sundhedsloven
(Målretning af kontaktpersonsordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister)**

Ved e-post af 18. december 2009 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet om Datatilsynets eventuelle bemærkninger til forslag til lov om ændring af sundhedsloven.

Datatilsynet skal i den anledning fremkomme med følgende bemærkninger til ændringerne vedrørende Lægemiddelstyrelsens elektroniske registrering af borgernes medicinoplysninger samt Det Danske Vaccinationsregister.

1. Lægemiddelstyrelsens elektroniske registrering af borgernes medicinoplysninger

1.1.1. Med den foreslåede ændring i sundhedslovens § 157, stk. 4, og stk. 5, [§ 1, nr. 6 og nr. 7] udvides bemyndigelsesbestemmelsen således, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om, at andre end de i lovens § 157, stk. 2 og 3, nævnte persongrupper i sundhedssektoren, kan få adgang til de fælles medicindata.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger til den foreslåede § 157, stk. 4, at bemyndigelsen her og nu vil blive udnyttet til at fastsætte regler om, at tandlæger kan få adgang til de registrerede oplysninger. Det fremgår endvidere, at udvidelsen af bemyndigelsen skal ses som en fremtidssikring af mulighederne for at fastsætte, hvilke persongrupper i sundhedssektoren, der kan få adgang til systemet.

I de specielle bemærkninger er bl.a. anført, at ved afvejningen af hvilke sundhedspersoner, der vil skulle have adgang til systemet, vil der blive foretaget en nøje afvejning af på den ene side hensynet til, at oplysningerne i systemet er følsomme oplysninger, der i videst mulig omfang skal beskyttes, og på den anden side hensynet til at sikre en høj kvalitet i lægemiddelbehandlingen.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger til den foreslåede § 157, stk. 5, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler om, at andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin til en patient eller håndterer medicinoplysninger, har adgang til de oplysninger, der

er registreret om patienten, når dette er nødvendigt for behandlingen. Bemyndigelsen vil blive udmøntet ved at fastsætte nærmere regler om, at ansatte i Kriminalforsorgens institutioner, der som led i deres erhverv, udleverer medicin til indsatte, kan få adgang til de registrerede oplysninger, når det er nødvendigt for behandlingen af den pågældende patient.

1.1.2. Datatilsynet lægger til grund, at udvidelsen af bemyndigelsen alene vedrører fastsættelsen af kredsen af personer, der kan tilgå oplysninger. Der er således ikke tale om ændringer af omfanget af de oplysningerne, der kan registreres i systemet, eller fristen for sletning af de registrerede oplysninger.

Datatilsynet skal i forbindelse med den påtænkte udvidelse af personkredsen, der får adgang til oplysninger, gøre opmærksom på, at grundprincipper som saglighed, nødvendighed og proportionalitet, jf. persondatalovens § 5, stk. 2 og 3, skal iagttages i forbindelse hermed.

Heri ligger også, at de sikkerhedsmæssige foranstaltninger skal være på plads, således at adgangen for andre sundhedspersoner til oplysningerne teknisk indrettes således, at sundhedspersonen alene har adgang til – dvs. teknisk mulighed for at se – oplysningerne om en patient, når det er nødvendigt for behandlingen af patienten.

Datatilsynet har noteret sig, at personkredsen i det foreslåede stk. 4, omtales som "andre sundhedspersoner". Datatilsynet skal i den forbindelse henlede opmærksomheden på persondatalovens § 7, stk. 5. Denne bestemmelse giver mulighed for at behandle oplysninger om helbredsmæssige forhold, hvis behandlingen er nødvendig med henblik på forebyggende sygdomsbekæmpelse, medicinsk diagnose, sygepleje eller patientbehandling, eller forvaltning af læge- og sundhedstjenester, og behandlingen af oplysningerne foretages af en person inden for sundhedssektoren, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt. [Datatilsynets understregning]

Med hensyn til den foreslåede § 157, stk. 5, omtales personkredsen som "andre personer". Datatilsynet kan ikke ud af lovudkastet se, på hvilket grundlag de omhandlede personer skal have adgang, herunder om sundhedsministeriet har overvejet forholdet til persondataloven og databeskyttelsesdirektivet. Datatilsynet må gøre opmærksom på, at persondatalovens regler ikke kan fraviges i en senere bekendtgørelse, og at en eventuel fravigelse skal ligge inden for rammerne af databeskyttelsesdirektivet.

Datatilsynet må endvidere henvise til, at de ovenfor nævnte grundprincipper i persondatalovens § 5 og forudsætningerne om de tekniske sikkerhedsmæssige foranstaltninger også gælder i forhold til andre personers adgang.

1.2.1. Med den foreslåede ændring i sundhedslovens § 157, stk. 7, der bliver til stk. 8, [§ 1, nr. 8] udvides bestemmelsen til, at Lægemiddelstyrelsen foruden at have adgang til oplysninger i registeret, når det er påkrævet af driftstekniske grunde eller følger af Lægemiddelstyrelsens forpligtelser m.v. som dataansvarlig også har adgang, når det er nødvendigt til brug for styrelsens behandling af bivirkningsindberetninger.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger, at det vil være tidsbesparende og have betydning for patientsikkerheden, hvis Lægemiddelstyrelsen får adgang til de registrerede medicinoplysninger til brug for behandling af bivirkningsindberetninger. Det vil give mulighed for, at der straks kan iværksættes en målrettet overvågning og opfølgning i forhold til et konkret lægemiddel, som formodes at have forårsaget bivirkninger hos patienten.

I de specielle bemærkninger er bl.a. anført, at Lægemiddelstyrelsen med forslaget vil kunne orientere den konkrete indehaver af en markedsføringstilladelse til et konkret lægemiddel om den pågældende bivirkningsindberetning. Orienteringen vil foregå således, at patientoplysninger er anonymiseret.

1.2.2. Datatilsynet lægger umiddelbart til grund, at Sundhedsministeriet har vurderet, at Lægemiddelstyrelsens behandling af de registrerede oplysninger ved bivirkningsindberetninger ligger inden for rammerne af persondatalovens § 7, stk. 5.

Lægemiddelstyrelsens adgang til oplysningerne må ske under iagttagelse af persondataloven. Datatilsynet skal særligt henlede opmærksomheden på grundprincipperne i § 5 og reglerne om oplysningspligt over for den registrerede i persondatalovens kapitel 8.

1.3.1. Med den foreslåede ændring i sundhedslovens § 157, stk. 9, nr. 5, der bliver stk. 10, nr. 5, [§ 1, nr. 11] bemyndiges ministeren for sundhed og forebyggelse tillige til at fastsætte nærmere regler om videregivelse af oplysninger fra de registrerede medicinoplysninger til andre journalsystemer og Det Danske Vaccinationsregister.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger, at hensigten med udvidelsen af adgangen til at videregive oplysninger til andre journalsystemer er at give mulighed for at fastsætte regler om at videregivelse af oplysninger til f.eks. Kriminalforsorgens patientjournaler og patientjournaler hos tandlæger. Hensigten med udvidelsen af adgangen til at videregive oplysninger fra systemet til Det Danske Vaccinationsregister er at sikre mulighed for at skabe et retvisende og korrekt billede af borgernes vaccinationer i det nye vaccinationsregister.

1.3.2. Datatilsynet skal i denne forbindelse bemærke, at tilsynet forudsætter, at den generelle slettefrist på 2 år i Medicinprofilen også finder anvendelse for oplysninger, der bliver videregivet til andre journalsystemer. Det bemærkes endvidere, at formuleringen ”andre journalsystemer” indeholdende patientop-

lysninger er bred og upræcis. Der henvises herved til bemærkningen ovenfor under punkt 1.1.2. om retligt grundlag.

2. Det Danske Vaccinationsregister

2.1.1. Med forslaget til sundhedslovens § 157 a [§ 1, nr. 12] foreslås etableret et landsdækkende elektronisk vaccinationsregister over oplysninger om den enkelte borgers vaccinationer og hertil knyttede oplysninger – Det Danske Vaccinationsregister. Registeret skal indeholde data om alle givne vaccinationer i Danmark, herunder oplysninger om børnevaccinationer, influenzavaccinationer samt øvrige vacciner ved individuel risiko.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger, at det umiddelbare formål med forslaget er at sikre landsdækkende registrering af alle HPV-vacciner (vacciner mod livmoderhalskræft) givet i Danmark med henblik på at muliggøre monitorering af effekt, virkningsvarighed samt forskydning af HPV-typer. Det er endvidere hensigten, at vaccinationsregisteret skal indeholde data for alle vacciner givet til borgere registeret med et personnummer i CPR.

Det fremgår endvidere af de almindelige bemærkninger, at komplet registrering af vaccinationsdata er afgørende for borgerens anvendelse af det personlige elektroniske vaccinationskort og grundlaget for anvendelsen af vaccinationsregisteret som et kvalitetssikringsværktøj i mødet mellem borger og læge (vaccinationer) samt andre persongrupper i sundhedsvæsenet. Det bemærkes endvidere, at en samlet registrering af komplette vaccinationsdata er afgørende for registerets samfundsmæssige værdi i forhold til overvågning af og forskning i brugen af vaccinationer i Danmark.

Det fremgår ligeledes af de almindelige bemærkninger, at der med forslaget etableres mulighed for, at alle borgere gives adgang til et personligt elektronisk vaccinationskort, hvorved forstås en elektronisk tilgængelig oversigt over de vaccinationer, som den enkelte borger har fået. Alle borgere med et CPR-nummer vil således blive registreret i vaccinationsregisteret uanset om der er registreret vaccinationsoplysninger for den enkelte borger. Oplysning om, at en borger eventuel aldrig er vaccineret er således også en væsentlig oplysning i vaccinationsmæssig sammenhæng.

2.1.2. Datatilsynet har noteret sig, at Sundhedsministeriet har overvejet en lang række spørgsmål om forholdet til persondatalovens regler, og at borgerne gives adgang til de registrerede oplysninger og til log-funktionen. Datatilsynet har enkelte bemærkninger til det omhandlede forslag.

Det anføres flere steder, at oplysninger om en borgers vaccinationsdata er personfølsomme oplysninger. Der fremgår ikke nærmere om baggrunden herfor. Hvis de registrerede vaccinationsdata eller data i tilknytning hertil indeholder oplysninger om helbredsmæssige forhold, f.eks. at den registrerede personer er vaccineret som følge af særlige helbredsmæssige indikatorer, vil der være tale om en følsom oplysning omfattet af persondatalovens § 7, stk. 1.

Det samme gælder, hvis der på anden vis kan udledes oplysninger om helbreds-mæssige forhold af de registrerede data, f.eks. at den pågældende type vaccination kun gives til særligt udvalgte grupper.

Datatilsynet er imidlertid usikker på, om der påtænkes registreret oplysninger om den enkeltes helbredsforhold i det påtænkte register.

2.2.1. Med forslaget til lovens § 157 a, stk. 2 og 3, [§ 1, nr. 12] foreslås det, at læger, der aktuelt har en borger i behandling, samt sygeplejersker sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter og plejehjemsassistenter i den kommunale sundheds- og hjemmesygepleje, herunder på plejehjem, skal have adgang til oplysningerne om borgernes vaccinationer, når det er nødvendigt for den pågældendes behandling af borgeren. Det er en betingelse for sidstnævnte persongruppes adgang til registeret, at borgeren har meddelt samtykke til indsigt, og at borgeren konkret er visiteret til hjemmesygepleje eller er omfattet af den kommune sundhedsplejes tilbud om forebyggende sundheds-ydelser til børn og unge.

2.2.2. Datatilsynet gør opmærksom på, at det endvidere må forudsættes, at adgangen understøttes systemteknisk, således at det ikke er muligt at få adgang til oplysninger, der ikke er nødvendige for vedkommende at tilgå.

2.3.1. Med forslaget til lovens § 157 a, stk. 7, foreslås, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler om, at der kan videregives oplysninger fra vaccinationsregisteret til Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregisteret, samt at Lægemiddelstyrelsen kan få adgang til vaccinationsregisteret, når det er nødvendigt til brug for Lægemiddelstyrelsens behandling af bivirkningsindberetninger eller i forbindelse med tilbagekaldelse af vacciner.

2.3.2. Hvis der i denne forbindelse sker videregivelse af personhenførbare oplysninger, skal Datatilsynet gøre opmærksom på, at oplysningspligten i persondatalovens § 29 skal iagttages. Bestemmelsen omhandler oplysningspligt i situationer, hvor oplysninger ikke er indsamlet hos den registrerede.

2.4. For så vidt angår den elektroniske sikkerhed har Datatilsynet noteret sig, at det fremgår af de almindelige bemærkninger, at elektronisk adgang til det personlige vaccinationskort vil kunne ske ved brug af digital signatur eller tilsvarende godkendt sikker elektronisk adgang. Datatilsynet gør opmærksom på, at persondatalovens sikkerhedsregler, herunder reglerne i sikkerhedsbe-kendtgørelsen, skal iagttages.

2.5. Det bemærkes for god ordens skyld, at det følger af persondatalovens § 57, at der ved udarbejdelse af bekendtgørelser, cirkulærer eller lignende generelle retsforskrifter, der har betydning for beskyttelse af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger, skal indhentes en udtalelse fra Data-tilsynet.

Kopi af dette brev er sendt til Justitsministeriets Lovafdeling til orientering.

Med venlig hilsen

Janni Christoffersen
Direktør

NOTAT

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

DANSKE
REGIONER



11-01-2010

Sag nr. 07/3039

Dokumentnr. 1522/10

Nicolai Arvedsen

Tel. 35298211

E-mail: nia@regioner.dk

Høringssvar ændring af sundhedsloven

Hermed fremsendes Danske Regioners høringssvar på forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Målretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister).

1) Kontaktpersonordningen

§90a:

Danske Regioner finder det positivt, at kontaktpersonordningen ændres til at omfatte ambulante og indlagte patienter med et behandlingsforløb på mere end 2 dage, jfr. § 90a. Begrundelsen ligger primært i, at det er vanskeligt at monitorere målopfyldelsen elektronisk ved den nuværende afgrænsning på 24 timer for indlagte patienter.

Stk. 2

Derimod finder Danske Regioner indholdet af § 90 a, stk. 2, helt uhenigtsmæssigt og det vil på ingen måde blive en administrativ lettelse. Som ordningen fungerer i dag tildeles alle patienter med et behandlingsforløb der strækker sig over mere end ét døgn en eller flere kontaktpersoner. Med lovforslaget lægges der op til at kategorisere patienterne i grupper: 1) patienter med særlige behov, der tilbydes kontaktperson tidligere end i dag, 2) patienter med behandlingsforløb over mere end 2 dage / 2 gange (ambulance), der tilbydes kontaktperson 3) patienter med behandlingsforløb mellem 1-2 dage, der ikke har særlige behov tilbydes ikke en kontaktperson. Det bliver meget problematisk at afgrænse målgruppen med de særlige behov, som både giver problemer i forhold til tildeling og monitorering af ordningen.

Monitorering af ordningen

Der vil ikke være nogen afbureaukratiseringseffekt, hvis der fortsat er fokus på regelmæssige audits, rapporteringer og sammenligninger af opfyldelsesgrad. Skal der fortsat afreporteres på opfyldelsesgraden af loven, kan for-

slaget stik imod sin hensigt give et større bureaukрати, idet der i forhold til hver journal skal tages stilling til, hvilken af de tre grupper denne hører til. Udover at selve tildelingen af kontaktpersonen besværliggøres, vil også selve processen for udtagelse af journaler besværliggøres, idet man tidligere alene kunne tage afsæt i indlæggelsesvarighed.

Danske Regioner anbefaler derfor, at en lovændring lægger op til mere kvalitative kriterier for tildeling af kontaktperson således at kravet om kvartalsvist rapportering til det centrale niveau bortfalder. Det foreslås, at regionerne pålægges selv at monitorere ordningen og at dette kan gøres mindst to gange årligt. Dette vil sikre et fortsat fokus og en kadence, der er afpasset iht. Den Danske Kvalitetsmodel og desuden sikre mod sammenligning af usammenlignelige tal, idet regionen alene vil sammenligne sig med sig selv iht. én konsistent metode. Det bemærkes endvidere, at landets 5 regioner gennem den årlige undersøgelse af patientoplevelser (LUP) her har et nødvendigt, troværdigt og langt hen ad vejen fyldestgørende datamateriale til at monitorere, hvorledes kontaktpersonordningen reelt opleves og fungerer.

Stk. 3:

Som anført er afgrænsning til grupper med særlige behov problematisk og findes yderst vanskeligt at foretage fra centralt hold. For at kunne lave definitionerne af patientgrupperne på den bedste måde, anser Danske Regioner det for centralt, at personer med indsigt i den kliniske hverdag inddrages i arbejdet. Vi bistår gerne med at finde relevante personer.

Økonomi

Endelig finder Danske Regioner, at det estimerede tidsforbrug for en kontaktperson på 10 minutter pr. patient er meget undervurderet, hvorfor den skønnede besparelse på 11,6 mio. kr. ikke kan forventes at blive realiseret.

2) Elektroniske medicinoplysninger og det Fælles Medicinkort

I § 157 affattes stk. 6:

Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om at andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin til en patient eller håndterer medicinoplysninger, har adgang til de oplysninger, der er registreret om patienten, når dette er nødvendigt for behandlingen.

Kommentar:

Der er behov for, at Ministeren fastsætter disse regler forud for ibrugtagningen af det Fælles Medicinkort. Anvendelse på landets hospitaler og hos de praktiserende læger forudsætter, at lovgivningen understøtter arbejds-

gange og opgavefordelingen. Begrænses adgangen til medicinoplysninger udelukkende til læger, griber det afgørende ind i de eksisterende arbejds- gange og opgavefordelinger. Såfremt eksempelvis sygeplejersker i skade- stuen eller den praktiserende læges sekretær afskæres fra adgang til de elek- troniske medicinoplysninger, reduceres effektiviteten markant.

I § 157 affattes stk. 8, der bliver til stk. 9:

De personer, der efter stk. 2-6 har adgang til de registrerede oplysninger, må alene anvende oplysningerne med henblik på at sikre kvaliteten, sikker- heden og effekten af medicinbrugernes lægemiddelanvendelse, medmindre medicinbrugeren har givet mundtligt eller skriftligt samtykke til anden an- vendelse.

Kommentar:

Kvalitetssikring af behandlingen af patienter med lægemidler kan jf. oven- stående opfattes som en opgave, der udelukkende angår den enkelte patient. Af hensyn til behovet for at sammenholde lægemiddelanvendelse blandt flere patienter, samt tilrettelæggelse af arbejds- gange i forbindelse med me- dicinering, bør der skabes adgang til at sammenholde medicineringsresulta- ter på tværs af patienter og behandlingsforløb. En sådan udvidelse kunne ske ved at anvende samme formulering som i §157a stk. 4 om Vaccinations- registret .

I § 157a affattes stk. 4:

De personer, som i medfør af stk. 2 og 3 har adgang til oplysninger i vacci- nationsregistret, må alene anvende oplysningerne med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerhed og effekten af borgerens vaccination og anden sund- hedsfaglig behandling, medmindre borgeren har givet mundtlig eller skrift- ligt samtykke hertil.

3) Etablering af Det Danske Vaccinationsregister

I § 157a affattes stk. 2:

Den læge, der aktuelt har en borger i behandling, har adgang til de oplys- ninger, der er registreret om borgeren i vaccinationsregistret, når det er nødvendigt for behandlingen.

Kommentar:

Det er generelt et problem, at sundhedsloven afgrænser opgavevaretagelsen til bestemte grupper i sundhedsvæsnet. Lovgivningen fører til unødvendig rigiditet i opgavevaretagelsen. Lovgivningen kunne med fordel tage ud- gangspunkt i § 157 stk. 5 (vedr. medicinkortet), hvor Ministeren kan fast-

sætte regler om, at adgangen til elektroniske medicinoplysninger kan gives til andre personer. Tilsvarende regler bør gælde for oplysningerne i Vaccinationsregistret. Det forekommer således uhensigtsmæssigt i forhold til den kliniske situation, såfremt adgangen til vaccinationsoplysninger, som eneste lægemiddeloplysning, udelukkende er tilgængelig for læger. I forhold til eksempelvis almen praksis, må det formodes, at lægens medhjælp kan være den person, der registrerer og/eller henter vaccinationsoplysningerne. Såfremt der ikke er tungtvejende grunde til en tydelig differentiering mellem adgangen til medicinoplysninger (generelt) og vaccinationsoplysninger, bør reglerne affattes enslydende.

Endvidere skal Danske Regioner bemærke, at i forhold til den praktiske ibrugtagning og indberetning af eksisterende vaccinationsregistreringer, bør vaccinationsregistrets indberetningsadgange overholde eksisterende indberetningsstandarder.

4) Høringsfrist

Danske Regioner bemærker sig, at forslaget til ændring af Sundhedsloven indeholder to forskellige temaer, kontaktpersonordning, og ændring af lovgivning om elektroniske medicinoplysninger/vaccinationsoplysninger, samt at høringsperioden har forløbet hen over juleferieperioden. I regionerne og på sygehusene er der gennem de sidste år arbejdet målrettet med kontaktpersonordningen for at få ordningen til at fungere efter hensigten. Det er meget beklageligt, at der udsendes lovforslag i høring med en frist, der gør det helt urealistisk at inddrage relevante aktører forud for afsendelse af høringssvaret og der må derfor tages højde for, at yderligere kommentarer kan eftersendes – endelig har der ikke været lejlighed til politisk behandling af høringssvaret.

Høringssvaret er derfor afgivet med forbehold for endelig politisk godkendelse.

NOTAT

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

DANSKE
REGIONER



11-01-2010

Sag nr. 07/3039

Dokumentnr. 1522/10

Nicolai Arvedsen

Tel. 35298211

E-mail: nia@regioner.dk

Høringssvar ændring af sundhedsloven

Hermed fremsendes Danske Regioners høringssvar på forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Målretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister).

1) Kontaktpersonordningen

§90a:

Danske Regioner finder det positivt, at kontaktpersonordningen ændres til at omfatte ambulante og indlagte patienter med et behandlingsforløb på mere end 2 dage, jfr. § 90a. Begrundelsen ligger primært i, at det er vanskeligt at monitorere målopfyldelsen elektronisk ved den nuværende afgrænsning på 24 timer for indlagte patienter.

Stk. 2

Derimod finder Danske Regioner indholdet af § 90 a, stk. 2, helt uhenigtsmæssigt og det vil på ingen måde blive en administrativ lettelse. Som ordningen fungerer i dag tildeles alle patienter med et behandlingsforløb der strækker sig over mere end ét døgn en eller flere kontaktpersoner. Med lovforslaget lægges der op til at kategorisere patienterne i grupper: 1) patienter med særlige behov, der tilbydes kontaktperson tidligere end i dag, 2) patienter med behandlingsforløb over mere end 2 dage / 2 gange (ambulant), der tilbydes kontaktperson 3) patienter med behandlingsforløb mellem 1-2 dage, der ikke har særlige behov tilbydes ikke en kontaktperson. Det bliver meget problematisk at afgrænse målgruppen med de særlige behov, som både giver problemer i forhold til tildeling og monitorering af ordningen.

Monitorering af ordningen

Der vil ikke være nogen afbureaukratiseringseffekt, hvis der fortsat er fokus på regelmæssige audits, rapporteringer og sammenligninger af opfyldelsesgrad. Skal der fortsat afreporteres på opfyldelsesgraden af loven, kan for-

slaget stik imod sin hensigt give et større bureaukрати, idet der i forhold til hver journal skal tages stilling til, hvilken af de tre grupper denne hører til. Udover at selve tildelingen af kontaktpersonen besværliggøres, vil også selve processen for udtagelse af journaler besværliggøres, idet man tidligere alene kunne tage afsæt i indlæggelsesvarighed.

Danske Regioner anbefaler derfor, at en lovændring lægger op til mere kvalitative kriterier for tildeling af kontaktperson således at kravet om kvartalsvist rapportering til det centrale niveau bortfalder. Det foreslås, at regionerne pålægges selv at monitorere ordningen og at dette kan gøres mindst to gange årligt. Dette vil sikre et fortsat fokus og en kadence, der er afpasset iht. Den Danske Kvalitetsmodel og desuden sikre mod sammenligning af usammenlignelige tal, idet regionen alene vil sammenligne sig med sig selv iht. én konsistent metode. Det bemærkes endvidere, at landets 5 regioner gennem den årlige undersøgelse af patientoplevelser (LUP) her har et nødvendigt, troværdigt og langt hen ad vejen fyldestgørende datamateriale til at monitorere, hvorledes kontaktpersonordningen reelt opleves og fungerer.

Stk. 3:

Som anført er afgrænsning til grupper med særlige behov problematisk og findes yderst vanskeligt at foretage fra centralt hold. For at kunne lave definitionerne af patientgrupperne på den bedste måde, anser Danske Regioner det for centralt, at personer med indsigt i den kliniske hverdag inddrages i arbejdet. Vi bistår gerne med at finde relevante personer.

Økonomi

Endelig finder Danske Regioner, at det estimerede tidsforbrug for en kontaktperson på 10 minutter pr. patient er meget undervurderet, hvorfor den skønnede besparelse på 11,6 mio. kr. ikke kan forventes at blive realiseret.

2) Elektroniske medicinoplysninger og det Fælles Medicinkort

I § 157 affattes stk. 6:

Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om at andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin til en patient eller håndterer medicinoplysninger, har adgang til de oplysninger, der er registreret om patienten, når dette er nødvendigt for behandlingen.

Kommentar:

Der er behov for, at Ministeren fastsætter disse regler forud for ibrugtagningen af det Fælles Medicinkort. Anvendelse på landets hospitaler og hos de praktiserende læger forudsætter, at lovgivningen understøtter arbejds-

gange og opgavefordelingen. Begrænses adgangen til medicinoplysninger udelukkende til læger, griber det afgørende ind i de eksisterende arbejds- gange og opgavefordelinger. Såfremt eksempelvis sygeplejersker i skade- stuen eller den praktiserende læges sekretær afskæres fra adgang til de elek- troniske medicinoplysninger, reduceres effektiviteten markant.

I § 157 affattes stk. 8, der bliver til stk. 9:

De personer, der efter stk. 2-6 har adgang til de registrerede oplysninger, må alene anvende oplysningerne med henblik på at sikre kvaliteten, sikker- heden og effekten af medicinbrugernes lægemiddelanvendelse, medmindre medicinbrugeren har givet mundtligt eller skriftligt samtykke til anden an- vendelse.

Kommentar:

Kvalitetssikring af behandlingen af patienter med lægemidler kan jf. oven- stående opfattes som en opgave, der udelukkende angår den enkelte patient. Af hensyn til behovet for at sammenholde lægemiddelanvendelse blandt flere patienter, samt tilrettelæggelse af arbejds- gange i forbindelse med me- dicinering, bør der skabes adgang til at sammenholde medicineringsresulta- ter på tværs af patienter og behandlingsforløb. En sådan udvidelse kunne ske ved at anvende samme formulering som i §157a stk. 4 om Vaccinations- registret .

I § 157a affattes stk. 4:

De personer, som i medfør af stk. 2 og 3 har adgang til oplysninger i vacci- nationsregistret, må alene anvende oplysningerne med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerhed og effekten af borgerens vaccination og anden sund- hedsfaglig behandling, medmindre borgeren har givet mundtlig eller skrift- ligt samtykke hertil.

3) Etablering af Det Danske Vaccinationsregister

I § 157a affattes stk. 2:

Den læge, der aktuelt har en borger i behandling, har adgang til de oplys- ninger, der er registreret om borgeren i vaccinationsregistret, når det er nødvendigt for behandlingen.

Kommentar:

Det er generelt et problem, at sundhedsloven afgrænser opgavevaretagelsen til bestemte grupper i sundhedsvæsnet. Lovgivningen fører til unødvendig rigiditet i opgavevaretagelsen. Lovgivningen kunne med fordel tage ud- gangspunkt i § 157 stk. 5 (vedr. medicinkortet), hvor Ministeren kan fast-

sætte regler om, at adgangen til elektroniske medicinoplysninger kan gives til andre personer. Tilsvarende regler bør gælde for oplysningerne i Vaccinationsregistret. Det forekommer således uhensigtsmæssigt i forhold til den kliniske situation, såfremt adgangen til vaccinationsoplysninger, som eneste lægemiddeloplysning, udelukkende er tilgængelig for læger. I forhold til eksempelvis almen praksis, må det formodes, at lægens medhjælp kan være den person, der registrerer og/eller henter vaccinationsoplysningerne. Såfremt der ikke er tungtvejende grunde til en tydelig differentiering mellem adgangen til medicinoplysninger (generelt) og vaccinationsoplysninger, bør reglerne affattes enslydende.

Endvidere skal Danske Regioner bemærke, at i forhold til den praktiske ibrugtagning og indberetning af eksisterende vaccinationsregistreringer, bør vaccinationsregistrets indberetningsadgange overholde eksisterende indberetningsstandarder.

4) Høringsfrist

Danske Regioner bemærker sig, at forslaget til ændring af Sundhedsloven indeholder to forskellige temaer, kontaktpersonordning, og ændring af lovgivning om elektroniske medicinoplysninger/vaccinationsoplysninger, samt at høringsperioden har forløbet hen over juleferieperioden. I regionerne og på sygehusene er der gennem de sidste år arbejdet målrettet med kontaktpersonordningen for at få ordningen til at fungere efter hensigten. Det er meget beklageligt, at der udsendes lovforslag i høring med en frist, der gør det helt urealistisk at inddrage relevante aktører forud for afsendelse af høringssvaret og der må derfor tages højde for, at yderligere kommentarer kan eftersendes.



Nørre Voldgade 90
1358 København K
Telefon 33 41 47 60
www.danskepatienter.dk

Ministeriet for sundheds og forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

11. januar 2010
aw@danskepatienter.dk

Vedrørende høring om forslag til ændring af sundhedsloven

(Målrkning af kontaktpersonsordning mv.)

Danske Patienter har med interesse læst udkastet og finder ændringerne omkring Det danske Vaccinationsregister og de elektroniske medicinoplysninger fornuftige. Dog er vi bekymrede for, om ændringerne, i relation til de elektroniske medicinoplysninger mv., vil øge muligheden for, at oplysninger om patienters sygdom kan falde i de forkerte hænder. Vi mener endvidere, at de ændringer, der er foreslået omkring kontaktpersonsordningen, ikke tilfredsstillende patienters behov for sammenhæng.

Konkrete bemærkninger til lovforslaget

Kontaktpersonsordningen

§90 a stk. 1-2

Den eksisterende kontaktpersonsordning tilfredsstillende i dag langt fra patienters behov for information og koordinering. De ændringer, som her foreslås, ændrer ikke på dette faktum.

Kontaktpersonordningen er et eksempel på, hvordan systemtankegang i sundhedsvæsenet fører til løsninger, der ikke imødekommer patienternes behov, fordi der stilles krav til de enkelte institutioner frem til sammenhæng i et samlet patientforløb.

Ifølge lovgivningen skal alle patienter tildeles kontaktpersoner på de afdelinger og ambulatorier, som de er i kontakt med i behandlingsforløbet. Kronisk syge mennesker, der ofte har flere sideløbende sygdomme, kommer i kontakt med mange afdelinger og ambulatorier. De risikerer

derfor at få tildelt en række kontaktpersoner, som hver især kun har overblik over brudstykker af forløbet.

For Danske Patienter er det afgørende, at ordningen skal imødekomme patienters behov for koordinering på tværs af sektorer, institutioner og specialer, og derfor er en kontaktpersonsordning, med en afgrænset forankring i én sektor, ikke tilstrækkelig. Den aktuelle ændring af kriterierne for at få tildelt en kontaktperson, fra indlæggelse i et døgn til behandling, der strækker sig over 2 dage, vil således fortsat ikke imødekomme patienters behov. Løsninger, som skal sikre sammenhæng gennem et patientforløb, skal være tværgående funktioner mellem sektorer og institutioner.

Yderligere mener vi, at den effektiviseringsgevinst, som er skønnet i relation til lovforslaget, vil være mindre end beregnet, hvilke vi uddyber nedenfor (Økonomiske konsekvenser for det offentlige s. 19).

§90a stk. 3

Det bør tydeligt præciseres i lovteksten, hvem der i praksis træffer afgørelse om tildeling af kontaktperson, og hvornår tildelingen skal finde sted.

Regler for, hvilke patientgrupper der skal tilbydes kontaktpersoner, bør ikke afgrænses til bestemte diagnoser, men rumme stor fleksibilitet, således at alle patienter med behov kan tildeles kontaktpersoner. Det er meget afgørende, at ikke alene medicinske forhold spiller en rolle, men at der også fokuseres på patienternes individuelle ressourcer, sociale netværk mv.

Endelig mener Danske Patienter, at patienter, som udtrykker ønske om en kontaktperson, altid skal kunne få det.

§90b stk. 1

Danske Patienter anbefaler, at Regionsrådets skriftlige og mundtlige forpligtigelse til oplysning om kontaktpersonens navn og funktion udvides til at omfatte kontaktinformationer, så adgangen til kontaktpersonen gøres let for patienten.

Økonomiske konsekvenser for det offentlige (s. 19)

Danske Patienter noterer sig, at der ikke er skønnet nogle økonomiske konsekvenser for regionerne. I samme afsnit har man beregnet en potentiel besparelse på 11.6 mio. på baggrund af et gennemsnitligt tidsforbrug på 10 min. pr. patient. Da intentionen med ændringen af lovgivningen er afbureaukratisering, ud fra en vurdering af at mange patienter med ukompliceret forløb ikke har behov for en kontaktperson, anser vi det for sandsynligt, at netop disse patienter også hidtil har brugt deres kontaktperson relativt mindre end de patienter, som har et væsentligt behov.

Endvidere er det hensigten med forslaget, at det sundhedsfaglige personales tid anvendes bedst muligt samtidig med, at det sikres, at de patienter, der har behov for det, får en kontaktperson tilknyttet. Det er muligt, at man med forslaget får frigivet noget tid fra det sundhedsfaglige personale, men det vil omvendt kræve en del mere administrativt arbejde at skulle ind i konkrete vurderinger om hver enkel patients evt. behov for en kontaktperson, hvilket vi forudsætter, skal ske.

Ud fra ovenstående overvejelser, vurderer vi, at den samlede effektiviseringsgevinst vil være noget mindre end skønnet i nærværende forslag.

Elektroniske medicinoplysninger

Danske Patienter kan se fordele ved, at der bliver nemmere adgang til den enkelte patients medicinoplysninger – bl.a. når en patient bliver indlagt med flere konkurrerende sygdomme. I den situation vil det være vigtigt, at afdelingspersonalet har adgang til opdaterede informationer om bl.a. ordineret medicin mv..

Vi er dog bekymret for, at de elektroniske medicinoplysninger kan falde i forkerte hænder – f.eks. hos sundhedspersoner, der er ansat i bedriftssundhedstjenester i virksomheder eller hos sundhedspersoner i

de offentlige systemer, og hermed kan finde frem til kollegers eller medarbejderes medicinforbrug. Oplysninger om medicinforbrug vil i mange situationer kunne kobles til en diagnose, som nogle patienter ønsker at holde skjult for kolleger og arbejdsgivere.

Det danske Vaccinationsregister

For at sikre lige adgang for alle borgere til oplysninger om vaccination, anbefaler vi, at man udover log-funktionen, også giver borgere uden internetadgang mulighed for adgang til oplysninger fx via en tlf. tjeneste.

Med venlig hilsen



Morten Freil

Direktør



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

Den 7. januar 2010
Ref.: GS
Sagsnr: 1001-0046

Høring om forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Målretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister)

Dansk Sygeplejeråd har følgende bemærkninger til lovforslaget:

§90 vedr. kontaktpersonordningen

Dansk Sygeplejeråd ser det som et fremskridt, at der lægges op til at målrette kontaktpersonordningen til behandlingsforløb, der strækker sig ud over to dage. Men efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse vil den foreslåede ændring kun fjerne en relativt lille del af de administrative rutiner i forbindelse med de helt korte patientforløb.

Dansk Sygeplejeråd finder derfor, at kontaktpersonordningen med fordel burde ændres til funktioner som forløbskoordinator for patienter med komplekse og kroniske forløb, eller særlige behov. Samtidig bør tildelingen af en kontaktperson/forløbskoordinator som udgangspunkt bero på en konkret sygeplejefaglig eller lægefaglig vurdering.

§157 vedr. Elektroniske medicinoplysninger

Dansk Sygeplejeråd støtter intentionerne om forslaget om elektroniske medicinoplysninger.

Dansk Sygeplejeråd stiller sig uforstående overfor, at sygeplejersker i sygehusvæsenet tilsyneladende ikke automatisk har adgang til medicinsystemerne. Det kan få konsekvenser for patientsikkerheden, typisk i forbindelse med udskrivelse fra sygehuset til hjemmesygeplejen, hvis ikke sygeplejerskerne kan se patientens aktuelle medicinstatus. Der vil opstå en dobbeltregistrering, idet sygehuset fortsat skal videregende medicinoplysningerne på papir med de fejlkilder, det

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
DK-1008 København K

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

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

dsr@dsr.dk
www.dsr.dk

indebærer. Dermed vil der ikke være meget vundet ved det fælles elektroniske medicinkort.

§157 vedr. Det Danske Vaccinationsregister

Dansk Sygeplejeråd er grundlæggende enig i ideen om et nationalt elektronisk vaccinationsregister.

Dansk Sygeplejeråd finder dog, at det bør fremgå klart af loven, at alle sygeplejersker uanset ansættelsessted skal have adgang til vaccinationsregisteret, således at der åbnes op for en fleksibel og tidssvarende opgaveløsning i sundhedsvæsenet. For eksempel har konsultations- og skadestuesygeplejersker hyppigt brug for at kontrollere patientens vaccinationsstatus.

Venlig hilsen



Grete Christensen
Formand



- for retten til lige muligheder



Danske Handicaporganisationer

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

Til: Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Sundhedsjuridisk Center
sjuc@sum.dk; lfi@sum.dk

Hvidovre, den 11. januar 2010
Sag 09/1133 – Dok. 371/10 /JS

Hørings svar fra Danske Handicaporganisationer vedr. målretning af kontaktpersonordning, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister

Danske Handicaporganisationer (DH) er positive overfor intentionen om at forbedre kontaktpersonordningen og de elektroniske medicinoplysninger, men har en række kommentarer til udkastet.

Vedr. kontaktpersonordning

Mange af medlemmerne i DH's medlemsorganisationer har særlige behov for koordinering og kommunikation i forbindelse med sygehusbehandling, og vil i mange tilfælde have stor gavn af en entydigt defineret kontaktperson. Det gælder fx mennesker med udviklingshæmning, en psykisk lidelse eller anden form for psykisk funktionsnedsættelse. For disse grupper vil vi derfor foreslå, at ministeren fastlægger nærmere regler om, at de altid tildeles en eller flere kontaktpersoner fra første behandlingsdag. I forlængelse heraf vil vi gerne foreslå, at patienter med særlige behov kan få tildelt en kontaktperson allerede ved henvisningstidspunktet.

DH er enig i, at det kun er personer med behov for en kontaktperson, der skal have tilbud herom. Det er imidlertid særdeles vigtigt, at borgernes reelle behov for en kontaktperson ikke bliver overset. Vi vil derfor foreslå, at patienter, som udtrykker ønske om en kontaktperson, altid skal kunne få det uden diskussion.

Det skal ligeledes præciseres, hvad der præcist menes med "komplicerede behandlingsforløb". Det er meget afgørende, at ikke alene medicinske forhold spiller en rolle, men at der også fokuseres på patienternes individuelle ressourcer, sociale netværk samt eventuelle handicap med betydning for sygehusbehandlingen og behovet for kommunikation og koordinering.

For at undgå tvivl blandt ansatte og patienter bør det præciseres i lovtæksten, hvem der i praksis træffer afgørelse om tildeling af kontaktperson, og hvornår tildelingen skal finde sted. I praksis kan det medføre betydeligt administrativt arbejde at skulle ind i konkrete vur-

deringer om tildeling af kontaktperson i forhold til hver enkel patient, hvilket understreger behovet for en entydig arbejdsfordeling.

DH er positiv overfor, at det fremover bliver muligt at få en kontaktperson i sygehusvæsenet ved ambulant behandling. Mange patienter med kronisk sygdom/handicap behandles ved jævnlige konsultationer i sekundærsektoren, og mange har behov for at få kontakt med sygehuset ind imellem de aftalte kontrolbesøg, eksempelvis hvis de har fået ordineret ny medicin eller ændring af medicindosis. Mange har i den forbindelse besvær med at få telefonisk kontakt til den rette sundhedsperson, hvilket kontaktpersonordningen forhåbentlig kan afhjælpe.

Vi vil samtidig gerne opfordre til, at andre end sundhedspersoner kan blive udpeget til kontaktpersoner. Det sundhedsfaglige aspekt er klart relevant i mange tilfælde, men i forhold til 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.

I øvrigt skal alle kontaktpersonerne være klædt på til at kunne kommunikere med personer med forskellige former for funktionsnedsættelser i forhold til deres kommunikationsevne. Det kan fx. være udviklingshæmmede, autister eller døvblinde.

Det foreslås i udkastet, at regionsrådet mundtligt og skriftligt skal oplyse patienten om kontaktpersonens navn og funktion. For mange mennesker med handicap vil nære pårørende være vigtige ressourcepersoner i forbindelse med behandlingen. Vi vil derfor gerne foreslå, at pligten til at oplyse om kontaktpersonens navn og funktion også udstrækkes til pårørende og andre, som patienten ønsker inddraget.

Vedr. elektroniske medicinoplysninger

DH er positiv overfor intentionen bag Det Fælles Medicinkort, der skal sikre, at borgeren og det sundhedsfaglige personale altid kan få adgang til et opdateret medicinskema/-oversigt med oplysninger om patientens aktuelle lægemiddelbehandling. Personalet skal naturligvis kun have adgang til viden, som er relevant i forhold til den aktuelle behandling, og det er af afgørende betydning for beskyttelsen af personfølsomme oplysninger – og dermed tilliden til systemet – at risikoen for misbrug og ulovlig adgang minimeres, fx ved hjælp af logfiler og elektroniske fodspor.

Der er mange fordele ved nemmere adgang til den enkelte patients medicinoplysninger. Fx når en patient med et handicap/kronisk sygdom bliver indlagt pga. anden sygdom på en afdeling uden særligt kendskab hertil. I den situation vil det være meget hensigtsmæssigt, at afdelingspersonalet kan se, hvilken medicin der er ordineret og hvordan og hvornår den skal indtages.

Det Fælles Medicinkort vil formentlig også kunne forebygge nogle af de mange medicineringsfejl og utilsigtede hændelser, der opstår i sektorovergangene. Her tænkes bl.a. på overgangene fra sygehusbehandling til behandling i primærsektoren og på medicinering på botilbud for mennesker med handicap, hvor personalet ofte varetager medicineringen under såkaldt delegeret ansvar.

DH er derfor positive overfor forslaget om, at andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin eller håndterer medicinoplysninger også kan få adgang til Det Fælles Medicinkort. DH vil i den anledning foreslå, at ansatte på botilbud for mennesker med handicap tilføjes som eksempel på en personalegruppe, der bør have adgang til relevante oplysninger. For såvel ansatte på botilbud som ansatte i Kriminalforsorgen bør adgangen begrænses til de medarbejdere, der rent faktisk varetager medicinrelevant behandling/pleje under delegeret ansvar fra ordinerende læge.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand

Hvidovre d.11. januar 2010

Høringssvar fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Målretning af kontaktpersonordningen, elektroniske medicinoplysninger og Det Danske Vaccinationsregister)

Dansk Selskab for Patientsikkerhed takker for muligheden for at kommentere forslaget til Lov om ændring af sundhedsloven.

Som udgangspunkt er Dansk Selskab for Patientsikkerhed positive overfor lovforslaget, særligt i forhold til forslaget vedrørende den Personlige elektroniske Medicinprofil (PEM'en)/ det Fælles Medicinkort og forslaget om etableringen af et vaccinationsregister.

Kontaktpersonordningen

I forhold til forslaget vedr. begrænsningen i tildelingen af kontaktpersoner, således at det kun sker automatisk i forhold til patienter med en forventet indlæggelse i 2 dage eller mere, bør det holdes for øje, at de generelle betragtninger om behovet for en kontaktperson ikke gælder for alle patienter. Særligt i forhold til kronisk, svækkede patienter bør personalet være opmærksom på, at der etableres et tæt samarbejde med patientens pårørende og evt. hjemmepleje, også til patienter med forventet indlæggelse i under 2 dage.

Vaccinationsregister

Dansk Selskab for Patientsikkerhed er positive overfor forslaget om etableringen af et vaccinationsregister. I dag er antallet af vaccinationer blevet særdeles omfattende, og de færreste borgere kan huske eller har gemt dokumentation vedr. alle vaccinationer. Etableringen af et register vil derfor kunne gavne patienternes sikkerhed.

Den Personlige Elektroniske Medicinprofil og det Fælles Medicinkort

Dansk Selskab for Patientsikkerhed er positive overfor forslaget vedr. den Personlige elektroniske Medicinprofil (PEM) og det Fælles Medicinkort.

Det Fælles Medicinkort har et stort potentiale for at øge patienternes sikkerhed, og derfor støtter Dansk Selskab for Patientsikkerhed forslaget om at Lægemiddelstyrelsen får adgang til oplysningerne med henblik på en optimeret analyse af bivirkninger, og at andre behandlere (her nævnt tandlæger) samt andre personer med et ansvar for varetagelsen af helbredsforhold, herunder udlevering af potentielt farlig medicin, kan få adgang til borgerens Medicinkort.

Eksemplet vedr. Kriminalforsorgen er selvfølgelig præget af, at indsatte meget ofte tager lægeordineret og også ofte ikke-lægeordineret stærk medicin, og hvis der mangler oplysninger om dette, - hvilket der meget ofte gør, kan personalet uforvarende komme til at forårsage alvorlig skade på den indsatte. I sådan et tilfælde vil mange tvivsspørgsmål kunne afklares ved opslag i PEM'en.

I sammenhæng med ovenstående vil Dansk Selskab for Patientsikkerhed gøre opmærksom på, at der ligeledes er behov for, at kliniske farmaceuter får adgang til PEM'en og det Fælles Medicinkort, for at kunne gennemføre den nødvendige medicinbehandling. De kliniske farmaceuter har en central rolle i forhold til at gennemføre medicinafstemning og dermed øge patienternes sikkerhed, og det ville være til stor gavn for patientsikkerheden, hvis de ligeledes havde adgang til opslag i PEM'en/ det Fælles Medicinkort.

Med venlig hilsen,

Beth Lilja
Sekretariatschef i Dansk Selskab for Patientsikkerhed