

Forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens sagsbehandling

Indholdsfortegnelse

1.	INDLEDNING, BAGGRUND OG SAMMENFATNING	3
1.1	Indledning og baggrund	3
1.2	Præmisser	4
1.3	Metode	4
1.4	Afgrænsning	5
1.5	Sammenfatning	5
2.	KORT BESKRIVELSE AF SUNDHEDSSTYRELSENS SAGSBEHANDLING	6
3.	SAGSMODTAGELSE OG SAGSOPRETTELSE	7
3.1	Sagsmodtagelse	7
3.2	Journalisering	8
3.3	Sager som involverer flere sundhedspersoner	9
3.4	Sagsbehandlingstid	10
4.	SAGSOPLYSNING OG PARTSHØRING	11
4.1	Sagsoplysning og partshøring	11
5.	AFGØRELSE OG EFFEKTUERING	13
5.1	Fast praksis	13
5.2	Indhentning af journaler	14
5.3	Alternativ behandling	15
5.4	Frivillige aftaler	16
5.5	Offentliggørelse	18
5.6	Autorisationsfratagelsers gennemslagskraft	19
5.6.1	Fortsat virke	20
5.7	Genoptagelse af arbejde	21
5.8	Presseaktualitet og politisk bevågenhed	21
5.9	Autorisationsfratagelse for mangelfuld journalføring	22

5.10	Offentlig Digital Post	22
5.11	Sundhedsstyrelsens overvågningsprogram	23
6.	SAMARBEJDE MED ENHEDERNE	23
6.1	Overdragelse af sager mellem enheder	23
7.	SAMARBEJDE MED ANDRE MYNDIGHEDER	24
7.1	Underretning af udenlandske myndigheder	24
7.2	Udenlandsk autorisationsfratagelse	25
8.	FORHOLDET TIL ANDEN LOVGIVNING	26
8.1	Samspillet med straffeloven	26
8.2	Sundhedsfagligt studerende	28
8.3	Arkivering	30
9.	SAMLET KONKLUSION OG ANBEFALINGER	31

1. INDLEDNING, BAGGRUND OG SAMMENFATNING

1.1 Indledning og baggrund

Sundhedsstyrelsen har bedt mig bistå med anbefalinger til, hvordan styrelsens sagsbehandling for individtilsyn med sundhedspersoner kan kvalitetssikres og forbedres set fra et juridisk perspektiv.

Formålet med projektet er at pege på mulige forbedringer og eventuelt effektiviseringer af sagsbehandlingen på styrelsens område, for at give sundhedspersonerne en serviceorienteret sagsbehandling af højest mulige kvalitet, på en effektiv og hurtig måde, med patientsikkerheden som ramme og fokus. Denne gennemgang og afrapportering er baseret på en undersøgelse og en intensiv gennemgang af 39 udvalgte sager, som danner afsæt for konkrete anbefalinger.

Baggrunden er, at Sundhedsstyrelsen har modtaget en ekstern rapport fra den Europæiske Tilsynssammenslutning, EPSO, som har gennemgået Sundhedsstyrelsens tilsyn med sundhedspersoner. EPSO giver i rapporten 57 anbefalinger til, hvordan Sundhedsstyrelsen kan forbedre det nuværende tilsyn, som betegnes som velfungerende, men ikke såkaldt "best practice".

Sundhedsstyrelsen vil iværksætte en handlingsplan, som skal imødekomme og tage højde for EPSO-rapportens anbefalinger, og i den forbindelse ønsker styrelsen også et juridisk input. Sundhedsstyrelsen er opmærksom på, at EPSO rapporten ikke har haft fokus på den forvaltningsretlige behandling og tilrettelæggelse af tilsynet, og styrelsen ønsker, at også disse dele belyses. Formålet med projektet er således ikke at gentage EPSO's undersøgelse af kvaliteten i sagsbehandlingen, men at komme med fremadrettede anbefalinger, som styrelsen kan tage hensyn til i handlingsplanen.

Sundhedsstyrelsen har senest den 15. september 2014 foretaget en organisationsændring, hvor Embedslægeinstitution Øst blev lagt sammen med Enhed for Tilsyn til Embedslægeinstitutionen Øst og Tilsyn. Denne rapport tager afsæt i sager fra før sammenlægningen, og rapporten vil således ikke overalt afspejle den seneste organisationsændring.

Projektet inkl. undersøgelsen skal munde ud i en rapport, der indeholder konkrete anbefalinger til forbedring af styrelsens tilsyn. Rapporten kan pege på fordele og styrker ved den nuværende sagsbehandling, ligesom der kan være udfordringer, som fremhæves, for at danne afsæt til de konkrete anbefalinger. Disse anbefalinger kan bl.a. vedrøre kvalitetssikring, anvendelse af redskaber i sagsbehandlingen, processen, fokus på forvaltningsretlige procesuelle regler samt mulighederne for at prioritere tilsynsindsatsen bedre f.eks. ved risikobaseret tilsyn.

1.2 Præmisser

Min gennemgang af sager tager som nævnt udgangspunkt i 39 udvalgte sager, som styrelsen har udtaget i samarbejde med mig, så sagerne ud fra en kvalitativ og kvantitativ betragtning vurderes at være dækkende for de problemstillinger, som jeg skal vurdere. Sagerne afspejler derfor mere komplicerede problemstillinger i Sundhedsstyrelsens tilsynsarbejde.

De gennemgåede sager kan opdeles i 2 grupper: Egnethedstilsynssager og fagligt individtilsynssager. 13 af de modtagne sager vedrører sundhedspersoner som har flere problematikker. Den første gruppe er sager, hvor en autoriseret sundhedsperson har en egnethedsproblematik, som medfører, at den pågældende sundhedsperson udgør en risiko for patientsikkerheden. I alt er der modtaget 22 sådanne sager. Det drejer sig om sager, hvor sundhedspersonen har en misbrugsproblematik (15 sager) og sager hvor sundhedspersonen har en sygdomsproblematik (5 sager) og sager hvor sundhedspersonen har både en misbrugs- og en sygdomsproblematik (2 sager). Den anden gruppe er sager, hvor en autoriseret sundhedsperson har udvist alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed, og på baggrund heraf må antages at være til fare for patientsikkerheden. I alt er der modtaget 14 sådanne sager. Det drejer sig om sager, hvor sundhedspersonen benytter sig af en behandlingsmetode, som ikke er anerkendt (11 sager) og ordinationssager, hvor der ikke er en misbrugsproblematik (3 sager). Herudover har jeg modtaget 3 sager, som vedrører særlige problemstillinger, hvor det juridiske grundlag for styrelsens tilsyn er usikkert.

En liste over sagerne med det navn og nummer på sagen, som anvendes i det følgende, fremgår af bilag 1.

1.3 Metode

Som nævnt er sagerne gennemgået primært for, at jeg kan komme med fremadrettede anbefalinger i forhold til den forvaltningsretlige behandling og tilrettelæggelse af styrelsens individtilsynsforpligtelse. Til brug for mit arbejde har jeg ved e-mails af 5. september 2014, 9. september 2014 og 5. november 2014 modtaget vejledninger, skabeloner og andre støtteredskaber for styrelsens sagsbehandling indenfor områderne egnethedstilsyn og fagligt individtilsyn.

Jeg har herudover afholdt møder med styrelsen den 9. og den 28. oktober 2014, hvor styrelsen har formuleret nogle af de konkrete problemstillinger, som styrelsen oplever i det daglige arbejde.

Ved "fremadrettede anbefalinger" forstås i denne redegørelse, at jeg på baggrund af gennemgangen af de 39 personsager, og det fra styrelsen modtagne materiale, opstiller en række konkrete problemstillinger i forhold til den forvaltningsretlige sagsbehandling, som jeg herefter kommer med anbefalinger til, hvordan styrelsen håndterer og tilrettelægger fremadrettet, i forhold til at overholde individtilsynsforpligtelsen.

1.4 Afgrænsning

I overensstemmelse med opgavebeskrivelsen, der fremgår af mit brev af 10. september 2014 til Sundhedsstyrelsen (bilag 3 til Handlingsplan af 15. september 2014 for Sundhedsstyrelsens Tilsynsvirksomhed), har jeg ikke foretaget en vurdering af, om de konkrete sager, jeg har modtaget, er lovlige i forhold til, om den enkelte afgørelse har fornøden hjemmel, om den overholder almindelige forvaltningsretlige principper, såsom ligheds- og proportionalitetsprincippet, om fornødne kriterier er inddraget, hvor afgørelsen beror på et skøn, og om en eventuel lovpligtig afvejning er foretaget. Jeg har heller ikke undersøgt om de forvaltningsprocessuelle regler er overholdt i forbindelse med, at afgørelsen er truffet, herunder bl.a. om afgørelsen lever op til begrundelseskravet, om reglerne om parthøring er overholdt, om adgangen til at lade sig repræsentere er respekteret, og om parten har fået adgang til at udtale sig.

Redegørelsen indeholder efter aftale med styrelsen heller ikke en mere abstrakt gennemgang af det relevante regelsæt, som dog beskrives og omtales, hvor det er relevant i gennemgangen af de enkelte problemstillinger. En samlet oversigt over de væsentligste regler fremgår af bilag 2.

1.5 Sammenfatning

Efter gennemgang af sagerne er det overordnet min opfattelse, at sagsbehandlingen hos Sundhedsstyrelsen forvaltningsretligt er af god kvalitet. Sundhedsstyrelsen har med indførelsen af Task Force allerede taget et godt initiativ til at nedbringe sagsbehandlingstiden og kvalitetssikre sagsbehandlingen. Denne rapport indeholder forslag til forbedringer, som Sundhedsstyrelsen kan medinddrage i det fortsatte arbejde med at udvikle sagsbehandlingen.

Det er samtidig min opfattelse, at der er punkter, hvor sagsbehandlingen, som den fremstår i de 39 udvalgte sager, set fra et kvalitativt perspektiv kan forbedres, og hvor sagsbehandlingen kan optimeres. Det væsentligste udestående er sagsbehandlingstiden, hvor der er forekommet "døde perioder". I flere af sagerne har grundlaget for at træffe afgørelserne efter min opfattelse været til stede på et tidligere tidspunkt. Sundhedsstyrelsen har, som led i etableringen af Task Force, fastsat sagsbehandlingsfrister, og har derfor taget effektive skridt til at imødegå denne udfordring. Kortere frister for parthøring, eller overvejelser om at undlade ikke-pligtmæssig parthøring, og overvejelser om at fastsætte håndfaste retningslinjer for overskridelser af høringsfrister, vil samlet set kunne bidrage til at nedbringe sagsbehandlingstiden.

Jeg kan herudover anbefale, at Sundhedsstyrelsen dokumenterer sin praksis på de forskellige (typiske) områder i et samlet konsolideret administrationsgrundlag, der udover en praksisbeskrivelse skal indeholde de nødvendige operationelle redskaber for ekspedition af sager på de enkelte områder. Jeg henviser specifikt til hastesager, sager som er presseaktuelle, og sager som er udsat for politisk bevågenhed. Et samlet administrationsgrundlag vil med-

virke til at skabe større ensartethed og effektiv administration, og kunne udgøre et kvalitetsstyringsværktøj for Sundhedsstyrelsens ledelse.

Endelig er det min vurdering, at Sundhedsstyrelsens praksis med brug af frivillige aftaler, er vanskeligt foreneligt med ufravigelige retsregler om, at forvaltningen udfører sin virksomhed i form af afgørelser. Når alle betingelser for at træffe en afgørelse er opfyldt, og parten dermed befinder sig i en situation, hvor der er behov for at give vedkommende den procesuelle beskyttelse og de partsrettigheder, som vil følge af en anvendelse af forvaltningslovens bestemmelser, og disse bestemmelser vil være egnede til at give parten den ønskede beskyttelse, er det min opfattelse, at der bør træffes en afgørelse, og ikke indgås en frivillig aftale med sundhedspersonen.

Herudover har jeg en række mere detaljerede anbefalinger i det følgende afsnit.

2. KORT BESKRIVELSE AF SUNDHEDSSTYRELSENS SAGSBEHANDLING

En sag mod en sundhedsperson kan indledes på forskellige måder, men alle sager starter som udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens embedslægeinstitutioner, hvor sagerne oprettes og oplyses.

I en faglig tilsynssag kan sundhedspersonen blive anmodet om at fremlægge en redegørelse. Sundhedspersonen kan om nødvendigt indkaldes til tilsynssamtale i Embedslægeinstitutionen, hvor problemstillingerne afdækkes. Hvis sundhedspersonen oplyser, at denne ikke længere vil arbejde (eller evt. ikke længere vil arbejde i Danmark), som autoriseret sundhedsperson med patientkontakt eller vil gå på pension, kan sagsbehandleren afslutte sagen. Vurderer embedslægen, at der ikke er behov for yderligere tilsynstiltag/handlinger, afsluttes sagen.

Hvis embedslægerne vurderer, at sagen ikke kan lukkes, forelægger embedslægerne sagen for Task Force. Hvis embedslægen vurderer, at sundhedspersonen har egnethedsproblemer forelægges sagen ligeledes for Task Force, der fastlægger en plan for håndteringen og sætter en tidsfrist. Der iværksættes evt. sanktioner i form af skærpet tilsyn, fagligt påbud, virksomhedsindskrænkning eller midlertidig autorisationsfratagelse.

En henvendelse om, at en sundhedsperson har et egnethedsproblem, kan give begrundet mistanke om, at sundhedspersonen i sit faglige virke kan være til fare for patienterne på grund af fysisk tilstand, sygdom eller misbrug. Embedslægerne forestår oplysningen af sagen og udredningen af mistanken om egnethedsproblemets omfang. Embedslægerne fastlægger herudover med sundhedspersonerne forløbet af et evt. tilsyns- og kontrolforløb. Såfremt der er anledning til sanktioner i form af påbud om tilsyn og kontrol og midlertidig autorisationsfratagelse, bistår embedslægen af en jurist fra Embedslægeinstitutionen Øst og Tilsyn

I alle sager bliver der i Task Force opsat kvalitetsmål for sagsbehandlingen og lagt en handlings- og tidsplan, som skal overholdes.

3. SAGSMODTAGELSE OG SAGSOPRETTELSE

3.1 Sagsmodtagelse

Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet. Grundlaget for at indlede en sag mod en sundhedsperson er ikke formaliseret.

Det fremgår af det materiale, som jeg har modtaget, at sager kan starte på baggrund af fx kritiske afgørelser fra Patientombuddet (POB), retslægelige ligsyn, henvendelser fra regionerne og kommunerne, henvendelser fra politi, Enhed for Uddannelse og Autorisation (EfUA), pressen, patienter/borgere, sundhedspersoner, arbejdsgivere, apotekere, P4-lægemiddelovervågningssystemet eller andre landes sundhedsmyndigheder.

En egnethedssag vil ofte blive oprettet på baggrund af en henvendelse til Embedslægerne fra f.eks. en arbejdsgiver, en behandlende læge eller en kollega til en sundhedsperson, som formodes at have et egnethedsproblem, men der er ingen krav til, eller begrænsninger for, hvorledes mistanken kommer til Sundhedsstyrelsens kendskab.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens sagsbehandlervejledning for sager om risikopersoner, at når der oprettes sager om sundhedspersoners faglige virke, tjekkes sundhedspersonens autorisationsstatus indledningsvis i autorisationsregisteret, ligesom det tjekkes, om der er andre sager på vedkommende.

Når Sundhedsstyrelsen modtager en indberetning vedrørende en sundhedspersons faglige virke, opstår en problematik, når det i praksis viser sig, at sagen er et spørgsmål om, at sundhedspersonen har et egnethedsproblem.

Sag nr. 1 og 23 illustrerer sagsmodtagelsen og de indledende sagsbehandlingsskridt. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at gældende praksis er, at der bliver foretaget en risikovurdering af den pågældende sundhedsperson, hver gang Sundhedsstyrelsen modtager en indberetning.

Et tungtvejende element ved stillingtagen til de enkelte sagsbehandlingsskridt er sundhedspersonens retssikkerhed i forhold til, at styrelsen har adgang til at foretage indgribende sanktioner. Sundhedsstyrelsen har imidlertid pligt til at gribe ind, når styrelsen vurderer, at en sundhedspersons virke er til fare for patientsikkerheden, jf. sundhedslovens § 215 og autorisationslovens §§ 6-8.

Jeg anbefaler:

- 1) At Sundhedsstyrelsen beskriver gældende kriterier for, hvornår en sag åbnes.
- 2) At Sundhedsstyrelsen foretager en indledende screening af sagerne ved modtagelsen, for at vurdere om der alene er tale om en faglig problematik, en egnethedsproblematik eller flere problematikker.
- 3) At Sundhedsstyrelsen beskriver, hvilke kriterier der bliver lagt vægt på, i forbindelse med risikovurderingen af en sundhedsperson, og de indledende sagsbehandlings-skridt, der bør foretages i forbindelse hermed.
- 4) At Sundhedsstyrelsen formulerer og beskriver, hvilken procedure der gælder for håndteringen af hastesager.
- 5) At Sundhedsstyrelsen udarbejder en håndfaste retningslinjer for håndtering af hastesager, og i den forbindelse overvejer muligheden for at være mindre imødekommende i forhold til partshøring. Styrende for disse overvejelser bør være afvejningen af sundhedspersonens retssikkerhed i forhold til den præsumptivt overhængende fare for patientsikkerheden.

3.2 Journalisering

En sag vedrørende en sundhedsperson kan omhandle både egnetheds- og faglige problematikker. Sundhedsstyrelsens journalsystem følger et enkeltstatsprincip, hvorefter sagerne bliver oprettet efter sagstype, som fx faglig tilsynssag eller egnethedssag. Dette medfører, at der ofte oprettes flere sager på den samme sundhedsperson.

Jeg har modtaget en række sager, som illustrerer komplekse forløb, hvor der er tale om en blandet egnetheds- og faglig problematik.

Sagerne nr. 9 og 24 har gennemgående haft langvarige forløb og illustrerer, at samarbejdet med sundhedspersoner kan være vanskeligt, især på grund af egnethedsproblematikker. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at den nuværende journaliseringspraksis har medført praktiske problemer med at bevare overblikket over denne type sager.

Sundhedsstyrelsens beslutning om at omlægge tilsynet til et proaktivt risikobaseret tilsyn, betyder for gennemførelsen af individtilsynet, at der sker en ændring i forhold til fremadrettet at vurdere om den pågældende sundhedsperson er en risikoperson. Denne ændring er imidlertid ikke understøttet af den nugældende journalplan.

Journaliseringen skal understøtte en effektiv sagsbehandling og varetage identifikationshensyn, offentlighedshensyn i forhold til aktindsigt, kontrolhensyn, bevis- og dokumentationshensyn samt arkivmæssige (bevaringsmæssige) hensyn, jf. betænkning nr. 1510 fra 2009 om offentlighedsloven s. 865 ff.

Statslige forvaltningsmyndigheder har pligt til journalisering efter offentlighedslovens § 15. Efter § 15, stk. 3, skal journalsystemet indrettes således, at det indeholder oplysninger om dato for dokumentets modtagelse eller afsendelse, samt en kort, tematisk angivelse af dokumentets indhold. Bestemmelsen fastsætter ikke nærmere krav til, hvordan myndighedens journal skal føres, eller den nærmere indretning af journalsystemet. Arkivloven stiller krav om systematisk arkivering og dokumentation af arkivalier før aflevering til Statens Arkiver, men stiller heller ikke krav til opbygningen af journalsystemet. Krav til journalsystemet følger herudover af princippet om god forvaltningsskik og ombudsmandspraksis. Efter ombudsmandspraksis har myndigheden pligt til at foretage en korrekt og systematisk journalisering af sagsakter. Søgemulighederne i journalsystemet bør understøtte myndighedernes pligt til at overholde det forvaltningsretlige lighedsprincip, hvilket forudsætter, at myndigheden har et tilstrækkeligt sikkert overblik over sin egen praksis. Ombudsmanden har desuden udtalt, at indretningen af journalsystemet bør understøtte muligheden for, at den aktindsigtsanmodende kan kontrollere, at han har fået alle de dokumenter han har søgt aktindsigt i.

Et enkeltsagsprincip har de fordele, at sagerne er mere håndterbare, det giver et bedre overblik over sagerne og aktindsigtsanmodninger kan behandles mere effektivt. Enkeltsagsprincippet giver desuden mulighed for at søge information om, hvor mange sager af en bestemt type, der arbejdes med på et givent tidspunkt, hvad sagsbehandlingstiden er for en bestemt sagstype og information om opfyldelse af servicemål og overholdelse af tidsfrister.

På baggrund af ovenstående anbefaler jeg:

- 6) At sager oprettes som overordnede sager på sundhedspersoner, med efterfølgende oprettelse af underordnede sager, som opdeles efter enkeltsagsprincippet, således som det sker efter den nuværende journalpraksis. Dette henset til, at egnethedssager og faglige tilsynssager følger forskellige forløb og behandles forskelligt efter autorisationsloven og persondataloven.
- 7) At Sundhedsstyrelsen opdaterer vejledninger i forhold til behandlingen af aktindsigtsanmodninger efter omlægningen af journalplanen.

3.3 Sager som involverer flere sundhedspersoner

Sundhedsstyrelsen har fremsendt en sag, som omhandler den ene af to læger, hvor sagerne i den indledende fase blev håndteret i et samtidigt forløb.

Det fremgår af de oplysninger, som jeg har modtaget, at de to læger blev indkaldt til den samme opklarende samtale. Denne fremgangsmåde medfører, at der foreligger en risiko for, at der ved samtalen sker en unødigt videregivelse af personfølsomme oplysninger mellem sundhedspersonerne, som kræver særlig hjemmel efter persondataloven. Der kan være gode grunde til at holde samtalen med begge læger sammen, da lægerne indgår i samme praksis, men det bør overvejes på forhånd, om der foreligger en risiko for, at der i løbet af samtalen

vil komme oplysninger frem, som kun vedkommer den ene af lægerne, og i så fald bør den pågældende del af samtalerne ikke gennemføres sammen. Fælles samtaler bør forudsætte, at det er relevant at gennemføre samtalen med lægerne sammen om de emner, der føres fælles samtale om, og det bør være nødvendigt, at begge læger er til stede samtidig. Såfremt begge disse betingelser ikke er opfyldt, bør samtalerne afholdes med lægerne enkeltvis. Det kan ikke anbefales, at lægerne kan samtykke til at afholde samtalerne sammen, da lægerne ikke kan overskue konsekvenserne af et sådant samtykke.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at styrelsen aldrig har flere sundhedspersoner til den samme individ- eller egnethedssamtale. På baggrund af denne oplysning, har jeg ingen anbefalinger vedrørende denne problemstilling.

3.4 Sagsbehandlingstid

Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med autoriserede sundhedspersoner med det formål at sikre, at sundhedspersonerne ikke udgør en risiko for patientsikkerheden. Det kan derfor være afgørende, at styrelsen har en hurtig og effektiv sagsbehandling. Sundhedsstyrelsen har bedt om anbefalinger i forhold til, om styrelsens tilsyn er for langmodigt, og om styrelsen burde, og i givet fald har lovhjemmel til, at skride ind med sanktioner tidligere i forløbet.

Jeg har modtaget en række egnetheds- og faglige tilsynssager med langvarige forløb. Egnethedsforløbene bærer generelt præg af, at der indgås mange frivillige aftaler, og der er tale om langvarige, komplicerede forløb, hvor det er svært at få personen til at medvirke, og hvor det er svært for personen at komme ud af sit misbrug. I de faglige tilsynssager medfører et konstaterbart manglende ønske fra sundhedspersonens side om at ændre sin praksis ofte, at sagerne bliver langvarige.

Det er mit indtryk efter en gennemgang af praksis, at det nødvendige grundlag for at træffe afgørelser i sagerne retrospektivt har været til stede tidligere i forløbene. Der er således rum for at føre en strammere praksis. På baggrund af en gennemgang af sagerne, er det min vurdering, at det inden for lovgivningens rammer generelt er muligt at give kortere høringsfrister og reagere mere håndfast på manglende overholdelse af frister, hvilket vil medføre en kortere sagsbehandlingstid.

Sundhedsstyrelsen har med indførelsen af Task Force i august 2013 indført mål for sagsbehandlingstiden for sager inddelt i tre kategorier:

- Relativt enkle sager, hvor der på baggrund af en henvendelse fra Disciplinærnævnet rejses mistanke om, at en læge er en risikoperson. 80 % af sagerne skal være afsluttet inden for 30 dage, og samtlige sager skal være afsluttet inden for 60 dage.
- Mere komplekse sager, hvor en sundhedsperson gentagne gange har fået kritik for sit faglige virke eller har fået kritik med en indskærpelse, og hvor Sundhedsstyrel-

sen beder lægen om at redegøre for sit fremtidige faglige virke. 80 % af sagerne skal være afsluttet inden for 90 dage og samtlige sager skal være afsluttet inden for 135 dage.

- Sager af meget kompleks og alvorlig karakter, og hvor udredningen af sagen kræver et virksomhedsbesøg, en samtale eller en nærmere indhentelse af oplysninger i form af f.eks. journaler, og hvor det overvejes at iværksætte en faglig sanktion. I hovedparten af kategori 3-sagerne skal der være truffet beslutning om, hvorvidt der skal iværksættes en faglig sanktion inden for 150 dage.

Med ovennævnte tiltag er Sundhedsstyrelsen nået langt i forhold til at tage hånd om de langvarige sagsforløb, som ovennævnte sager er eksempler på.

Sundhedsstyrelsens sagsbehandlingsskridt skal varetage hensynet til sundhedspersonens retssikkerhed overfor risikoen for patientsikkerheden. Såfremt Sundhedsstyrelsen i en sag vurderer, at der er overhængende fare for patientsikkerheden, må dette være det centrale i vurderingen af, om der skal tildeles sanktioner og hvornår. Sundhedsstyrelsen har som tilsynsmyndighed lovbestemte sanktionsmuligheder overfor sundhedspersoner som pga. egneheds- eller faglige problemer udgør en risiko for patientsikkerheden. Det er min opfattelse, at det bør indgå i den konkrete afvejning, hvilken type sanktioner, der er tale om. Mildere sanktioner i form af skærpet tilsyn, påbud og evt. virksomheds- og ordinationsindskrænkning vil ikke i samme grad som en autorisationsfratagelse, true sundhedspersonen dennes indtægtsgrundlag. Det kan ligeledes indgå i vurderingen, at påbud i egnetheds-sager om tilsyns- og kontrolforanstaltninger ikke offentliggøres, og ikke meddeles andre end de embedslæger, som behandler sagen. Det er samlet min vurdering, at Sundhedsstyrelsen inden for lovgivningens rammer har mulighed for at skærpe praksis, hvis det bedømmes som hensigtsmæssigt.

På den baggrund anbefaler jeg:

- 8) At Sundhedsstyrelsen fastsætter klare retningslinjer for mere håndfaste reaktioner på overskridelser af høringsfrister.
- 9) At Sundhedsstyrelsen generelt fastsætter kortere høringsfrister.

4. SAGSOPLYSNING OG PARTSHØRING

4.1 Sagsoplysning og partshøring

Det følger af det uskrevne forvaltningsretlige officialprincip, at det er Sundhedsstyrelsen, som er ansvarlig for at tilvejebringe de nødvendige oplysninger for den enkelte sags afgørelse. Det er i praksis embedslægerne, der står for at oplyse den enkelte sag. Gennemgangen af de modtagne sager har vist, at styrelsen generelt oplyser sagerne, så de lever op til officialprincippet.

Oplysningspligten opfyldes typisk ved, at embedslægeinstitutionerne indhenter en udtalelse fra den sundhedsperson, som forholdet vedrører og fra andre, der væsentligt kan bidrage med oplysninger til vurdering af sagen. Embedslægeinstitutionerne skal endvidere indhente alt relevant materiale, herunder kopi af journal, røntgenbilleder mv. Embedslægeinstitutionen belyser sagen, inden der kan træffes afgørelse om sagen kan behandles og afsluttes decentralt, eller om der er grundlag for at overdrage sagen til behandling i den centrale del af Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af det tilsendte materiale at Sundhedsstyrelsen uden undtagelse foretager partshøring inden der træffes afgørelse om skærpet tilsyn (skabelon 9), partshøring over fagligt påbud (skabelon 11), partshøring over midlertidig virksomhedsindskrænkning (skabelon 13), partshøring over midlertidig autorisationsfratagelse som følge af manglende medvirken til tilsyn (skabelon 15), partshøring over midlertidig autorisationsfratagelse efter fareindikation (skabelon 17). Det fremgår ikke af det fremsendte, at der skal foretages en partshøring inden der træffes afgørelse om et påbud om medvirken til tilsyn og kontrol, men det kan konstateres, at der i praksis også altid bliver hørt over dette.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at en sag kan ligge stille i længere perioder på grund af partshøring, og har bedt om mine anbefalinger i den anledning.

Efter forvaltningslovens § 19, stk. 1, skal der ske partshøring, hvis parten ikke kan antages at være bekendt med, at myndigheden er i besiddelse af oplysninger om en sags faktiske grundlag, som er til ugunst for parten, og som er af væsentlig betydning for sagens afgørelse. Myndigheden må derfor ikke træffe afgørelse, før myndigheden har gjort parten bekendt med oplysningerne og givet denne lejlighed til at fremkomme med en udtalelse. Partshøringspligten skal medvirke til at sikre, at sagen er tilstrækkeligt oplyst inden myndigheden træffer afgørelse, jf. FOB 2000.320.

Efter § 19, stk. 2, nr. 1, kan partshøring undlades, hvis det efter oplysningernes eller vurderingernes karakter og sagens beskaffenhed må anses for ubetænkeligt at træffe afgørelse i sagen på det foreliggende grundlag. Det fremgår af lovbemærkningerne til bestemmelsen, at den navnlig tager sigte på tilfælde, hvor der ikke er rimelig grund til at tro, at de yderligere oplysninger, der er tilvejebragt i forbindelse med sagens behandling, vil kunne korrigeres eller suppleres af den pågældende part, og det heller ikke i øvrigt, som følge af sagens karakter, kan anses for påkrævet at gennemføre en høring. Videre fremgår det af lovbemærkningerne, at der ved vurderingen kan lægges vægt på, om parten kan antages at have mulighed for ved tilvejebringelse af yderligere oplysninger at afsvække den pågældende oplysnings betydning for sagens afgørelse, jf. i samme retning FOB 2008.483 og FOB 2001.189.

I Justitsministeriets vejledning om forvaltningsloven, pkt. 105 fremgår det, at partshøring også bør foretages i tilfælde, hvor parten skønnes at kunne have en interesse i at få mulig-

hed for at se og kommentere afgørelsesgrundlaget, medmindre hensynet til offentlige eller andres private interesser taler imod det. Denne såkaldte ulovbestemte udvidede høringspligt gælder opsigelse og anvendelse af sanktioner overfor offentligt ansat personale. Hans Gammeltoft-Hansen m.fl. argumenterer for, at den udvidede høringspligt også gælder for afgørelser om inddragelse af næringsretlige tilladelser, med henvisning til Højesterets domme trykt i UfR 1977 side 495 og UfR 1997 side 889, som svagt antyder en forudsætning om, at der skete en udvidet høring i sagerne. Det er min vurdering, at der ikke gælder en egentlig udvidet høringspligt i de afgørelser, som Sundhedsstyrelsen træffer overfor autoriserede sundhedspersoner.

Hvis myndigheden har haft pligt til at partshøre vil undladelse af partshøring efter omstændighederne føre til, at afgørelsen i sagen bliver ugyldig. Dette må i hvert fald normalt gælde med hensyn til bebyrdende afgørelser, hvis der senere på partens initiativ fremkommer nye oplysninger, som er af betydning for sagens afgørelse, jf. Justitsministeriets vejledning til forvaltningsloven, pkt. 121, og Østre Landsrets dom trykt i UfR 1998 side 1438. Ved afgørelsen af gyldighedsspørgsmålet foretager både ombudsmanden og domstolene en konkret væsentlighedsvurdering, hvorefter myndigheden skal sandsynliggøre, at partshøringen ikke ville have haft indflydelse på sagens afgørelse. Dette medfører, at afgørelsen kan blive opretholdt som gyldig, på trods af manglende partshøring i sager, hvor der var pligt til at partshøre, jf. Højesterets domme trykt i UfR 2007 side 225/2 og UfR 1999 side 581 og i samme retning FOB 1998.125.

Indenfor disse rammer er det en institutionspolitisk beslutning, i hvilket omfang Sundhedsstyrelsen ønsker at partshøre.

På den baggrund anbefaler jeg:

- 10) At Sundhedsstyrelsen fastlægger klare retningslinjer for, i hvilke situationer, og i hvilket omfang, styrelsen efter afvejning af hensynet til sundhedspersonen og patientsikkerheden og til sagsbehandlingstiderne, finder det påkrævet at partshøre.

5. AFGØRELSE OG EFFEKTUERING

5.1 Fast praksis

Sundhedsstyrelsen har anmodet om, at det bliver belyst, om det er muligt at formalisere retningslinjer for, hvornår Sundhedsstyrelsen bør reagere i indvidtilsynssager.

En fast administrativ praksis må ikke støtte sig på usaglige kriterier, og må ikke være i strid med hjemmelsgrundlaget ved, at den indsnævrer det lovpligtige skøn. En fast praksis får desuden en normerende virkning, således at en fravigelse af praksis i konkrete tilfælde kan blive anset for forskelsbehandling. På nogle områder kan der være store styringsmæssige og ressourcemæssige fordele knyttet til at følge en bestemt praksis, se hertil Højesterets dom-

me trykt i UfR 1990 side 170, UfR 1990 side 297 og UfR 1993 side 307. En fast praksis betyder omvendt, at myndigheden ikke lovligt vil kunne inddrage kriterier, der ligger uden for praksis, da dette vil være et udtryk for usaglig forskelsbehandling, se også FOB 1998.524, FOB 1999.130 og FOB 2000.439. Myndigheden kan heller ikke fravige praksis i enkeltstående tilfælde, da dette vil være i strid med retsgrundlaget, og vil blive anset for en krænkelse af den almindelige lighedsgrundsætning, medmindre der foreligger en tungtvægende saglig grund til fravigelsen.

Interne regler eller fast praksisdannelse, som opregner de kriterier, der skal lægges til grund for en afgørelse, gør det lettere at træffe afgørelser på grundlag af regler end at skønne individuelt. Regler kan imødekomme behovet for forudsigelighed og mindsker risikoen for usaglig forskelsbehandling. Omvendt kan en for firkantet praksis betyde, at lovlige kriterier udelukkes fra at komme i betragtning, eller at skønnet bliver sat under regel. Om reglen er lovlig afhænger af reglens udformning og baggrund, behovet for en fast praksis på området og afgørelsens art. En fast praksis, som i nogen grad åbner for individuel stillingtagen, som giver praktiske fordele og sikrer ligelighed, vil være lovlig. Ulovbestemte prioriteringsregler vil som udgangspunkt være lovlige, medmindre de udvikler sig til ufravigelige regler, se hertil Hans Gammeltoft-Hansen m.fl. Forvaltningsret, 2. udgave, side 340-368.

Et samlet administrationsgrundlag med udgangspunkt i en praksisbeskrivelse vil - udover at medvirke til at undgå fejl, skabe ensartethed og en effektiv administration - efter min mening også kunne udgøre et centralt kvalitetsstyringsværktøj for Sundhedsstyrelsens ledelse, og det kan bidrage til at tilpasse processerne.

På baggrund af ovenstående anbefaler jeg:

- 11) At Sundhedsstyrelsen dokumenterer sin praksis på de forskellige (typiske) sagsområder i et samlet konsolideret administrationsgrundlag, der udover en praksisbeskrivelse skal indeholde de nødvendige operationelle redskaber for ekspedition af sager på de enkelte områder.

5.2 Indhentning af journaler

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at der kan opstå problemer i forbindelse med, at journaler skal indhentes hos læger, der fortsat er autoriserede og har ydernummer, men ikke praktiserer i en længere periode.

Jeg har modtaget en sag, som illustrerer, hvordan patienterne kan komme i klemme i et langvarigt sygdomsforløb. Der er tale om en speciel situation og i den konkrete sag var der flere specifikke problemstillinger, som komplicerede sagen yderligere.

I tilfælde af praksisophør er det Regionens ansvar at indhente journaler, men indtil praksis ophører, har Regionen ingen beføjelser i forhold til journaloverdragelse. Sundhedsstyrelsen

har hjemmel til at fastsætte regler om opbevaring og overdragelse af journaler, jf. Autorisationslovens § 25, og kan i henhold til bestemmelsen fastsætte regler om overdragelse og opbevaring af patientjournaler i forbindelse med, at en autoriseret sundhedsperson ophører med eller overdrager sin virksomhed. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler, der fraviger de almindelige bestemmelser om indhentelse af patienters samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger. Sundhedsstyrelsen har fastsat regler i journalføringsbekendtgørelsen, hvoraf det i § 19 fremgår, at patientjournalerne skal videregives til embedslægeinstitutionen i regionen til fortsat opbevaring inden for opbevaringsperioden, medmindre journalerne kan overdrages til patientens nye praktiserende læge. Manglende overholdelse af denne pligt er strafsanktioneret med bøde efter § 29.

Jeg anbefaler:

- 12) At Sundhedsstyrelsen undersøger, om der er behov for en ændring af de gældende regler om Sundhedsstyrelsens adgang til at indhente journaler, når sundhedspersonen udviser manglende samarbejdsvilje.

5.3 Alternativ behandling

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at tilsynet med autoriserede sundhedspersoners ageren som alternative behandlere bliver vanskeliggjort af, at der er metodefrihed for læger i Danmark.

Jeg har modtaget en række sager, som illustrerer vanskelighederne med at føre tilsyn med sundhedspersoner, som benytter sig af alternative behandlingsmetoder og alternative lægemidler.

Der er krav om særlig patientinformation ved behandling med ikke-anerkendte og ikke-gennemprøvede behandlingsmetoder, og denne information skal indføres i patientjournalen. Patientjournalerne skal af hensyn til patientsikkerheden danne grundlag for information og behandling af patienten og dokumentere den udførte behandling, jf. journalføringsbekendtgørelsens § 2, stk. 4.

En konkret vejledning om, hvad Sundhedsstyrelsen kræver i forhold til autoriserede sundhedspersoners anvendelse af alternativ behandlingsmetoder og alternative lægemidler, vil kunne danne grundlag for en mere håndfast praksis i forhold til tilsynet og sanktioner udstedt i forbindelse med manglende efterlevelse.

Jeg anbefaler, at Sundhedsstyrelsen:

- 13) Udarbejder retningslinjer for, hvilken information Sundhedsstyrelsen forventer, den autoriserede sundhedsperson giver til patienterne i forbindelse med alternativ behandling, samt hvad der konkret skal indføres i patientjournalen.

5.4 Frivillige aftaler

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at det kan være problematisk at gennemføre kontrol og tilsyn af sundhedspersoner, der har et kendt misbrug, evt. i kombination med behandlingskrævede sygdom.

Følgende fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om det videre kontrol og tilsynsforløb:

"Opfølgning på diverse vilkår aftalt med Embedslægerne foretages i den regionale embedslægeinstitution, der enten selv foretager urinkontrol og kontrol for alkoholindtagelse eller foranlediger kontrollen foretaget af andre på institutionens vegne og efter dennes instruktioner.

Hvis forløbet viser, at sundhedspersonen ikke efterlever aftalen om vilkårene på tilfredsstillende vis, sendes sagen til Tilsyn med henblik på, at der udstedes påbud om at medvirke."

De gennemgåede sager viser derimod, at den gennemgående praksis er, at embedslægen og sundhedspersonerne indgår frivillige aftaler.

I egnethedstilsyn indgås der aftaler om varslede/uvarslede kontroller, et behandlingsforløb med udveksling af oplysninger med behandlingsstedet og arbejdsstop evt. i form af en sygemelding.

Frivillige aftaler vedrørende et fagligt tilsyn angår som udgangspunkt den konkrete faglige problematik.

Jeg har modtaget et antal sager, som illustrerer, at selvom sundhedspersonen viser samarbejdsvillighed, er det ofte vanskeligt for en sundhedsperson med en misbrugsproblematik at overholde frivillige aftaler.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om autorisations- og ordinationsfratagelse, at hvis et tilsyn ikke forløber tilfredsstillende, vil der sædvanligvis først blive udstedt et påbud, og hvis påbuddet ikke efterleves, bliver der udstedt en midlertidig autorisationsfratagelse efter autorisationslovens § 8, stk. 3. Frivillig autorisationsfraskrivelse kan foretages af sundhedspersonen som alternativ til, at der indledes en autorisationsfratagelsessag.

Forvaltningens adgang til at administrere ved aftaler med borgerne er begrænset ved ufravigelige retsregler om, at forvaltningen udfører sin virksomhed i form af ensidige retsakter, herunder afgørelser, jf. FOB 1998. 491 og Hans Gammeltoft-Hansen m.fl., Forvaltningsret, s. 31.

Det har betydning for adgangen til at administrere ved aftale, om parten befinder sig i en situation, hvor der er behov for at give vedkommende den processuelle beskyttelse og de partsrettigheder, som vil følge af en anvendelse af forvaltningslovens bestemmelser, og om disse bestemmelser vil være egnede til at give parten den ønskede beskyttelse, jf. fx FOB 1987.36, FOB 1992.141, FOB 1992.296, FOB 1998.139, FOB 2001.147 og FOB 2001.290.

Såfremt alle betingelser for at træffe afgørelse er opfyldt, bør man, når der er tale om så indgribende afgørelser, som der typisk er tale om her, efter min opfattelse træffe afgørelse og ikke søge at opnå samme resultat ved at indgå frivillig aftale med sundhedspersonen. Dette forhindrer ikke sundhedspersonen i af egen drift, at fraskrive sig sin autorisation, men det er min vurdering, at der ikke lovligt kan indgås en aftale med sundhedspersonen om fraskrivelse som erstatning for, at Sundhedsstyrelsen træffer en egentlig afgørelse om autorisationsfratagelse.

I den afklarende fase, hvor det undersøges om f.eks. en misbrugsmistanke er begrundet eller ej, kan der opstå situationer, hvor der er mistanke om risiko for patientsikkerheden, men endnu ikke er tilstrækkeligt grundlag for at træffe en afgørelse. I denne fase kan det være ønskeligt, at sundhedspersonen indstiller den adfærd, som giver anledning til mistanken. Dette bør Sundhedsstyrelsen ikke opnå ved at indgå "frivillige aftaler" med sundhedspersonen. I stedet bør Sundhedsstyrelsen meddele sundhedspersonen, at Sundhedsstyrelsen vil indstille sagsbehandlingen på vilkår, at den pågældende adfærd indstilles og at dette kan dokumenteres. Denne afgørelse skal leve op til sædvanlige saglighedskrav. Sundhedsstyrelsen skal formulere vilkår, som vil kunne indgå som lovlige hensyn for at træffe afgørelse, hvis sundhedspersonen overtræder vilkårene. I en egnethedssag kan der f.eks. meddeles vilkår om overholdelse af urinkontrol, alkometertest, indstilling af arbejde eller andet. I en faglig tilsynssag kan der f.eks. meddeles vilkår om deltagelse i et konkret, fagligt kursus, suspendering af en bestemt behandling eller andet. Betingelsen for formuleringen af vilkårene er, at det kan konstateres konkret, hvis vilkårene bliver overtrådt og, at manglende overholdelse af vilkårene vil føre til genoptagelse af egnethedssagen eller den faglige tilsynssag. Denne praksis vil være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens egne vejledninger, som citeret ovenfor.

En sådan praksis forhindrer ikke, at en sundhedsperson får mulighed for at indstille en kritisabel adfærd, inden afgørelse træffes. Hvis sundhedspersonen indstiller den kritisable adfærd, inden sagsbehandleren når frem til at etablere grundlag for en afgørelse, kan sagsbehandlingen indstilles.

Det er min vurdering at Sundhedsstyrelsen i de situationer, hvor styrelsen i dag indgår frivillige aftaler med sundhedspersoner, i stedet bør træffe afgørelse med vilkår. Dette vil medvirke til at sikre sundhedspersonernes retssikkerhed, idet det bliver klart, at der er tale

om en saglig hjemlet afgørelse, hvad grundlaget for afgørelsen er, og at den kan anfægtes af sundhedspersonen.

På den baggrund anbefaler jeg:

- 14) At Sundhedsstyrelsen ikke indgår frivillige aftaler med sundhedspersoner om at afstå fra en bestemt adfærd, men i stedet træffer afgørelse om at indstille en sag om f.eks. autorisationsfratagelse på vilkår, at adfærden indstilles.
- 15) At Sundhedsstyrelsen formulerer håndfaste retningslinjer for konsekvenser af vilkårsovertrædelser.
- 16) At Sundhedsstyrelsen træffer afgørelser, når alle betingelser er til stede for at træffe en sådan, i stedet for at indgå frivillige aftaler med henblik på at nå samme resultat.

5.5 Offentliggørelse

Sundhedsstyrelsen ønsker belyst, om autorisationsfratagelser og frivillige aftaler om virksomhedsindskrænkning bør offentliggøres i videre omfang, for at sikre at offentligheden får kendskab til afgørelsen.

Sundhedsstyrelsen offentliggør afgørelser om midlertidig eller endelig fratagelse af autorisation eller indskrænkning af virksomhedsområdet og om fratagelse eller indskrænkning af ordinationsretten, jf. Autorisationsloven¹, § 13, stk. 1. I bekendtgørelse nr. 1445 af 15. december 2010 om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klage- og tilsynssager på sundhedsområdet, § 13 fremgår det, at offentliggørelsen finder sted på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sundhedsstyrelsen.dk og sundhed.dk. Frivillige virksomhedsindskrænkninger samt fraskrivelse af autorisation skal også offentliggøres i medfør af autorisationslovens § 13, stk. 1, men ikke på internettet. Frivillige fraskrivelser offentliggøres derfor i Statstidende. Det vil desuden fremgå af autorisationsregisteret, at en sundhedsperson har mistet eller fået indskrænket sin autorisation.

Sagerne nr. 21 og 36, illustrerer Sundhedsstyrelsens praksis om at acceptere mere lempelige løsninger stillet overfor pressens krav om udstilling af enkeltpersoner.

Det er min vurdering, at en frivillig virksomhedsindskrænkning eller fraskrivelse bør offentliggøres i samme omfang som en afgørelse om virksomhedsindskrænkning eller midlertidig autorisationsfratagelse. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at Sundhedsministeriet er undervejs med en bekendtgørelse, som betyder, at fraskrivelser fremover skal offentliggøres efter samme procedure som fratagelser. Jeg har derfor ingen anbefalinger vedrørende denne problemstilling.

¹ Lov nr. 877 af 4. august 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

5.6 Autorisationsfratagelsers gennemslagskraft

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at det er en generel udfordring at sikre, at en autorisationsfratagelse får gennemslagskraft.

Sundhedsstyrelsen offentliggør afgørelser om midlertidig eller endelig fratagelse af autorisation eller indskrænkning af virksomhedsområdet og om fratagelse eller indskrænkning af ordinationsretten i henhold til autorisationslovens § 13, stk. 1. Det samme gør sig gældende for administrative tilbagetrækninger af autorisationen i medfør af autorisationslovens § 12. Offentliggørelsen finder sted på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.² Frivillige virksomhedsindskrænkninger samt fraskrivelse af autorisation skal også offentliggøres i medfør af autorisationslovens § 13, stk. 1, men ikke på internettet. Frivillige fraskrivelser offentliggøres derfor i Statstidende. Det samme er tilfældet, såfremt en autoriseret sundhedsperson i medfør af straffelovens § 79, stk. 1, frakendes retten til at udøve sundhedsfaglig virksomhed. I disse situationer er anklagemyndigheden i medfør af autorisationslovens § 13, stk. 3, forpligtet til at give meddelelse herom til Sundhedsstyrelsen, som herefter forestår offentliggørelsen i Statstidende. Det vil desuden fremgå af autorisationsregisteret, at en sundhedsperson har mistet eller fået indskrænket sin autorisation. Generhvervelser af autorisation bliver offentliggjort i Statstidende og autorisationsregisteret tilrettes.

Sundhedsstyrelsen giver besked til alle embedslægeinstitutionerne, landets apotekere, de øvrige nordiske landes sundhedsmyndigheder samt de relevante faglige organisationer om relevante autorisationsfratagelser, autorisationsfraskrivelser, virksomhedsindskrænkninger og generhvervelser.

Sundhedsstyrelsen ikke har yderligere sanktionsmuligheder, når styrelsen har frataget en autorisation. Når Sundhedsstyrelsen har underrettet region, apoteker m.v. om en autorisationsfratagelse, er det som udgangspunkt ikke styrelsens ansvar, hvis det ikke efterfølgende fremgår i alle systemer, at den pågældende ikke må praktisere, eller informationen ikke nyttiggøres.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at de tidligere problemer i forhold til offentliggørelsen er udbedret og opdateringen af autorisationsregisteret er forbedret. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at styrelsen er opmærksom på løbende at forbedre kommunikationen og fortsat arbejde på operative løsninger. På baggrund af det oplyste har jeg ingen yderligere anbefalinger vedrørende denne problemstilling.

² Jf. bekendtgørelse nr. 1445 af 15. december 2010 om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klage- og tilsynssager på sundhedsområdet, § 13

5.6.1 Fortsat virke

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at det forekommer, at sundhedspersoner ikke respekterer styrelsens afgørelser, men fortsætter deres virke, efter de har mistet retten til det.

Følgende fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om stillingtagen til fortsat virke samt betingelserne herfor:

”Der tages ved mødet stilling til, om vedkommende må fortsætte i arbejde eller ej. Såfremt vedkommende ikke må arbejde, er det op til pågældende selv, om vedkommende vil sygemelde sig eller indstille sin faglige virksomhed på anden vis. (...)

Hvis embedslægen vurderer, at sundhedspersonen vil være til nærliggende fare for patienterne i sit fortsatte virke (f.eks. hvis vedkommende er blevet konstateret ikke-ubetydeligt påvirket i forbindelse med sin faglige virksomheds udførelse) skal dette indstilles. Dette kan ske f.eks. i form af sygemelding. Hvis sundhedspersonen ikke vil indstille sin faglige virksomhed sendes sagen til Tilsyn med indstilling om midlertidig autorisationsfratagelse i medfør af autorisationslovens § 8. (...)

Ved mødet tager embedslægen stilling til, om de samlede oplysninger, der foreligger om sundhedspersonens misbrug/sygdom, er af en sådan karakter og sværhedsgrad, at der skal stilles restriktioner eller vilkår for vedkommendes faglige virksomhed, indtil sagen er nærmere belyst. Ved mødet aftales det videre forløb, herunder om vedkommende skal begynde i behandling eller kontrol umiddelbart eller dette bør afvente yderligere oplysning af sagen. Det aftales altid, at sundhedspersonen skal holde embedslægeinstitutionen orienteret om ansættelsessted. (...)

Når sagen er udredt, tager embedslægen stilling til, om de samlede oplysninger, der foreligger om sundhedspersonens misbrug/sygdom, er af en sådan karakter og sværhedsgrad, at der ændres på det ved mødet aftalte eller, om der skal opstilles yderligere restriktioner eller vilkår for vedkommendes faglige virke.”

Følgende sager er eksempler på sundhedspersoner, som har fortsat det faglige virke, efter de har mistet retten hertil.

Sag nr. 19 og nr. 26 illustrerer en type sager, hvor det ofte sker, at sundhedspersonen fortsætter sine udskrivelser af afhængighedsskabende lægemidler, hvilket Sundhedsstyrelsen opdager gennem styrelsens overvågningsprogram. Landets apoteker modtager en opdateret liste, når denne ændrer sig, men det er ikke altid, at dette får gennemslagskraft.

Når Sundhedsstyrelsen har frtaget en sundhedsperson sin autorisation, har styrelsen mulighed for at politianmelde sundhedspersonen, såfremt denne fortsætter sit faglige virke. Her-

.....

efter er det politiet/anklagemyndighedens ansvar at retsforfølge sundhedspersonen, og Sundhedsstyrelsen har således ikke mulighed for at foretage flere tiltag.

Om denne problemstilling henviser jeg til mine anbefalinger i afsnit 8.1 om samspillet med straffeloven.

5.7 Genoptagelse af arbejde

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at der kan opstå problemer i relation til, om det er acceptabelt, at en sundhedsperson genoptager sundhedsfagligt arbejde, indtil vedkommendes sag er belyst.

For Sundhedsstyrelsens vejledning på området henvises til forrige afsnit.

Hvis Sundhedsstyrelsen vurderer, at en sundhedspersonen kan være til fare for patientsikkerheden, og derfor ikke bør arbejde før sagen er yderligere belyst, har Sundhedsstyrelsen som tilsynsmyndighed pligt til at gribe ind heroverfor.

Jeg anbefaler:

- 17) At Sundhedsstyrelsen udarbejder retningslinjer for, under hvilke betingelser en sundhedsperson, af hensyn til patientsikkerheden, ikke bør optage sundhedsfagligt arbejde og hvordan dette håndhæves.

5.8 Presseaktualitet og politisk bevågenhed

Sundhedsstyrelsen har fremsendt et antal sager, som har været presseaktuelle, og har i den forbindelse bedt mig om at komme med anbefalinger i forhold til håndteringen af disse sager.

Sagerne nr. 21 og 36 illustrerer det arbejde, der bliver genereret af, at en sag bliver presseaktuel og/eller får politisk bevågenhed.

En sag, som er presseaktuel eller årsag til politisk bevågenhed, skal i henhold til den forvaltningsretlige lighedsgrundsætning materielt behandles på samme måde som andre sager. Det er således ikke lovligt at anlægge hverken en strengere, eller en mildere praksis af hensyn til sundhedspersonen på den ene side, eller af hensyn til fx den offentlige opinion på anden side. Jeg henviser endvidere til afsnit 5.1 om fast praksis.

Ombudsmanden har eksempelvis i sager om aktindsigt udtalt, at det ikke er et sagligt kriterium, at en person kan risikere at blive udstillet i pressen. Dette gælder også i relation til, at der består en risiko for den pågældendes udøvelse af sit erhverv.

På den baggrund anbefaler jeg:

- 18) At Sundhedsstyrelsen overvejer at udarbejde retningslinjer for håndteringen af sager, som er presseaktuelle, der tager hensyn til, at sagerne materielt skal behandles på samme måde som andre sager, og som tager hensyn til, at afvejningen mellem hensynet til sundhedsperson og patientsikkerheden ikke påvirkes af pressedækningen.
- 19) At Sundhedsstyrelsen overvejer at udarbejde retningslinjer i forhold til håndteringen af sager som er udsat for politisk bevågenhed, som tager hensyn til at sagerne materielt skal behandles på samme måde som andre sager, og som tager hensyn til, at afvejningen mellem hensynet til sundhedspersonen og patientsikkerheden ikke påvirkes af den politiske bevågenhed.

5.9 Autorisationsfratagelse for mangelfuld journalføring

En læge som udfører alternativ behandling, skal informere patienterne om, at der er tale om en alternativ behandling. Hvis lægen som udgangspunkt informerer korrekt, men ikke indfører dette i journalerne, kan Sundhedsstyrelsen udstede et fagligt påbud om korrekt journalføring efter autorisationslovens § 7, stk. 2, 1. pkt. Såfremt lægen overtræder dette påbud, kan Sundhedsstyrelsen fratage autorisationen efter autorisationslovens § 7, stk. 4.

Patientjournalerne skal af hensyn til patientsikkerheden danne grundlag for information og behandling af patienten, dokumentere den udførte behandling og danne grundlag for tilsyn, jf. Journalføringsbekendtgørelsens § 2, stk. 4. En korrekt journalføring er derfor påkrævet af hensyn til patientsikkerheden, som Sundhedsstyrelsen har pligt til at varetage.

På baggrund af dette er det min vurdering:

- 20) At Sundhedsstyrelsen med hjemmel i autorisationslovens § 7, stk. 4, kan fratage sundhedspersonen autorisationen for manglende journalføring, med henvisning til overtrædelse af et fagligt påbud herom givet med hjemmel i autorisationslovens § 7, stk. 2, 1. pkt.

5.10 Offentlig Digital Post

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at det har været problematisk at sikre, at afgørelser er bekendtgjort korrekt, og at det kan senere give anledning til problemer, når en sag skal forelægges for domstolene.

Sag nr. 34 illustrerer problemerne med at fastholde kommunikationen med sundhedspersoner i tilsyn, samt de praktiske problemer i forbindelse med formidlingen af afgørelser.

Det fremgår af § 3 i lov om offentlig digital post, at alle fysiske personer over 15 år, som har bopæl eller fast ophold i Danmark, skal tilsluttes Offentlig Digital Post. Af lovens § 7 fremgår det, at offentlige afsendere kan anvende Digital Post til afsendelse af alle dokumenter, meddelelser m.v., herunder afgørelser, til fysiske personer. Meddelelser, der sendes under anvendelse af Digital Post, anses for at være kommet frem på det tidspunkt, hvor

meddelelsen er tilgængelig for adressaten, og anses for at være afsendt af den angivne afsender, jf. lov om offentlig digital post, § 10.

Jeg kan derfor anbefale:

- 21) At Sundhedsstyrelsen fremadrettet fremsender breve, afgørelser mv. til den digitale postkasse.

5.11 Sundhedsstyrelsens overvågningsprogram

Landets apoteker modtager en opdateret liste når listen over ordinationsbegrænsninger ændrer sig, men det er ikke altid, at dette får gennemslagskraft.

Sag nr. 7, 17 og 26 illustrerer, at Sundhedsstyrelsens overvågningsprogram for lægers ordination af afhængighedsskabende lægemidler kan anvendes til afdækning af faglige problemer. Eksemplerne viser, at overvågningsprogrammet er særdeles effektivt i forhold til at føre tilsyn med lægers ordination af lægemidler og overtrædelser af ordinationsindskrænkninger.

6. SAMARBEJDE MED ENHEDERNE

6.1 Overdragelse af sager mellem enheder

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling af sager om tilsyn med sundhedspersoners faglige virksomhed, at Sundhedsstyrelsens tilsyn blev varetaget af en central enhed samt af fem decentrale enheder i form af de regionale embedslægeinstitutioner. Sager blev oftest indledt i embedslægeinstitutionerne. Embedslægeinstitutionen oplyste sagen, og træffede herefter beslutning om sagen kunne behandles og afsluttes decentralt, eller om sagen skulle overdrages til behandling i den centrale del af Sundhedsstyrelsen. Behandling, afgørelse og opfølgning af bagatelagtige sager foregik decentralt, mens konkrete ikke-bagatelagtige sager, og sager af principiel og offentlig interesse, blev behandlet centralt. Baggrunden for dette var, at sager af principiel og offentlig interesse skulle tage hensyn til generelle patientsikkerhedsmæssige problemstillinger, og skulle derfor juridisk kvalitetssikres. Desuden skulle det sikres, at sagsbehandlingen i disse sager var ensartet. Dette blev sikret ved den centrale del af tilsynet.

De sager, jeg har modtaget, illustrerer en praksis, hvor manglende retningslinjer for rollefordelingen mellem den centrale enhed i Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionerne medførte, at der ofte opstod problemer i forbindelse med overdragelsen af sagerne mellem enhederne, da den centrale enhed ikke nødvendigvis gik ind i sagen med det samme efter overdragelsen. Det samme gør sig gældende i forhold til, at der blev foretaget en ny sundhedsfaglig vurdering ved overdragelse af sagerne fra embedslægeinstitutionen til den centrale enhed.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at den sundhedsfaglige vurdering nu udelukkende foretages i embedslægeinstitutionerne og med juridisk bistand fra Embedslægeinstitutionen Øst og Tilsyn, og jeg har derfor ingen anbefalinger vedrørende denne problemstilling.

Problemstillingerne i forhold til overdragelsen mellem enhederne har Sundhedsstyrelsen taget hånd om med oprettelsen af Task Force. Task Force skal placere ansvaret og fastsætte en tidsfrist for behandlingen af sager omhandlende risikopersoner. Det fremgår af den evalueringsrapport jeg har modtaget, at Task Force er velfungerende, og at Sundhedsstyrelsen vil videreudvikle Task Force, hvor der måtte opstå et behov for yderligere justeringer. Jeg har derfor ingen anbefalinger vedrørende problemstillingerne omkring overdragelse af sager mellem enhederne.

7. SAMARBEJDE MED ANDRE MYNDIGHEDER

7.1 Underretning af udenlandske myndigheder

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at der ofte opstår særlige problemstillinger i relation til udenlandsk uddannede sundhedspersoner. Det drejer sig om sager, hvor udenlandske sundhedspersoner arbejder i Danmark, og hvor de har mulighed for at rejse ud af Danmark, hvis styrelsen indleder en sag.

Sundhedsstyrelsen har ikke hjemmel til at forhindre en udenlandsk uddannet sundhedsperson i at udrejse af Danmark, når der indledes en tilsynssag. I disse situationer må det antages, at den pågældende ikke længere arbejder i Danmark, og dermed ikke udgør en fare for patientsikkerheden i Danmark, men spørgsmålet er om Sundhedsstyrelsen i så fald har pligt/hjemmel til at underrette de pågældende udenlandske myndigheder. Sundhedsstyrelsen har i forlængelse heraf anmodet om en vurdering af, i hvilket omfang styrelsen bør underrette udenlandske myndigheder udover de situationer, hvor styrelsen er forpligtet til at underrette.

I medfør af den nordiske overenskomst, artikel 18, skal Sundhedsstyrelsen orientere om rettighedsfortabelser. Sundhedsstyrelsen er derimod ikke forpligtet til at orientere om afgørelser fra Patientombuddet, eller hvis der ikke bliver foretaget videre i en sag, medmindre Sundhedsstyrelsen i en sag konkret finder at der foreligger særlige grunde til at underrette. Der kan fx være tale om situationer, hvor Sundhedsstyrelsen er bekendt med, at en sundhedsperson, som har autorisation og arbejder i et andet nordisk land, har problemer med at overholde et tilsyn i Danmark, hvor der (endnu) ikke er grundlag for autorisationsfratagelse.

Der er tale om en videregivelse af oplysninger, som er omfattet af persondatalovens bestemmelser. Persondataloven gælder for videregivelse af oplysninger, hvis den dataansvarlige myndighed er etableret i Danmark, og databehandlingen foregår inden for EU/EØS. En underretning af udenlandske myndigheder skal derfor have hjemmel i persondataloven. Videregivelse af oplysninger til tredjelande skal ske med hjemmel i persondatalovens § 27

.....

efter en konkret vurdering. Oplysninger om, at en sundhedsperson er syg er omfattet af persondatalovens § 6, og kan videregives efter denne bestemmelse. Oplysninger om hvad en sundhedsperson fejler i tilfælde af sygdom, er derimod personfølsomme oplysninger, som skal behandles efter persondatalovens § 7.

Oplysninger om, at en sundhedsperson vurderes at være til fare for patientsikkerheden, kan videregives uden samtykke og uden anmodning med henvisning til persondatalovens § 7, stk. 2, nr. 4. Sundhedsstyrelsen bør som udgangspunkt anmode om samtykke fra den pågældende sundhedsperson til, at der sker en underretning af de udenlandske myndigheder.

Desuden henvises til § 13 i bekendtgørelse om EU- og EØS-statsborgeres adgang til udøvelse af virksomhed som autoriseret sundhedsperson udstedt i medfør af autorisationslovens § 3, hvorefter:

"Sundhedsstyrelsen kan af den kompetente myndighed i et EU/EØS-land m.v., for hver udførelse af sundhedstjenesteydelser anmode om nødvendige oplysninger om vedkommende sundhedspersons lovlige etablering, redelige adfærd og eventuelle faglige disciplinære eller strafferetlige sanktioner, jf. direktivets artikel 8. Stk. 2 Sundhedsstyrelsen meddeler på begæring af en kompetent myndighed i et EU/EØS-land m.v. tilsvarende oplysninger om en dansk sundhedsperson, som udfører sundhedstjenesteydelser i vedkommende land."

Jeg anbefaler:

- 22) At Sundhedsstyrelsen overvejer at udarbejde en kort retningslinje for underretning af udenlandske myndigheder, der sammenfatter styrelsens administration af de nævnte regler.

7.2 Udenlandsk autorisationsfratagelse

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at i tilfælde, hvor en udenlandsk myndighed vurderer, at en sundhedsperson skal fratages sin autorisation, kræver det en særskilt dansk vurdering af sagen, når sundhedspersonen er uddannet i Danmark.

Sag nr. 39 illustrerer den situation, som opstår som følge af en forskellig lovgivning de nordiske lande imellem. Norge er kendt for at tage autorisationen i væsentligt flere tilfælde end Danmark, hvor der skal mere til, for at en læge mister sin autorisation. Sundhedsstyrelsen ønsker belyst om en sådan situation giver anledning til problemstillinger i forhold til Sundhedsstyrelsens tilsynsarbejde.

Jeg henviser til afsnit 3.4, hvor jeg anfører, at såfremt Sundhedsstyrelsen ønsker at anlægge en strengere praksis, er det min vurdering, at der er rum hertil inden for lovgivningen, men

at det må bero på overvejelser om, hvordan Sundhedsstyrelsen ønsker at fastlægge praksis i forhold til det danske lovgrundlag for tilsynet.

8. FORHOLDET TIL ANDEN LOVGIVNING

8.1 Samspillet med straffeloven

I forhold til samspillet med straffeloven, kan der opstå problemstillinger i relation til udveksling af oplysninger, og spørgsmål om, hvorvidt Sundhedsstyrelsen har pligt eller ret til at anmelde strafbare forhold.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling af sager om tilsyn med sundhedspersoners faglige virksomhed, pkt. 8, at tilsynssager, hvor politiet inddrages, kan begynde ved, at politiet henvender sig til den lokale embedslægeinstitution, hvis de har mistanke om en grovere eller gentagen overtrædelse af autorisationsloven eller ved, at en embedslægeinstitution får mistanke om, at der kan blive tale om tiltalerejsning efter et retslægeligt ligsyn.

En embedslægeinstitution kan også under behandlingen af en tilsynssag finde, at der er en begrundet mistanke om, at en sundhedsperson har gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed.

I enkelte tilfælde vil en sag begynde i Embedslægeinstitutionen Øst og Tilsyn, som så vil forestå sagsoplysningen.

Når en embedslægeinstitution finder, at der kan blive tale om tiltalerejsning, jf. autorisationsloven, skal embedslægeinstitutionen overdrage sagen til Enhed for Tilsyn, som vurderer, om sagen skal sendes til politiet med henblik på stillingtagen til eventuel politimæssig efterforskning. Anmodningen om politimæssig efterforskning er bl.a. begrundet i sikring af sundhedspersonens retssikkerhed, herunder afhøring med en sigtets rettigheder mv., i tilfælde af, at der skulle blive rejst en straffesag i anledning af hændelsen.

Når Embedslægeinstitution Øst og Tilsyn får en sag overdraget, vil sagen blive vurderet juridisk, og af en eller flere sagkyndige rådgivere. Hvis der findes grundlag for, at der vil kunne blive tale om tiltalerejsning, bliver sagen sendt til politiet.

Politiet tager ind i mellem, af egen drift, sager op vedrørende sundhedsfaglig virksomhed, udøvet af personer inden for sundhedsvæsenet. Politiet indhenter i den forbindelse sundhedsfaglig rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. I disse tilfælde overdrages sagen til Embedslægeinstitutionen Øst og Tilsyn med henblik på besvarelse. Politiet har forpligtelse til at underrette Sundhedsstyrelsen om en straffesags udfald.

Embedslægeinstitutionerne modtager af og til henvendelser om overtrædelser af straffelovens bestemmelser begået af en sundhedsperson i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed. Afgørelsen af, om mistanke eller påstande om straffelovsovertrædelser er egnet til retsforfølgelse eller ej, foretages af politiet/anklagemyndigheden og hører således ikke under Sundhedsstyrelsens område. Sundhedsstyrelsen kan dog være indgangsport for sager, hvor der kan vise sig at være baggrund for tiltale efter straffeloven. Efter en eventuel videresendelse vil politiet behandle sagen, og kan i den forbindelse bede Sundhedsstyrelsen om en vurdering af sagens sundhedsfaglige eller juridiske forhold.

Sag nr. 6 og 10 illustrerer de situationer, som opstår i forbindelse med, at sundhedspersoner begår strafbare forhold. Sundhedspersoner har en særlig let adgang til lægemidler i medicinske eller hos patienter, og Sundhedsstyrelsen arbejder derfor ofte i samspil med eller parallelt med politiets arbejde inden for straffeloven.

Spørgsmålet om, hvorvidt der består en særlig pligt for offentlige myndigheder til at anmelde lovovertrædelser, er ikke lovreguleret. Det følger af betænkning nr. 981/1983 om håndhævelse af bygge- og miljølovgivningen, side 162, at der ikke findes en almindelig regel om, at en forvaltningsmyndighed har pligt til at indgive politianmeldelse i anledning af konstaterede lovovertrædelser, og at der efter gældende ret næppe er andre regler for forvaltningsmyndighedernes beslutning om eventuel politianmeldelse end det almindelige uskrevne lighedsprincip.

Justitsministeriet antager med henvisning til ovennævnte betænkning, side 162, at forvaltningsmyndigheder, der har til opgave at føre tilsyn med, at borgerne overholder lovgivningen, efter omstændighederne har pligt til at indgive politianmeldelse i anledning af konstaterede lovovertrædelser. Uden for sådanne tilfælde kan der formentlig opstilles den hovedregel, at forvaltningsmyndigheder er berettiget, men ikke forpligtet, til at indgive politianmeldelse i anledning af formodet strafbart forhold begået af private, jf. justitsministerens svar af 6. april 1996 på spørgsmål nr. S 1597 fra Anne Baastrup (SF), Folketingstidende 1995-96, Forhandlingerne, side 5726.

Det fremgår af Miljøstyrelsens vejledning nr. 6/2005 om håndhævelse af miljøbeskyttelsesloven, side 32-52, at der påhviler en tilsynsmyndighed en særlig forpligtelse til at overveje politianmeldelse, når der konstateres en overtrædelse af miljølovgivningen, ligesom det fremgår, at tilsynsmyndigheden kan have pligt til at politianmelde grove lovovertrædelser. Det fremgår i øvrigt af vejledningen side 33, at tilsynsmyndigheden ud fra en lighedsbetragtning bør følge en konsekvent linje i håndhævelsen af overtrædelser.

Jeg bemærker, at en myndigheds indgivelse af politianmeldelse ifølge Folketingets ombudsmands praksis kan udgøre en forvaltningsafgørelse og dermed udløse partsrettigheder efter reglerne i forvaltningsloven, se hertil FOB 1992.296 og FOB 1999.693. Ombudsman-

den fandt dog i sidstnævnte udtalelse ikke anledning til at tage endelig stilling til, om politianmeldelse er en afgørelse i forvaltningslovens forstand, idet han fandt, at det under alle omstændigheder vil være "bedst stemmende med god forvaltningsskik", at borgeren i forbindelse med politianmeldelse høres, og bliver meddelt en begrundelse.

På baggrund af dette er det min vurdering, at Sundhedsstyrelsen som udgangspunkt har pligt til at anmelde konstaterede lovovertrædelser af den lovgivning, som styrelsen fører tilsyn med, da det er det, der ligger i tilsynsopgaven. Hvornår der er pligt til at foretage anmeldelse beror dog i grænsetilfælde på et skøn. Jeg anbefaler, at Sundhedsstyrelsen formulerer kriterier for politianmeldelse efter principperne for tiltalefrafald og påtaleopgivelse i retsplejelovens §§ 721 og 722. Anklagemyndigheden kan frafalde tiltale, hvis et strafbart forhold er af ringe strafværdighed, eller der foreligger særlig formildende omstændigheder, og påtale ikke er påkrævet af almene hensyn. Tiltale kan også frafaldes, hvis der ikke er et rimeligt forhold mellem de ressourcer, der skal anvendes på sagen, og den sanktion, der kan ventes idømt. Påtale kan endvidere opgives, hvis anklagemyndigheden ikke mener, at der er tilstrækkeligt bevis til, at den sigtede kan blive dømt.

Sundhedsstyrelsens praksis skal formuleres med respekt af, at den strafferetlige vurdering af forholdet tilkommer anklagemyndigheden. På den baggrund vil det være hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med anklagemyndigheden fastlægger kriterierne for, hvornår Sundhedsstyrelsen foretager politianmeldelser på styrelsens tilsynsområde.

På baggrund af overstående anbefaler jeg:

- 23) At Sundhedsstyrelsen formulerer kriterier for, under hvilke omstændigheder Sundhedsstyrelsen indgiver politianmeldelse for forhold, som udelukkende er strafbare efter straffelovens bestemmelser.
- 24) At Sundhedsstyrelsen retter henvendelse til anklagemyndigheden med henblik på at fastlægge kriterier for, under hvilke omstændigheder Sundhedsstyrelsen har pligt til at indgive politianmeldelse for forhold, som er strafsanktioneret efter Autorisationsloven.
- 25) At Sundhedsstyrelsen udarbejder vejledning for, i hvilke tilfælde, Sundhedsstyrelsen indgiver politianmeldelse efter Autorisationslovens §§ 73 og 74.

8.2 Sundhedsfagligt studerende

Sundhedsstyrelsen kan blive bekendt med, at sundhedsfagligt studerende har problemer med misbrug af afhængighedsskabende lægemidler. Sundhedsstyrelsen har ikke mulighed for at iværksætte sanktioner over for personer, der ikke er autoriserede. Sundhedsfagligt studerende har imidlertid patientkontakt som led i deres studie, ligesom fx medicinstuderende i vidt omfang på hospitaler i praksis virker som læger sent på studiet.

Følgende fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling af sager om tilsyn med sundhedspersoners faglige virksomhed, pkt. 6.2:

"såfremt en sag vedrører personer, der ikke er omfattet af Patientklagenævnets kompetence, f.eks. studerende eller social- og sundhedshjælpere, vurderer Sundhedsstyrelsens centrale del i medfør af § 215, stk. 1, i Sundhedsloven, om sundhedspersonen har handlet fagligt korrekt."

Det fremgår endvidere af Sundhedsstyrelsens vejledning om ansvarsforhold ved ansættelse af lægestuderende i lægevikariater, at lægelovens regler for anvendelse af medhjælp, jf. autorisationslovens § 17, gælder for en lægestuderende ansat som vikar for læge. Enhver læge med ret til selvstændigt virke, kan i medfør af autorisationslovens § 17, med enkelte undtagelser, delegerer en hvilken som helst opgave til en medhjælp, uanset medhjælpens uddannelse og baggrund.

Den for afdelingen ansvarlige overlæge vil være forpligtet til at påse, at medhjælpen besidder de nødvendige faglige kvalifikationer i forhold til at udføre en given opgave. Den ansvarlige overlæge skal instruere medhjælpen i tilstrækkeligt omfang og løbende føre tilsyn med det arbejde, som den pågældende udfører. I forhold til ovenstående er den ansvarlige overlæge forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17. Når en læge benytter medhjælp, er lægen ansvarlig for det arbejde, som medhjælpen udfører, så længe medhjælpen holder sig inden for den af lægen givne bemyndigelse.

I tilfælde af klager over patientbehandling foretaget af en lægestuderende vurderer Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, om den ansvarshavende overlæge har levet op til sin forpligtigelse i form af tilstrækkelig instruktion af medhjælpen. Såfremt den lægestuderende har handlet udenfor eller i strid med bemyndigelsen, har Sundhedsstyrelsen mulighed for at udtale kritik af vedkommende, eller der kan i meget sjældne tilfælde være tale om en overtrædelse af lægelovens kvaksalveribestemmelser eller straffeloven.

Sag nr. 10 og 18 illustrerer de problemstillinger, der opstår i forhold til sundhedsfagligt studerende. Universitetet har ikke mulighed for at stoppe en studerende på grund af adfærd. Det er således en tilbagevendende problematik for Sundhedsstyrelsen, hvilke muligheder styrelsen har over for sundhedsfagligt studerende, som er til fare for deres patienter.

I tilfælde hvor Sundhedsstyrelsen bliver opmærksom på, at en sundhedsfagligt studerende udgør en fare for patientsikkerheden, har Sundhedsstyrelsen som tilsynsmyndighed, efter min vurdering pligt til at gribe ind. Sundhedsstyrelsen har hjemmel til at behandle sagen efter sundhedslovens § 215. Efter autorisationslovens § 73 må en uautoriseret person behandle syge, men den pågældende må ikke i den forbindelse udsætte nogens helbred for påviselig fare. Det vil i sådanne tilfælde være berettiget, at Sundhedsstyrelsen retter henvendelse til den ansvarlige myndighed/virksomhed, som beskæftiger den studerende. I denne situation er det min vurdering at der er hjemmel til at videregive oplysningerne efter

persondatalovens § 6, stk. 1, nr. 3, 6 eller 7, afhængig af hvem modtageren af oplysningerne er, eller persondatalovens § 7, stk. 2, nr. 4.

For pligten til at politianmelde strafbare forhold henviser jeg til forrige afsnit.

Jeg anbefaler:

- 26) At Sundhedsstyrelsens fastlægger kriterier for, i hvilke situationer Sundhedsstyrelsen bør rette henvendelse til den ansvarlige myndighed/virksomhed, som beskæftiger medicinstuderende, som udgør en fare for patientsikkerheden.
- 27) At Sundhedsstyrelsen fastlægger retningslinjer og kriterier for praksis for politianmeldelse af medicinstuderende, som har begået strafbare forhold.

8.3 Arkivering

Sundhedsstyrelsen har oplyst at egnethedssager først lukkes endeligt når sundhedspersonen dør. Ved en journalperiodes afslutning bliver en kopi af systemets indhold sendt til Statens Arkiver, hvorefter alle sager i systemet lukkes. Sundhedsstyrelsen har imidlertid oplyst, at egnethedssager forbliver i journalsystemet, og alle sagens dokumenter vil være synlige, ligesom sagen meget nemt kan genåbnes. Sundhedsstyrelsen har endvidere oplyst, at disse sager ofte ikke er aktive i meget lange perioder.

Efter persondatalovens § 5, stk. 2, skal en senere behandling af oplysninger ske efter de udtrykkeligt angivne og saglige formål, hvorefter oplysninger er indsamlet. Efter stk. 5 i samme bestemmelse, må indsamlede oplysninger ikke opbevares på en måde, der giver mulighed for at identificere den registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til de formål, hvortil oplysningerne behandles. Det fremgår af kommentaren til persondatalovens § 5, stk. 5, at det er en konkret vurdering, for hvilket tidsrum opbevaring af identificerbare oplysninger vil kunne ske. Der skal lægges vægt på, om en fortsat opbevaring af oplysningerne tjener et sagligt formål.

Det fremgår af betænkning 1345/1997, side 165, at personoplysninger i digitale sager samt i manuelle registre er omfattet af persondatalovens § 5. Det bliver derfor forudsat, at der vil blive etableret en praksis, som gør det muligt for forvaltningsmyndigheder at opbevare digitale sagsakter samt manuelle registre, så længe der er et administrativt behov herfor. Behovet for at opbevare digitale sagsakter vil variere stærkt fra sagstype til sagstype.

Bestemmelsen i persondatalovens § 5, stk. 5, indebærer ikke indskrænkninger i adgangen til arkivmæssig behandling af oplysninger. Bestemmelsen fører heller ikke til indskrænkninger i den dataansvarliges adgang til efter arkivlovgivningen at få stillet arkiverede oplysninger til rådighed.

Persondatalovens bestemmelser gælder parallelt med arkivlovgivningen, hvilket medfører, at adgangen til egnethedssagerne skal have et konkret og sagligt formål.

På denne baggrund er det min vurdering, at en generel praksis, hvor der, uden undtagelse, fortsat er direkte adgang til arkiverede egnethedssager, rejser alvorlige spørgsmål om overholdelsen af persondatalovens regler, og jeg anbefaler derfor følgende:

- 28) At Sundhedsstyrelsen sikrer, at dokumenter i alle lukkede sager, som indeholder personoplysninger, slettes fra journalsystemet efter oversendelse til Statens Arkiver, med mindre der efter en konkret vurdering er et sagligt administrativt behov for fortsat at opbevare oplysningerne i den konkrete sag.

9. SAMLET KONKLUSION OG ANBEFALINGER

Efter gennemgang af sagerne er det overordnet min opfattelse, at sagsbehandlingen hos Sundhedsstyrelsen er af god kvalitet. Sundhedsstyrelsen har med indførelsen af Task Force taget et godt initiativ til at nedbringe sagsbehandlingstiden og kvalitetssikre sagsbehandlingen. Denne rapport indeholder anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen kan inddrage i det fortsatte arbejde med at udvikle sagsbehandlingen.

Det er min opfattelse, at sagsbehandlingen set fra et kvalitativt perspektiv på en række punkter kan forbedres, og at sagsbehandlingen kan optimeres.

I de 39 sager jeg har gennemgået, er det væsentligste udestående sagsbehandlingstiden, hvor der er forekommet ”døde perioder”. I flere af sagerne har grundlaget for at træffe afgørelserne efter min opfattelse været til stede på et tidligere tidspunkt. Sundhedsstyrelsen har, som led i etableringen af Task Force, fastsat sagsbehandlingsfrister, og har derfor taget effektive skridt til at imødegå denne udfordring. Kortere frister for partshøring, eller overvejelser om at undlade ikke-pligtmæssig partshøring, og overvejelser om at fastsætte håndfaste retningslinjer for overskridelser af høringsfrister, vil samlet set kunne bidrage til at nedbringe sagsbehandlingstiden.

Efter min opfattelse, afgøres hovedparten af de omhandlede sager ud fra et relativt frit skøn efter de relevante lov- og bekendtgørelsesbestemmelser, og dette skøn betyder, at sagerne reelt skal afgøres efter en administrativ praksis. For at undgå fejl og af hensyn til patientsikkerheden, forudsigelighed for sundhedspersonen, sundhedspersonens retssikkerhed og en effektiv behandling af sagerne, er det vigtigt, at der er fuldstændig klarhed om den praksis, som sagerne skal afgøres efter. Sundhedsstyrelsen har udviklet gode støtteredskaber i form af brevskaeloner, vejledninger mv., men det er min vurdering, at der er rum for udvikling på dette punkt. Jeg kan derfor anbefale, at Sundhedsstyrelsen dokumenterer sin praksis på de forskellige (typiske) områder i et samlet konsolideret administrationsgrundlag, der udover en praksisbeskrivelse skal indeholde de nødvendige operationelle redskaber for ekspe-

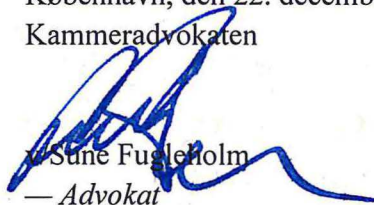
dition af sager på de enkelte områder. Jeg henviser specifikt til hastesager, sager som er presseaktuelle, og sager som er udsat for politisk bevågenhed. Et samlet administrationsgrundlag vil medvirke til at skabe større ensartethed og effektiv administration, og kunne udgøre et kvalitetsstyringsværktøj for Sundhedsstyrelsens ledelse.

Endelig er det min vurdering, at Sundhedsstyrelsens praksis med brug af frivillige aftaler, er vanskeligt foreneligt med ufravigelige retsregler om, at forvaltningen udfører sin virksomhed i form af afgørelser. Når alle betingelser for at træffe en afgørelse er opfyldt, og parten dermed befinder sig i en situation, hvor der er behov for at give vedkommende den procesuelle beskyttelse og de partsrettigheder, som vil følge af en anvendelse af forvaltningslovens bestemmelser, og disse bestemmelser vil være egnede til at give parten den ønskede beskyttelse, er det min opfattelse, at der bør træffes en afgørelse, og ikke indgås en frivillig aftale med sundhedspersonen.

Herudover har jeg i ovenstående afsnit fremsat en række konkrete anbefalinger.

København, den 22. december 2014

Kammeradvokaten


Sune Fugleholm
— Advokat

BILAG 1

- Sag nr. 1 – Egnethedssag** **j.nr. 5-4211-1115/1**
Sagen illustrerer sagsmodtagelsen og de indledende sagsbehandlingsskridt.
- Sag nr. 2 – Egnetheds- og faglig tilsynssag** **j.nr. 5-4211-296/1**
Sagen illustrerer problemstillingerne omkring Sundhedsstyrelsens praksis med indgåelse af frivillige aftaler.
- Sag nr. 3 – Egnethedssag** **j.nr. 5-4211-1189/1**
Sagen illustrerer et simpelt forløb i en egnethedssag ved sygdom.
- Sag nr. 4 – Faglig tilsynssag** **j.nr. 5-4411-1661/1**
Sagen omhandler en udenlandsk uddannet sundhedsperson og illustrerer, at der er tvivl om fagligheden af udenlandsk uddannede læger, på trods af, at disse skal opnå godkendelse efter Sundhedsstyrelsens velkendte uddannelses- og autorisationsprocedure.
- Sag nr. 5 – Egnethedssag** **j.nr. 5-4211-219/1**
Sag, som illustrerer problemstillingen omkring underretning af udenlandske myndigheder.
- Sag nr. 6 – Egnethedssag** **j.nr. 5-4211-844/1**
Sagen illustrerer en sag med et langvarigt forløb. Egnethedsforløbene bærer generelt præg af, at der indgås mange frivillige aftaler, og der er tale om langvarige, komplicerede forløb, hvor det er svært at få personen til at medvirke, og hvor det er svært for personen at komme ud af sit misbrug. Sagen illustrerer desuden de situationer, som opstår i forbindelse med, at sundhedspersoner begår strafbare forhold.
- Sag nr. 7 – Ordinationssag** **j.nr. 5-1211-1404/1**
Sagen omhandler den ene af to læger, hvor sagerne blev håndteret i et samtidigt forløb. Sagen illustrerer, at Sundhedsstyrelsens overvågningsprogram for lægers ordination af afhængighedsskabende lægemidler kan anvendes til afdækning af faglige problemer.
- Sag nr. 8 – Egnetheds- og faglig tilsynssag** **j.nr. 5-4211-295/1, 5-4411-1689/1**
Sagen viser, at selvom sundhedspersonen viser samarbejdsvillighed, er det ofte vanskeligt for en sundhedsperson med en misbrugsproblematik at overholde frivillige aftaler.
- Sag nr. 9 – Egnetheds- og faglig tilsynssag** **j.nr. 5-4211-312/1**
Sagen har gennemgående haft langvarige forløb, og samarbejdet med sundhedspersonen har været vanskeligt, især på grund af egnethedsproblematikker.
- Sag nr. 10 – Særlig problematik** **j.nr. 5-4214-51/1, 5-4214-52/1**
Sagen illustrerer de situationer, som opstår i forbindelse med, at en sundhedsfaglig studerende begår strafbare forhold.
- Sag nr. 11 – Egnetheds- og faglig tilsynssag** **j.nr. 5-4211-1110/1 m.fl.**
Sagen illustrerer Sundhedsstyrelsens praksis for partshøring. Sagen illustrerer desuden problemer i forbindelse med, at journaler skal indhentes hos læger, der fortsat er autoriserede og har ydernummer, men ikke praktiserer i en længere periode.
- Sag nr. 12 – Faglig tilsynssag** **j.nr. 5-4411-1666/1 m.fl.**
Der er tale om flere enkeltsager med indberetninger i forbindelse med en sundhedsperson, som udførte alternativ behandling. Sagskomplekset illustrerer problemer i forbindelse med afgrænsning af behandling med lægemidler i forhold til behandling med kosttilskud.

Sag nr. 13 – særlig problematik
1324/1**j.nr. 5-1211-1602/1, 5-1211-**

Der er tale om et kompliceret forløb, hvor det juridiske grundlag er usikkert. Patienten var helbredsmæssigt svært truet, men læger med alternativ tilgang var eneste faste kontakter. Sundhedsstyrelsens rolle var i det væsentlige en konsulentfunktion.

Sag nr. 14 – Faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-1171/1**

Sag om en udenlandsk uddannet sundhedsperson, som arbejdede i Danmark, men rejste ud af landet, efter Sundhedsstyrelsen indledte en sag.

Sag nr. 15 – Faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-881/1**

Sagen er et eksempel på en sag, hvor en sundhedsperson udfører en risikabel behandling, uden at dele Sundhedsstyrelsens opfattelse af, hvilke krav der skal stilles til stilling af diagnose.

Sag nr. 16 – Faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-58/1**

Sag, som illustrerer problemstillingen omkring underretning af udenlandske myndigheder.

Sag nr. 17 – Ordinationssag**j.nr. 5-3211-33/1**

Sagen illustrerer, at Sundhedsstyrelsens overvågningsprogram for lægers ordination af afhængighedsskabende lægemidler kan anvendes til afdækning af faglige problemer.

Sag nr. 18 – Egnethedssag + særlig problematik**j.nr. 5-4211-1122/1**

Sagen illustrerer de situationer, som opstår i forbindelse med, at Sundhedsstyrelsen vurderer en sundhedsfaglig studerende kan være en risiko for patientsikkerheden.

Sag nr. 19 – Egnethedssag**j.nr. 5-4211-17/1**

I denne type sag sker det ofte, at sundhedspersonen fortsætter sine udskrivninger af afhængighedsskabende lægemidler, hvilket Sundhedsstyrelsen opdager gennem styrelsens overvågningsprogram.

Sag nr. 20 – Faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-16/1**

Sagen illustrerer en sag med et langvarigt forløb. I de faglige tilsynssager medfører et konstaterbart manglende ønske fra sundhedspersonens side om at ændre sin praksis ofte, at sagen bliver langvarige.

Sag nr. 21 – Faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-122/1**

Sagen illustrerer Sundhedsstyrelsens praksis om at acceptere mere lempelige løsninger stillet overfor pressens krav om udstilling af enkeltpersoner. Sagen illustrerer desuden det arbejde, der bliver genereret af, at en sag bliver presseaktuel og/eller får politisk bevågenhed.

Sag nr. 22 – Særlig problematik**j.nr. 5-4211-154/1 m.fl.**

Sagen illustrerer fortsat virke efter bortfald af retten til selvstændigt fagligt virke.

Sag nr. 23 – Egnetheds- og faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-1055/1 m.fl.**

Sagen illustrerer sagsmodtagelsen og de indledende sagsbehandlingsskridt.

Sag nr. 24 – Egnetheds- og faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-49/1 m.fl.**

Sagen illustrerer en kompleks sag med et langvarigt forløb, og samarbejdet med sundhedspersonen har været vanskeligt, især på grund af egnethedsproblematikker.

Sag nr. 25 – Egnetheds- og faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-1722/1 m.fl.**

Sag om en udenlandsk uddannet sundhedsperson, som arbejdede i Danmark, men rejste ud af landet, efter Sundhedsstyrelsen indledte en sag.

Sag nr. 26 – Ordinationssag j.nr. 5-3211-2/1

I denne type sager sker det ofte, at sundhedspersonen fortsætter sine udskrivninger af afhængighedsskabende lægemidler, hvilket Sundhedsstyrelsen opdager gennem styrelsens overvågningsprogram.

Sag nr. 27 – Egnethedssag j.nr. 5-4211-727/1

Sagen illustrerer problemer i relation til, om det er acceptabelt, at en sundhedsperson genoptager sundhedsfagligt arbejde, indtil vedkommendes sag er belyst.

Sag nr. 28 – Egnethedssag j.nr. 5-4211-18/1

Sagen illustrerer Sundhedsstyrelsens praksis for partshøring og problemstillingen omkring underretning af udenlandske myndigheder.

Sag nr. 29 – Egnetheds- og ordinationssag j.nr. 5-4211-46/1, 5-3211-13/1

Sagen illustrerer Sundhedsstyrelsens praksis for partshøring.

Sag nr. 30 – Faglig tilsynssag j.nr. 5-4411-547/1

Sagen illustrerer et forløb med autorisationsfratagelse først i Sverige, derefter i Danmark.

Sag nr. 31 – Egnethedssag j.nr. 5-4211-1176/1

Sagen illustrerer et simpelt egnethedsforløb.

Sag nr. 32 – Egnethedssag j.nr. 5-4211-802/1

Sagen illustrerer en sag med et langvarigt forløb. Egnethedsforløbene bærer generelt præg af, at der indgås mange frivillige aftaler, og der er tale om langvarige, komplicerede forløb, hvor det er svært at få personen til at medvirke, og hvor det er svært for personen at komme ud af sit misbrug.

Sag nr. 33 – Egnetheds- og ordinationssag j.nr. 5-4211-339/1

Sagen illustrerer en sag med et langvarigt forløb. Egnethedsforløbene bærer generelt præg af, at der indgås mange frivillige aftaler, og der er tale om langvarige, komplicerede forløb, hvor det er svært at få personen til at medvirke, og hvor det er svært for personen at komme ud af sit misbrug.

Sag nr. 34 – Egnethedssag j.nr. 5-4211-726/1

Sagen illustrerer problemerne med at fastholde kommunikationen med sundhedspersoner i tilsyn, samt de praktiske problemer i forbindelse med formidlingen af afgørelser.

Sag nr. 35 – Egnethedssag j.nr. 5-4211-1089/1

Sagen illustrerer en svær grænse for, om Sundhedsstyrelsen skal acceptere, at sundhedspersoner i tilsyn og kontrol kan være på arbejdsmarkedet, og om Sundhedsstyrelsen skal stille en sundhedspersons autorisationsfratagelse i bero på, at vedkommende er i behandling.

Sag nr. 36 – Faglig tilsynssag j.nr. 5-4411-190/1

Sagen illustrerer Sundhedsstyrelsens praksis med indgåelse af frivillige aftaler. Sagen illustrerer desuden Sundhedsstyrelsens praksis om at acceptere mere lempelige løsninger stillet overfor pressens krav om udstilling af enkeltpersoner. Sagen illustrerer desuden det arbejde, der bliver genereret af, at en sag bliver presseaktuel og/eller får politisk bevågenhed.

Sag nr. 37 – Faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-4/1**

Sagen illustrerer en sag med et langvarigt forløb. I de faglige tilsynssager medfører et konstaterbart manglende ønske fra sundhedspersonens side om at ændre sin praksis ofte, at sagerne bliver langvarige. Sagen illustrerer vanskelighederne med at føre tilsyn med sundhedspersoner, som benytter sig af alternative behandlingsmetoder.

Sag nr. 38 – Faglig tilsynssag**j.nr. 5-4411-38/1 m.fl.**

Sagen illustrerer Sundhedsstyrelsens praksis med indgåelse af frivillige aftaler og illustrerer desuden en problemstilling omkring autorisationsfratagelse på grund af mangelfuld journalføring.

Sag nr. 39 – Faglig tilsynssag**j.nr. 5-4211-63/1**

Sagen illustrerer den situation, der opstår som følge af en forskellig lovgivning de nordiske lande imellem.

.....

BILAG 2

- Lovbekendtgørelse 2014-11-14 nr. 1202 (sundhedsloven)
- Bekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven)
- Lov 2000-05-31 nr. 429 om behandling af personoplysninger (persondataloven)
- Lovbekendtgørelse 2014-04-22 nr. 433 Forvaltningsloven
- Lovbekendtgørelse 2014-12-09 nr. 1308 Retsplejeloven
- Bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) (journalføringsbekendtgørelsen)
- Bekendtgørelse nr. 1445 af 15. december 2010 om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klage- og tilsynssager på sundhedsområdet
- Bekendtgørelse 2010-01-13 nr. 49 om EU- og EØS-statsborgeres adgang til udøvelse af virksomhed som autoriseret sundhedsperson
- Europa-Parlamentets og Rådets direktiv af 2005-09-07 om anerkendelse af erhvervs-mæssige kvalifikationer (2005/36)
- Bkg. nr. 81 af 8. september 1994 af overenskomst med Finland, Island, Norge og Sverige om fælles nordisk arbejdsmarked for visse personalegrupper inden for sundhedsvæsenet og veterinærvæsenet (den nordiske overenskomst).
- Justitsministeriets vejledning til forvaltningsloven (vejledning nr. 11740 af 4. december 1986)