

Den 5. februar 2008

## **Forslag til**

### **Lov om ændring af Sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer**

(Friere sygehusvalg, udvidet behandlingsret for psykisk syge børn og unge, kontaktpersoner på sygehuse, udvidet patientsikkerhedsordning, udvidet adgang til Medicinprofilen, kommunal fysioterapi, nationalt forebyggelsesråd m.v.)

#### **§ 1**

I sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005, som ændret ved § 2 i lov nr. 1395 af 21. december 2005, lov nr. 491 af 7. juni 2006, § 80 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, § 1 i lov nr. 1556 af 20. december 2006, lov nr. 431 af 8. maj 2007 og lov nr. 511 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

1. I § 24, stk. 3, ændres ”§ 7, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegerning” til: ”§ 42 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed”.
2. I § 79, stk. 2, ændres ”Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium” til: ”PTU's RehabiliteringsCenter”
3. § 86, stk. 1, affattes således:

”§ 86. En person, som henvises til undersøgelse eller behandling på et sygehus, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse, jf. § 75, stk. 1 og 2, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, samt de institutioner, som ministeren for sundhed og forebyggelse har bestemt at frit valg-reglerne skal finde anvendelse på, jf. § 75, stk. 5, uanset undersøgelses- og behandlingstilbud samt kriterier for undersøgelse og behandling i bopælsregionens sygehusvæsen.”

4. § 87, stk. 1, affattes således:

”§ 87. En person, som er henvist til undersøgelse eller behandling på et af bopælsregionens sygehuse, kan vælge at blive undersøgt eller behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 5 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelsen eller behandlingen ved egne sygehuse eller samarbejdssygehuse, jf. §

75, stk. 1 og 2, eller ved et af de i § 79, stk. 2 nævnte private specialsygehuse, jf. dog §§ 87 a og 87 b.”

5. I § 87, stk. 2, 1. pkt., indsættes efter ” tidsfristen”: ”for behandling”.
6. I § 87 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:  
*”Stk. 3. En person, som har fået tilbudt en dato for undersøgelse eller behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive undersøgt eller behandlet på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ændrer datoen for undersøgelse eller behandling på det regionale sygehus.”*  
 Stk. 3-4 bliver herefter stk. 4-5.
7. § 87, stk. 3, der bliver stk. 4, affattes således:  
*”Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådets forpligtelser til at oplyse om den undersøgelse og behandling, der er omfattet af stk. 1 og 3, og kan herunder undtage bestemte undersøgelses- og behandlingsformer.”*
8. I § 87, stk. 4, der bliver stk. 5, indsættes efter ” aftale om”: ”undersøgelse og”.
9. § 87, stk. 5, ophæves.
10. I § 87, stk. 6, ændres ”stk. 4” til: ”stk. 5”.
11. Efter § 87 indsættes:

#### »Kapitel 20 a

#### *Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge*

**§ 87 a.** Personer, som ikke er fyldt 19 år ved henvisning til psykiatrisk undersøgelse eller behandling, kan vælge at blive undersøgt og behandlet efter bestemmelserne i §§ 87 b-87 d.

**§ 87 b.** En person, som er henvist til psykiatrisk undersøgelse, kan vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale med regionsrådene efter § 87 c, stk. 1 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

*Stk. 2.* Viser den psykiatriske undersøgelse, at en person har behov for hurtigt at modtage behandling for at undgå forværring af sin lidelse, kan vedkommende vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden 2 måneder efter undersøgelsens afslutning.

*Stk. 3.* Selv om bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kan en person, der efter stk. 1 er blevet undersøgt på et aftalesygehus, og som har behov for hurtig behandling, jf. stk. 2, vælge at blive behandlet på det aftalesygehus, hvor personen er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

*Stk. 4.* Retten efter stk. 1 og 2 til at vælge at blive undersøgt og behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til undersøgelse eller behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse.

§ 87 c. Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om undersøgelse og behandling efter §§ 87 a og 87 b. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

§ 87 d. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder efter dette kapitel, herunder om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehusene, jf. § 87 c, stk. 1, og om proceduren for henvisning af patienter m.v.«

12. I overskriften til *kapitel 23* ændres ”*Regionsrådets oplysningspligt*” til: ”*Oplysningspligt*”.

13. I § 90, stk. 1, nr. 2, indsættes efter »§ 87,«: »henholdsvis 2 måneder efter reglerne i §§ 87 a og 87 b,«.

14. I § 90, stk. 1, nr. 3 og 6, ændres »og 87« til: »- 87 b«.

15. Efter § 90 indsættes:

»Kapitel 23 a

*Kontaktpersoner*

§ 90 a. Regionsrådet tilbyder en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til behandling på regionens sygehuse, hvis behandlingsforløbet strækker sig over mere end ét døgn.

Stk. 2. Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse patienten om kontaktpersonens navn og funktion senest dagen efter behandlingens påbegyndelse.

Stk. 3. Kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, jf. dog stk. 4, som medvirker ved behandlingen af patienten.

Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner og regler om, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner.

Stk. 5. Stk. 1-4 og regler fastsat i medfør af stk. 4 finder tilsvarende anvendelse for:

- 1) private sygehuse og institutioner m.fl., som regionsrådet har indgået overenskomst med eller på anden måde benytter, jf. § 75, stk. 2,
- 2) selvejende hospicer, som regionsrådet har indgået overenskomst med, jf. § 75, stk. 4,
- 3) private institutioner, som ministeren for sundhed og forebyggelse har bestemt, at frit valg-reglerne i § 86 helt eller delvis finder anvendelse for, jf. § 75, stk. 5, og
- 4) private specialsygehuse m.fl., jf. § 79, stk. 2.«

16. I § 105, stk. 1, indsættes efter ”steriliseret”: ”.”

17. I § 121, stk. 2, ændres ”en læge” til: ”læge eller sundhedsplejerske”.

18. Efter § 140 indsættes:

»Kapitel 39 a

*Fysioterapi m.v.*

**§ 140 a.** Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenviisning.

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen kan herudover tilbyde behandling hos fysioterapeut efter lægehenviisning ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner.

*Stk. 3.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1 og 2 og om patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

**§ 140 b.** Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen tilbyder anden behandling end nævnt i § 140 a.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1.«

19. I § 141 a indsættes efter ”Kommunalbestyrelsen træffer”: ”i et møde”.

20. I § 142, *stk. 1*, ændres ”euforiserende stoffer” til: ”afhængighedsskabende lægemidler”.

21. I § 145 indsættes efter ”der ordineres”: ”på recept”.

22. I § 148, 2. *pkt.*, § 150, *stk. 1, 2. pkt.*, og § 151, 1. *pkt.* ændres ”§ 22” til: ”§ 81”.

23. I § 151 indsættes som 3. *pkt.*:

”I særlige tilfælde kan Lægemiddelstyrelsen forlænge perioden efter stk. 1 til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskudsnævnet, jf. § 155, stk. 1, inden der træffes afgørelse.”

24. I § 157, *stk. 9, nr. 4*, ændres ”, Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens” til: ”og Sundhedsstyrelsens” og ”stk. 2-7 og” ændres til ”stk. 2-6,”

25. I § 157, *stk. 9*, indsættes efter nr. 4 som nyt nummer:

”5) Lægemiddelstyrelsens adgang til elektronisk opslag i, inddatering af og videregivelse af oplysninger fra registret til apotekersystemer, kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer og elektroniske patientjournalsystemer på sygehuse og i lægepraksis, og”.

Nr. 5 bliver herefter til nr. 6.

26. I § 157, *stk. 9, nr. 5*, der bliver nr. 6, indsættes efter ”urigtige oplysninger”: ”, herunder formkrav til sådanne indberetninger og korrektioner”.

27. I § 171, *stk. 2*, ændres ”§§ 86 og 87” til: ”§§ 86, 87 og 87 b”

28. § 198 affattes således:

”Regionsrådet og kommunalbestyrelsen modtager, registrerer og analyserer rapporteringer om utilsigtede hændelser, jf. stk. 2-4, til brug for forbedring af patientsikkerheden og rapportering af oplysninger til Sundhedsstyrelsen, jf. § 199.

*Stk. 2.* En sundhedsperson, der som led i sin faglige virksomhed bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse, skal rapportere hændelsen til regionen, dog til kommunen, hvis hændelsen er forekommet i den kommunale sundhedssektor, jf. afsnit IX. 1. pkt. gælder tilsvarende for apotekere og apotekspersonale.

*Stk. 3.* En patient eller dennes pårørende kan rapportere en utilsigtet hændelse til regionen, dog til kommunen, hvis hændelsen er forekommet i den kommunale sundhedssektor, jf. afsnit IX.

*Stk. 4.* Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med en behandling m.v. i henhold til afsnit IV-IX eller i forbindelse med forsyning af lægemidler, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.”

**29.** I § 199, stk. 1, 2 og 4, erstattes ”regionsrådene” af: ”regionsrådet og kommunalbestyrelsen”.

**30.** I § 199, stk. 2, ændres ”sundhedspersoner” til: ”personer omfattet af § 198, stk. 2,”.

**31.** I § 199, stk. 2, indsættes efter ”regionsrådet”: ”henholdsvis kommunalbestyrelsen”.

**32.** I § 199, stk. 2, indsættes som 3. pkt.:

”Sundhedsstyrelsen kan desuden fastsætte nærmere regler om, i hvilken form en rapportering efter § 198, stk. 3, skal ske.”

**33.** § 199, stk. 3, affattes således:

”Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om, hvilke oplysninger om rapporterede hændelser og om handlingsplaner og faglige udmeldinger m.v., som regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal indsende til brug for styrelsens vejledningsarbejde, jf. stk. 1.”

**34.** I § 199, stk. 4, ændres ”sundhedspersonen” til: ”den rapporterende person”.

**35.** I § 200, stk. 1, ændres ”patienten eller de involverede sundhedspersoner” til: ”de pågældende personer”.

**36.** I § 200, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

”1. pkt. finder tilsvarende anvendelse for udveksling af rapporteringer inden for den personkreds, der varetager opgaver i kommunen i henhold til § 198, stk. 1.”

**37.** I § 200 ophæves stk. 2, og i stedet indsættes:

”*Stk. 2.* Regionsrådet og kommunalbestyrelsen kan i det omfang, det er nødvendigt for varetagelsen af opgaver efter § 198, stk. 1, videregive rapporteringer om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, uden samtykke fra de pågældende personer, jf. dog stk. 3.

*Stk. 3.* Oplysninger om identiteten af en person, der har rapporteret i henhold til § 198, stk. 2, må ikke videregives ud over de i stk. 1 nævnte tilfælde.”

**38.** I § 201 ændres ”sundhedsperson” til: ”person omfattet af § 198, stk. 2”.

39. I § 201 ændres ”ansættelsesmyndigheden” til: ”arbejdsgiveren”.

40. I § 202 ophæves stk. 1.

Stk. 2-4 bliver herefter stk. 1-3.

41. I § 219, stk. 1, 1. pkt., indsættes efter ”én gang årligt”: ”, jf. dog stk. 2,”.

42. I § 219 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

”Stk. 2. Hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler ved de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet m.v., eller hvis der alene konstateres få fejl eller mangler, som efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan styrelsen beslutte, at tilsynsbesøg ikke gennemføres på vedkommende plejehjem det følgende år. Beslutning herom indføres i tilsynsrapporten, jf. stk. 3. Kommunalbestyrelsen underretter Sundhedsstyrelsen om væsentlige ledelsesmæssige og organisatoriske ændringer som efterfølgende måtte blive gennemført på vedkommende plejehjem.”

Stk. 2-6 bliver herefter stk. 3-7.

43. I § 219, stk. 4, der bliver stk. 5, ændres ”stk. 3” til: ”stk. 4”.

44. I § 219, stk. 5, der bliver stk. 6, ændres ”stk. 1-4” til: ”stk. 1 og stk. 3-5”.

45. I § 219, stk. 6, der bliver stk. 7, ændres ”stk. 1-3” til: ”stk. 1 og stk. 3 og 4”.

46. I overskriften til *kapitel 68* ændres ”*Det nationale råd for folkesundhed*” til: ”*Det nationale forebyggelsesråd*”.

47. § 223, stk. 1, affattes således:

”Ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt, sagkyndigt forebyggelsesråd. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til opgave at bidrage til debat og til at inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver”.

48. § 223, stk. 2, affattes således:

”Rådet afgiver hvert tredje år en beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse.”

49. § 223, stk. 3, affattes således:

”Rådet består af 13 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 4 år ad gangen på baggrund af deres sagkundskab inden for forebyggelse og sundhedsfremme, dog således, at der hvert andet år udpeges henholdsvis 6 og 7 medlemmer. Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger rådets formand blandt rådets medlemmer.”

50. I § 224 indsættes efter 1. pkt.:

»Kommunalbestyrelsen træffer afgørelser om ydelser efter §§ 140 a og 140 b.«

51. I § 227, stk. 1, ændres », 72,« til: »og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b,«.

52. I § 227, stk. 2, ændres », 72« til: »og 72, § 140 a, stk. 3, jf. stk. 1, og §§ 140 b«.

53. I § 227, stk. 5 og 6, indsættes efter »region«: »eller en kommune«.

54. I § 227, stk. 7, 1. pkt., indsættes efter »klagesystemet, på«: »kommunalt,«.

55. I § 228 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. Regionsrådet kan efter aftale med kommunalbestyrelsen varetage afregningen af den del af betalingen for en ydelse til praktiserende fysioterapeuter, som det ikke påhviler den sikrede at betale.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

56. I § 229 indsættes efter »regionernes«: »og kommunernes«.

57. Efter § 251 indsættes:

»Fysioterapiydelser m.v.

§ 251 a. Bopælskommunen afholder udgifter til fysioterapiydelser m.v. efter §§ 140 a og 140 b.«

58. I § 262, stk. 1, indsættes ”§ 87, stk. 1”: ” og 2, § 87 b, stk. 1,”

## § 2

I lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som ændret ved § 95 i lov nr. 451 af 22. maj 2005, § 77 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, § 2 i lov nr. 1556 af 20. december 2006, lov nr. 432 af 8. maj 2007 og § 24 i lov nr. 523 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

1. I § 6 indsættes efter nr. 3 som nyt nummer:

»4) fysioterapi m.v. efter §§ 140 a og 140 b i sundhedsloven,«.

Nr. 4-7 bliver herefter nr. 5-8.

## § 3

I lov nr. 537 af 24. juni 2005 om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, som ændret ved § 11 i lov nr. 382 af 3. maj 2006, § 40 i lov nr. 499 af 7. juni 2006 og § 2 i lov nr. 510 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

1. I § 37, stk. 4, indsættes efter »jf. dog stk. 5«: »og 6«.

2. I § 37 indsættes efter stk. 5 som nyt stykke:

»Stk. 6. De medlemmer af nævnet, der er beskikket efter indstilling fra KL (Kommuner-nes Landsforening), har hver 3 stemmer, når nævnet træffer beslutninger vedrørende indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.v. om vilkår for de

ydelser, som kommunalbestyrelsen tilbyder i medfør af sundhedslovens § 140 a, stk. 1, og bestemmelser fastsat i medfør af sundhedslovens § 140 b.«

Stk. 6 og 7 bliver herefter stk. 7 og 8.

3. I § 37, stk. 7, der bliver stk. 8, indsættes efter »regler for nævnets virksomhed«: », og kan herunder fravige stk. 7«.

## § 4

I lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed foretages følgende ændringer:

1. I *overskriften* til § 5 indsættes efter ”*autorisation*”: ”*m.v.*”
2. I § 5 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:  
 ”Stk. 2. En autoriseret sundhedsperson kan meddele til Sundhedsstyrelsen, at vedkommende vil indskrænke sit virksomhedsområde for en periode eller indtil videre. Virksomhedsindskrænkningen ophører, når perioden for indskrænkningen er udløbet. Virksomhedsindskrænkningen kan i øvrigt inden for en fastsat tidsfrist ophæves helt eller delvis efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen, hvis de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, ikke længere er til stede.”
- Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.
3. § 5, stk. 2, der bliver stk. 3, affattes således:  
 ”Stk. 3. Sundhedsstyrelsens afgørelse om generhvervelse og om ophævelse af virksomhedsindskrænkning kan påklages til ministeren for sundhed og forebyggelse. Afslår ministeren klagen, kan klageren forlange afgørelsen indbragt for domstolene, hvis der er forløbet mindst 1 år efter, at den pågældende har fraskrevet sig autorisationen henholdsvis indskrænket sit virksomhedsområde, eller efter, at generhvervelse henholdsvis ophævelse af virksomhedsindskrænkningen, senest er nægtet ved dom. Ministerens afgørelse skal indeholde oplysning om adgangen til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.”
4. I § 5, stk. 3, 1. pkt., der bliver stk. 4, 1. pkt. ændres ”stk. 2” til: ”stk. 3”.
5. § 41, stk. 1, 1. pkt., affattes således:  
 ”Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 2.”



## § 5

I lov nr. 526 af 24. juni 2006 om fødevarer, som ændret ved § 6 i lov nr. 1430 af 21. december 2005 og § 1 i lov nr. 1549 af 20. december 2006, foretages følgende ændringer:

1. § 13 ophæves.

## § 6

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2009, jf. dog stk. 2-4.

*Stk. 2.* § 1, nr. 24-26, om Medicinprofilen, træder i kraft den 1. juli 2008.

*Stk. 3.* § 1, nr. 11, jf. lovforslagets § 87 b, stk. 1, om udvidet ret til undersøgelse for psykisk syge børn og unge, § 1, nr. 17, om ind- og udskolingsundersøgelse, § 1, nr. 18, om vederlagsfri fysioterapi, § 1, nr. 21-23, om medicintilskud og § 1, nr. 46-49 om Det nationale forebyggelsesråd træder i kraft den 1. august 2008.

*Stk. 4.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af bestemmelserne i § 1, nr. 28-40 om patientsikkerhed.

## § 7

*Stk. 1.* Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

### *Bemærkninger til lovforslaget*

#### **Indhold:**

- 1. Indledning**
- 2. Lovforslagets hovedindhold**
  - 2.1. Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge**
  - 2.2. Udvidet frit valg ved aflyst behandling**
  - 2.3. Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser**
  - 2.4. Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene**
  - 2.5. Udvidelse af patientsikkerhedsordningen**
  - 2.6. Udvidet adgang til Medicinprofilen**
  - 2.7. Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne**
  - 2.8. Graduering af plejehjemstilsynet**
  - 2.9. Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge**
  - 2.10. Det nationale forebyggelsesråd**
  - 2.11. Mulighed for forlænget sagsbehandlingstid ved ansøgning om forhøjet tilskud til medicin**
  - 2.12. Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept**
  - 2.13. Præcisering af brug af afhængighedsskabende lægemidler i den lægelige behandling for stofmisbrug**
  - 2.14. Lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug**
  - 2.15. Adgang for autoriserede sundhedspersoners til frivillig indskrænkning af deres virksomhedsområde.**
- 3. De økonomiske konsekvenser for det offentlige**
- 4. De administrative konsekvenser for det offentlige**
- 5. De økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.**
- 6. De administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.**
- 7. De miljømæssige konsekvenser**
- 8. De administrative konsekvenser for borgere**
- 9. Forholdet til EU-retten**
- 10. Hørte myndigheder og organisationer m.v.**
- 11. Sammenfattende skema**

## *Almindelige bemærkninger*

### **1. Indledning**

Regeringen foreslår en række tiltag på sundhedsområdet, som hver for sig og i sammenhæng skal medvirke til at skabe et bedre sundhedsvæsen ved at udvide brugernes valgmuligheder, ved at øge patientsikkerheden, kvaliteten og sammenhængen i behandlingstilbuddene, øge fokus på forebyggelse og ved en mere effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. En række af forslagene er led i eller skal ses i sammenhæng med kvalitetsreformen.

Regeringen foreslår en række udvidelser af borgernes valgmuligheder.

Der foreslås en trinvis indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for børn og unge på det psykiatriske område, som satspuljepartierne har indgået aftale om. Forslaget indebærer at psykiatriske patienter under 19 år får ret til at få foretaget undersøgelse på privat klinik m.v. med aftale med regionerne, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde undersøgelse inden for 2 måneder. Det indebærer endvidere, at patienter også vil få ret til at få foretaget psykiatrisk behandling på en sådan privat klinik m.v., når undersøgelsen viser, at et hurtigt behandlingstilbud er nødvendigt for at undgå en forværring lidelsen, og ventetiden på behandling overstiger 2 måneder.

Det foreslås, at patienter får udvidet frit valg, når sygehuset aflyser en undersøgelse eller behandling. Samtidigt foreslås, at patienter, som bliver henvist af en praktiserende læge eller praktiserende speciallæge til en diagnostisk undersøgelse på sygehus, får frit og udvidet frit sygehusvalg, hvis undersøgelsen ikke kan tilbydes inden for 1 måned, ligesom patienter i dag har frit og udvidet frit sygehusvalg til behandling på sygehus.

Herudover foreslår regeringen en række initiativer til forbedring af patientsikkerheden og kvaliteten i behandlingen og plejen.

Efter aftale med Dansk Folkeparti foreslår regeringen at lovfæste, at patienter har ret til at få en kontaktperson ved behandling på sygehus, som skal sikre koordinering og dermed større sammenhæng i behandlingen.

Med henblik på forbedring af patientsikkerheden foreslås en udvidelse af den nuværende patientsikkerhedsordning, så der fremover i alle dele af sundhedsvæsenet – og ikke kun i sygehusvæsenet – sker en systematisk læring af utilsigtede hændelser. Patientsikkerhedsordningen foreslås udvidet til praksissektoren, den kommunale sundhedssektor og apotekerne. Det foreslås endvidere, at patienter og pårørende får adgang til at rapportere utilsigtede hændelser såvel i sygehusvæsenet som i den primære sundhedssektor.

For at tilvejebringe grundlaget for et enstrengt medicineringsgrundlag foreslår regeringen, at ministeren for sundhed og forebyggelse får bemyndigelse til at fastsætte regler om adgang til videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til kommunernes elektroniske omsorgsjourner (EOJ) og de elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse og i lægepraksis. Endvidere foreslås, at ministeren bemyndiges til at fastsætte formkrav for indberetning og korrektion af oplysninger til Medicinprofilen.

Regeringen foreslår at flytte myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne, for at skabe en sammenhængende og effektiv opgaveløsning på træningsområdet.

Som led i sikring af kvaliteten på plejehjemmene foreslås det, at der skabes grundlag for et gradueret plejehjemstilsyn, således at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler undergives færre tilsyn. Herved frigøres ressourcer, som kan anvendes til en øget indsats på plejehjem, hvor der er større behov for det.

Det foreslås at kravene til ind- og udskolingsundersøgelser gøres mere fleksible, så ikke kun læger men også sundhedsplejersker kan gennemføre de lovpligtige undersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder.

Det foreslås at nedsætte et nationalt forebyggelsesråd for at styrke indsatsen for at forlænge danskernes levetid. Rådet har til opgave at bidrage til debat og til at inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver.

Der foreslås en lovfæstelse af gældende praksis, hvorefter lægemidler, der kan købes i håndkøb, skal være købt på recept, for at patienten kan få enkelttilskud.

Der foreslås indført mulighed for at forlænge sagsbehandlingstiden i relation til ansøgninger om forhøjet tilskud til medicin, idet den almindelige sagsbehandlingsfrist på 14 dage i visse sager har vist sig uhensigtsmæssig, da fristen ikke levner mulighed for, at Lægemedelstyrelsen kan rådføre sig med Medicintilskudsnævnet.

Det foreslås at udvide kredsen af læger, som kan ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug, til også at omfatte læger ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling.

Der foreslås indført adgang til, at autoriserede sundhedspersoner over for Sundhedsstyrelsen kan indskrænke deres virksomhedsområde og til at indskrænkningen ophæves efter samme procedure som ved fraskrivelse og generhvervelse af autorisation. Det vil give sundhedspersonen mulighed for frivilligt at indskrænke deres virksomhedsområde uden at skulle fraskrive sig autorisationen.

Herudover indeholder forslaget enkelte tekniske ændringer og præciseringer af gældende ret.

Som det fremgår, indeholder lovforslaget en række bestemmelser, der indfører nye eller forbedrer eksisterende rettigheder for brugerne af sundhedsvæsenet. Det gælder de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for børn og unge på det psykiatriske område, udvidet frit valg, når sygehuset aflyser en undersøgelse eller behandling og forslaget om kontaktpersoner i sygehusvæsenet.

Rigsrevisionen har i en beretning af december 2007 om maksimale ventetider på kræftbehandling konstateret, at ministeriet på forskellige måder har overvåget området, men at det ikke umiddelbart kan opgøres, om de ventetider, der indgår i ordningen vedr. maksimale ventetider på kræftbehandling, overholdes på individniveau, og om patienterne i den forbindelse får de tilbud, de har krav på, idet der ikke har været stillet krav om individbaseret, elektronisk registrering af en række oplysninger om de enkelte patienters forløb, som ville gøre sådanne opgørelser mulige. Rigsrevisionen anfører herom, at det er et spørgsmål af principiel karakter, i hvilket omfang et ministerium har pligt til at overvåge detaljerede brugerrettigheder, som gives på områder, hvor ministeriet ikke har en direkte styrings- og tilsynsforpligtelse. Statsrevisionerne har herom udtalt, at man finder det utilfredsstillende, at Indenrigs- og Sundhedsmini-

steriet ikke via sygehusejerne har sikret sig kendskab til, om de patientrettigheder, der er fastsat i ordningen, er tilgodeset.

I denne anledning bemærkes, at individbaseret, elektronisk registrering, som ville muliggøre en umiddelbar statistisk overvågning af de nye eller forbedrede rettigheder, der indgår i dette lovforslag, ville nødvendiggøre betydelige ændringer og udvidelser af den elektroniske registrering i sundhedsvæsenet. Et sådant krav ville medføre væsentlige udgifter, en betydelig forsinkelse, inden rettighederne kunne indføres, og i øvrigt medføre et betydeligt personaleforbrug i sundhedsvæsenet til registrering og dokumentation. Regeringen forventer derfor ikke generelt at stille sådanne krav, hverken i forbindelse med de mange eksisterende brugerrettigheder i sundhedsvæsenet eller de nye i det foreliggende lovforslag. Regeringen finder det selvsagt væsentligt, at kommuner og regioner m.fl., som har ansvaret for at administrere lovgivningen, overholder gældende regler og giver patienterne de rettigheder, som lovgivningen foreskriver. Det er i øvrigt muligt at overvåge dette på forskellige andre måder end ved individbaseret registrering. Der er således etableret en ordning, hvorefter regionerne en gang pr. kvartal indberetter, hvor stor en andel af patienterne, der har fået en kontaktperson. Denne ordning videreføres. Andre rettigheder vil indgå i akkrediteringsgrundlaget i den kommende danske kvalitetsmodel.

## **2) Lovforslagets hovedindhold**

### **2.1. Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge**

#### **2.1.1. Gældende ret**

Efter de gældende regler i sundhedslovens § 86 om frit sygehusvalg, kan personer, der henvises til sygehusbehandling, vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2. Adgangen til at vælge kan dog begrænses for psykiatriske patienter, hvis hensynet til den pågældende taler for det, jf. sundhedslovens § 86, stk. 3. Denne bestemmelse kan kun bruges i undtagelsestilfælde, hvor f.eks. væsentlige hensyn til kontinuitet i behandlingen begrundet det.

Herudover har patienter, som er henvist af en læge til sygehusbehandling, siden den 1. juli 2002 haft et udvidet frit sygehusvalg efter sundhedslovens § 87, som er uddybet i bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling m.v.

Efter § 15 i bekendtgørelsen kan disse personer vælge at blive undersøgt og behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller i udlandet, som regionsrådene har indgået aftale med, hvis bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse, og behandling ved regionens egne sygehuse eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Bestemmelsen i § 15 i bekendtgørelsen gælder, jf. § 17 i bekendtgørelsen, ikke henvisning til psykiatrisk behandling.

Efter bekendtgørelsens § 32, stk. 1, skal regionsrådene i forening indgå aftale med de private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af personer efter den udvidede fritvalgsordning. Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan ministeren for sundhed og forebyggelse efter § 32, stk. 3, efter anmodning fra de i stk. 1 nævnte sygehuse, klinikker m.v. fastsætte vilkårene herfor.

### 2.1.2. Overvejelser og lovforslag

Sundhedsstyrelsens statusrapporter om udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed viser bl.a., at efterspørgsel efter diagnostik og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien har været stigende. Antallet af børn og unge, der henvises til de psykiatriske afdelinger, er på 10 år mere end fordoblet.

Sundhedsstyrelsens opfølgningsgruppe vedrørende børne- og ungdomspsykiatrien har konstateret, at udvidelsen af aktiviteten i sygehusvæsenet andrager omkring en fordobling af virksomheden. Det er imidlertid ikke lykkedes at reducere ventelisterne og ventetiderne.

Sygehusvæsenet skal sikre hurtig behandling til alle patienter. En faglig vurdering skal sikre, at de patienter, der har det største og mest akutte behandlingsbehov, prioriteres først. Dette gælder både for patienter, der har fysiske lidelser og patienter med psykiske lidelser.

Gruppen af børn og unge med psykiske problemer og vanskeligheder omfatter børn og unge med et bredt spektrum af forskellige tilstande, der strækker sig fra afgrænsede tilpasnings- og krisereaktioner til gennemgribende udviklingsforstyrrelser og egentlige sindssygdomme. For mange børn og unge kan vanskelighederne være af lettere eller forbigående karakter, hvis der i tide ydes den fornødne støtte, mens andre har behov for egentlig psykiatrisk behandling.

Det er regeringens opfattelse, at indsatsen også over for denne målgruppe principielt altid bør bygge på princippet om det laveste effektive omsorgsniveau, og at det er vigtigt, at børne- og ungdomspsykiatere ikke optages af arbejde, som fagligt forsvarligt og hensigtsmæssigt kan udføres af andre faggrupper, herunder i andre sektorer. Det er således vigtigt, at der er en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem primærsektoren repræsenteret ved undervisnings- og socialsektoren samt den primære sundhedstjeneste og det specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen.

Et væsentligt element i bestræbelserne på at opnå en hensigtsmæssig arbejdsdeling er, at der ikke sker en uhensigtsmæssig overflytning af lettere opgaver fra andre sektorer til børne- og ungdomspsykiatrien. Derfor er hurtig undersøgelse inden for børne- og ungdomspsykiatrien særlig vigtig. Den vil muliggøre, at nogle patienter på baggrund af råd fra den psykiatriske ekspertise vil kunne modtage kvalificeret støtte, rådgivning m.v. fra bl.a. den praktiserende læge, den kommunale socialforvaltning eller i skolevæsenet, indtil behandlingen om nødvendigt kan overtages af børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Mens undersøgelsen for andre eventuelt vil kunne klarlægge, at der ikke er tale om en psykiatrisk lidelse, som skal behandles i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, men som der skal tages hånd om i f.eks. skolevæsenet m.v. En hurtig undersøgelse forventes at medvirke til, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger kan iværksætte behandling i den rækkefølge, som de henviste patienters sygdom tilsiger.

Regeringen og satspuljepartierne blev i forbindelse med forhandlingerne om satspuljeaftalen 2007-2010 enige om, at psykiatriske patienters mulighed for hurtig undersøgelse og behandling skal udbygges, og at dette skulle understøttes, dels ved at øge midlerne fra satspuljeaftalen til området, dels ved at arbejde hen i mod at give patienterne en ret til, ved ventetider af en vis længde at få tilbudt henvisning til en relevant klinik eller hospital, som regionsrådene har en aftale med.

Regeringen og partierne var enige om, at psykiatriske patienter, i takt med at mulighederne herfor tilvejebringes, skal have rettigheder svarende til de rettigheder somatiske patienter har i

medfør af det udvidede frie sygehusvalg. Partierne aftalte en gradvis indførelse af disse udvidede rettigheder i aftaleperioden. Satspuljepartierne var enige om, at der den 1. januar 2008 skal indføres ret til hurtig undersøgelse. Det indebærer ifølge aftalen, at en patient, der på henvisningstidspunktet var under 19 år, ved ventetider på over 2 måneder skal have ret til at lade sig undersøge på en klinik eller et hospital, som regionsrådene har en aftale med.

Partierne var endvidere enige om, at der den 1. januar 2009 skal indføres ret til hurtig behandling efter undersøgelse. Det indebærer ifølge aftalen, at patienter, hvis tilstand ved undersøgelsen tilsiger, at et hurtigt behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien er nødvendigt for at undgå en forværring af patientens lidelse, ved ventetid på behandling på over 2 måneder får ret til at lade sig behandle på en klinik eller et sygehus, som regionsrådene har en aftale med.

Partierne var desuden enige om den fælles målsætning, at alle patienter i psykiatrien fra 2010 skal have tilsvarende rettigheder.

Da lovforslaget ikke er blevet vedtaget inden den 1. januar 2008, foreslås det, at det første trin om de udvidede rettigheder til undersøgelse inden for børne- og ungdomspsykiatrien træder i kraft den 1. august 2008.

Formålet med dette lovforslag er at indføre de første to trin i den gradvise indførelse af udvidede rettigheder på det psykiatriske område, som satspuljepartierne har indgået aftale om, dvs. indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

Lovforslaget medvirker desuden til opfyldelsen af den deklaration og handleplan, som blev vedtaget på den europæiske ministerkonference »Mental health: facing the challenges, building solutions«, som WHO afholdt i Helsingfors i januar 2005. Det anføres i handleplanen bl.a., at behandlingen af børn og unge på grund af deres særlige sårbarhed bør have høj prioritet, og det anbefales, at medlemslandene forøger kapaciteten på området.

Endvidere medvirker forslaget til opfyldelsen af rekommandation 17/2006 af 1. november 2006 fra Nordisk Råd vedrørende forbedret tilgængelighed og nedbringelse af ventetider inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

En livstruende tilstand skal behandles her og nu med akut vurdering og evt. indlæggelse og om nødvendigt med tvangsindlæggelse i henhold til reglerne herom. Adgangen til den udvidede undersøgelses- og behandlingsret, som der lægges op til i forslaget, ændrer ikke ved sygehusvæsenets overordnede forpligtelse til at prioritere hurtig behandling af akut og livstruende sygdom.

Med det foreslåede kapitel 20 a indføres ved siden af den omtalte akutte behandlingsforpligtelse gradvist udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder på det børne- og ungdomspsykiatriske område, således at denne patientgruppe ved ventetider på mere end 2 måneder under visse betingelser får ret til at vælge undersøgelse og i visse tilfælde også behandling på et sygehus, en klinik m.v., som regionsrådene har indgået aftale med (aftalesygehus).

Fra den 1. august 2008 indføres efter forslaget en udvidet ret til undersøgelse. Ved undersøgelse i det foreslåede kapitel forstås den undersøgelse, som er nødvendig for at vurdere, om patienten har en psykisk lidelse, og for at tage stilling til om patienten skal behandles, og i

givet fald hvilken behandling, der skal iværksættes. Undersøgelsen har til formål at afklare hvilken endelig behandling, der skal iværksættes, herunder om behandling i børne- og ungdomspsykiatrisk regi er nødvendig, eller om problemstillingen f.eks. mest hensigtsmæssigt kan håndteres i andet regi, f. eks. Af de sociale myndigheder, i skolevæsenet m.v.

Fra den 1. januar 2009 udvides ordningen til også at omfatte en udvidet ret til behandling for patienter med behov for hurtig efterfølgende behandling. Målgruppen for den udvidede behandlingsret, som følger af forslaget til § 87 b, stk. 2, er de patienter, hvor det på baggrund af en klinisk vurdering i forbindelse med undersøgelsen må antages, at tilstanden vil forværres, hvis behandling efter endt undersøgelse ikke påbegyndes inden 2 måneder.

Med henblik på at sikre kontinuitet i undersøgelses- og behandlingsforløbet foreslås det, at en person, der i henhold til § 87 b, stk. 1, er blevet undersøgt på et aftalesygehus, kan vælge at lade sig behandle på det aftalesygehus, hvor personen er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen, jf. forslaget til § 87 b, stk. 3.

## **2.2. Udvidet frit valg ved aflyst behandling**

### **2.2.1. Gældende ret**

Efter sundhedslovens § 87, stk. 1, har patienter ret til udvidet frit sygehusvalg til private sygehuse, klinikker m.v. og sygehuse i udlandet med aftale med regionsrådene efter § 87, stk. 4, (aftalesygehuse), hvis ventetiden på behandling i bopælsregionens sygehusvæsen overstiger 1 måned.

I opgørelsen af denne tidsfrist medregnes ikke perioder, hvor patienten gennemgår et forundersøgellesforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

Har en patient, der er henvist til sygehusbehandling, accepteret en tilbudt behandlingsdato, som sygehuset senere aflyser og udsætter, kan patienten i dag kun benytte det udvidede frie sygehusvalg, hvis den samlede ventetid på behandling da kommer til at *overstige* 1 måned.

Efter sundhedslovens § 90 skal regionsrådet, det vil i praksis sige de regionale sygehuse senest 8 hverdage efter, at det har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten bl.a. om retten til udvidet friet sygehusvalg efter § 87. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt, hvilket er sket i bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling m.v.

### **2.2.2 Overvejelser og lovforslag**

Sygehuses aflysninger af behandlinger kan skyldes mange forhold, som fx andre patienters behov for akut behandling, sygdom hos sundhedspersonalet og svigt i det tekniske udstyr. En mere effektiv planlægning af operationskapaciteten mv. kan imidlertid være med til at nedsætte risikoen for, at sådanne forhold fører til aflysning af tilbudte behandlingsdatoer.

Når et sygehus aflyser en behandling, går det ud over patienten, som kan have forberedt sig på behandlingen, fx en operation, og have indrettet sig på den tilbudte behandlingsdato i forhold til både sit privatliv og arbejdsliv. Patienten kan fx have arrangeret pasning af sine børn, taget



fri fra arbejde, og selvstændige kan fx have ansat en vikar eller have annonceret midlertidig lukning af virksomheden. En aflysning kan derfor være til stor gene for patienten på flere måder.

Derfor foreslår regeringen, at en person, som har fået tilbudt en dato for undersøgelse eller behandling på et regionalt sygehus, som senere bliver aflyst, som compensation skal kunne vælge at blive undersøgt eller behandlet på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ikke kan tilbyde undersøgelsen eller behandlingen på den tilbudte dato på det pågældende sygehus.

Med forslaget vil ministeren for sundhed og forebyggelse efter § 87, stk. 3, kunne fastsætte regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om den undersøgelse og behandling, der er omfattet af stk. 1, og kan herunder undtage bestemte undersøgelses- og behandlingsformer. Desuden vil ministeren efter sundhedslovens § 90, stk. 2 kunne fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt i forbindelse med forslaget om udvidet frit sygehusvalg ved aflyst behandling.

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

### **2.3.1. Gældende ret**

Alment praktiserende lægers og praktiserende speciallægers henvisning af patienter til diagnostiske undersøgelser sker i henhold til landsoverenskomsten om almen lægegering og landsoverenskomsten om speciallægehjælp, som har hjemmel i sundhedslovens § 227, samt i henhold til den praksis, der har udviklet sig i regionerne.

Det er efter overenskomsterne op til det enkelte regionsråd, om rådet vil stille nærmere bestemte diagnostiske ydelser, herunder laboratorieprøver og røntgenundersøgelser til rådighed på regionens sygehuse eller på private laboratorier, som regionsrådet indgår aftale med. Udgiften til ydelserne afholdes i begge situationer af patientens bopælsregion.

Patienter, der er henvist af en alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller anden læge til *behandling*, herunder undersøgelse på et sygehus, har ret til frit og udvidet frit sygehusvalg efter reglerne i §§ 86-87 i sundhedsloven.

Patienter, der er henvist af en alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge til en *diagnostisk undersøgelse* på sygehus med henblik på lægens egen diagnosticering og stillingtagen til behandlingstilbud, er ikke omfattet af retten til frit og udvidet frit sygehusvalg efter disse bestemmelser.

### **2.3.2. Overvejelser og lovforslag**

Nogle patienter vil gerne kunne vælge at få foretaget en diagnostisk undersøgelse på et sygehus uden for bopælsregionen, fx på et sygehus i nærheden af deres arbejdssted, skole, sommerhus eller på et sygehus, som de har særlig tillid eller tilknytning til.

Regeringen finder, at disse patienter bør ligestilles med patienter, der henvises til behandling, herunder undersøgelse på et sygehus og ligesom disse patienter have større valgfrihed samt tilbud om hurtigere diagnosticering og eventuel deraf følgende behandling.

Regeringen foreslår på den baggrund, at personer, som henvises til undersøgelse, skal kunne vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2 i sundhedsloven, uanset undersøgelses- og behandlingstilbud samt kriterier for undersøgelse og behandling i bopælsregionens sygehusvæsen.

Regeringen foreslår desuden, at personer, som er henvist alene til undersøgelse - ligesom personer, der er henvist til behandling, herunder undersøgelse - på et af bopælsregionens sygehuse, skal kunne vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter § 87, stk. 5 i sundhedsloven (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelsen ved egne sygehuse eller et af de i § 79 i sundhedsloven nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

Det skønnes ikke, at forslaget vil medføre en stigning i antallet af henvisninger til diagnostiske undersøgelser, som fx scanninger, idet den for den diagnostiske afdeling ansvarlige overlæge har ret og pligt til at afvise henvisninger, som ikke angiver en tilstrækkelig indikation for den pågældende undersøgelse. Efter den foreslåede udvidede fritvalgsordning skal patienten således kun i de tilfælde, hvor indikationskriteriet er opfyldt, have tilbud om viderehenvisning til et aftalesygehus, når bopælsregionen ikke kan tilbyde undersøgelsen inden 1 måned.

Det foreslås i øvrigt med forslaget, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om den diagnostiske undersøgelse, og herunder undtage bestemte undersøgelsesformer.

Regionsrådenes pligt til at oplyse henviste patienter om deres fritvalgsmuligheder m.v. efter sundhedslovens § 90 indebærer, at regionsrådene fx også vil skulle oplyse om den foreslåede ret til frit og udvidet frit sygehusvalg til diagnostiske undersøgelser.

## **2.4. Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene**

### **2.4.1. Gældende ret**

Der er ikke fastsat regler om kontaktpersoner på sygehusene. Kontaktpersonordningen, som den fungerer i dag, er aftalt mellem regeringen og sygehusejerne som en del af økonomiaftalen for 2005. Der er således tale om en aftalebaseret ordning, hvorefter patienter i forbindelse med sygehusbehandling skal have tilbud om at få en kontaktperson, men der er ikke tale om et lovmæssigt krav, som patienterne kan støtte ret på.

### **2.4.2. Overvejelser og lovforslag**

Kontaktpersonordningen indgik som en del af det generelle rammeløft i økonomiaftalen for 2005. I aftaleteksten af 11. juni 2004 fremgår det: »Der er enighed om, at der for indlagte og kroniske patienter skal tilknyttes faste, navngivne kontaktpersoner til patientens forløb igennem sygehusene for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og tryghed.«

Som opfølgning på aftalen har regionerne opgjort dækningsgraden af kontaktpersonordningen på de somatiske og psykiatriske sygehuse ud fra en fælles definition udarbejdet af temagruppen om koordinering og kontinuitet under Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. En kontaktperson er ifølge denne definition: »En sygehusansat sundhedsfaglig person tilknyttet den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb«.

Dækningsgraden af kontaktpersoner på sygehusene er opgjort efter følgende retningslinier:

- At der ved indlæggelse er udpeget en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen.
- At der for ambulante patienter med mere end ét ambulant besøg er udpeget en kontaktperson.
- At kontaktpersonen er direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet).
- At navnet på kontaktpersonen er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt (eksempelvis visitkort), og at dette er dokumenteret i journalen.
- At patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer.

Regeringen og Dansk Folkeparti har i foråret 2006 aftalt at overveje lovgivning, hvis kontaktpersonordningen ikke ved udgangen af 2006 var implementeret. Med udgangen af 2006 kunne det konstateres, at ordningen ikke var implementeret fuldt ud. En opgørelse af dækningsgraden efter de nævnte kriterier viste således, at der på de enkelte sygehuse var mellem 60-90 pct. af patienterne, der havde fået en kontaktperson.

Med lovforslaget forpligtes regionsrådet til at tilbyde kontaktpersoner til alle patienter, hvis behandling strækker sig over mere end ét døgn. Både patienter, der indlægges i mere end ét døgn, og patienter i ambulante behandlingsforløb, der strækker sig over mere end ét døgn, vil have krav på en kontaktperson.

Kontaktpersonerne skal være sundhedspersoner, der medvirker i behandlingen af den pågældende patient. Der er tale om et tilbud til patienten, og den enkelte patient kan derfor frabede sig at få udpeget en kontaktperson.

Formålet med kontaktpersonordningen er at skabe kvalitet, sammenhæng og tryghed under indlæggelsen og i ambulante forløb, idet kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet, herunder for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt for information til patienten om patientforløbet.

Kontaktpersonordningen kan medvirke til, at misforståelser i patientforløbet forebygges, og kontaktpersonen vil desuden fungere som patientens personificerede indgang til sygehusvæsenet.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har bedt regionerne fortsætte den kvartalsvise monitorering af dækningsgraden af kontaktpersonordningen, som foretages i dag. Opgørelserne, der offentliggøres på sundhed.dk, foretages for de enkelte organisatoriske enheder, men indeholder ikke mere detaljerede oplysninger på patientniveau.

## **2.5. Udvidelse af patientsikkerhedsordningen**

### **2.5.1 Gældende ret**

Den nuværende patientsikkerhedsordning, der trådte i kraft den 1. januar 2004, er et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser, der forekommer på sygehusene, herunder private sygehuse. Ordningen har til formål at understøtte patientsikkerheden på sygehusene gennem en systematisk læring af de utilsigtede hændelser.

De gældende regler er fastsat ved sundhedslovens §§ 198-202 og Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 451 af 21. maj 2007 om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. Der kan endvidere henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 30 af 21. maj 2007 om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet.

Med den nuværende patientsikkerhedsordning har en sundhedsperson, som bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse i forbindelse med en patients behandling eller ophold på sygehus, pligt til at rapportere denne til regionsrådet, jf. sundhedslovens § 198, stk. 2. Såvel menneskelige som tekniske fejl samt organisatoriske forhold kan føre til utilsigtede hændelser.

Rapporteringen sker efter sundhedslovens § 198, stk. 1, til regionsrådet, som registrerer og analyserer rapporteringer og foretager den fornødne opfølgning. Regionerne kan frit organisere regionens administration af rapporteringssystemet.

Regionsrådene sender rapporteringerne videre til Sundhedsstyrelsen, hvor rapporteringerne danner grundlag for Sundhedsstyrelsens faglige vejledninger, jf. sundhedslovens § 199, stk. 1. Rapporteringerne fra regionerne til Sundhedsstyrelsen skal ske i anonymiseret form vedrørende såvel patienten som sundhedspersonen, jf. sundhedslovens § 199, stk. 4. Rapporteringerne til Sundhedsstyrelsen må således ikke indeholde navneoplysninger, personnumre og lignende identifikationsoplysninger.

Rapporteringssystemet er adskilt fra de sanktionerende systemer af hensyn til, at sundhedspersoner ikke af frygt for sanktioner afholder sig fra at rapportere hændelser. En sundhedsperson kan således ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene, jf. sundhedslovens § 201. Bestemmelsen beskytter ikke sundhedspersoner mod sanktioner, der iværksættes på andet grundlag.

Der er endvidere fastsat regler, der sikrer, at rapporteringer om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, kan videregives dels mellem de relevante personer i regionen (de patientsikkerhedsansvarlige), dels til databaser og andre registre, hvor helbredsoplysninger registreres med henblik på dokumentation og kvalitetsudvikling på patientsikkerhedsområdet, jf. sundhedslovens § 200, stk. 1.

## **2.5.2. Overvejelser og lovforslag**

### **2.5.2.1. Evalueringen af den nuværende patientsikkerhedsordning**

Den nuværende patientsikkerhedsordning er en del af udmøntningen af en politisk aftale, som regeringen, Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, De Radikale Venstre og Kristeligt Folkeparti opnåede enighed om den 31. januar 2003. Det blev i den forbindelse aftalt, at der skulle foretages en vurdering af rapporteringssystemet, når det havde været i drift i 2 år.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet iværksatte i overensstemmelse med den politiske aftale i 2006 en evaluering af den nuværende ordning. Evalueringen blev foretaget af konsulentfirmaet Rambøll Management, og evalueringsrapporten blev offentliggjort i august 2006.

Det vurderes i evalueringen, at rapporteringssystemet i overvejende grad fungerer efter hensigten både decentralt i de daværende amtskommuner og H:S og centralt i Sundhedsstyrelsen. Evalueringen peger generelt på, at der blandt sundhedspersoner og øvrige interessenter, her-

under patientorganisationer og faglige organisationer, er bred opbakning til en udvidelse af patientsikkerhedsordningen til primærsektoren. Der peges i den forbindelse bl.a. på, at en glidende implementering af udvidelsen, der indebærer, at der indledningsvist fokuseres på visse hændelseskategorier (utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering, sektorovergange og fald), vil kunne øge sandsynligheden for en succesfuld udvidelse af ordningen.. Med hensyn til en udvidelse, der indebærer en mulighed for, at patienter og pårørende kan rapportere utilsigtede hændelser peges der i evalueringen bl.a. på, at en adgang for patienter og pårørende til at rapportere utilsigtede hændelser vil være ressourcekrævende og kræver grundig forbedrelse. Det anbefales således i evalueringen, at en rapporteringsadgang for patienter og pårørende mest hensigtsmæssigt kan indføres på et senere tidspunkt end udvidelsen til primærsektoren.

#### **2.5.2.2. Rapporteringspligt i den primære sundhedssektor**

Lovforslaget indebærer, at patientsikkerhedsordningen udvides til hele den primære sundhedssektor, dvs. praksissektoren, den kommunale sundhedssektor og apotekerne.

Med udvidelsen sikres det, at der sker en systematisk læring dels af de utilsigtede hændelser, der sker inden for hver af sundhedsvæsenets sektorer, dels af de utilsigtede hændelser, der sker i overgangen mellem sektorer, f.eks. ved udskrivning fra sygehus til hjemmesygepleje eller behandling i almen praksis. I de fleste behandlingsforløb indgår både den primære og sekundære sundhedssektor, og også ved overgangen mellem forskellige sektorer i sundhedsvæsenet forekommer der utilsigtede hændelser. Udvidelsen af patientsikkerhedsordningen til hele primærsektoren vil således yderligere understøtte patientsikkerheden i regionerne i forbindelse med patienters overgang til eller fra sygehusvæsenet, ligesom udvidelsen vil understøtte patientsikkerheden indenfor den primære sundhedssektor, herunder for praksissektoren og den kommunale sundhedssektor som helhed og i den enkelte praksis henholdsvis den enkelte kommunale institution. Udvidelsen vil samtidig indebære, at Sundhedsstyrelsens udmeldinger på basis af rapporterede utilsigtede hændelser fremover også – hvor det er relevant – vil være rettet mod praksissektoren, den kommunale sundhedssektor og apotekssektoren. Med udvidelsen skabes der dermed grundlag for en læring, der vil kunne give et mere trygt og sikkert behandlingsforløb for patienter i alle dele af sundhedsvæsenet.

Lovforslaget indebærer således, at sundhedspersoner får pligt til at også at rapportere utilsigtede hændelser i praksissektoren og den kommunale sundhedssektor. Desuden får apotekere og apotekspersonale pligt til at rapportere utilsigtede hændelser, så der også kan ske en læring af de hændelser, som apotekerne bliver opmærksomme på, f.eks. utilsigtet dobbeltordination til en patient.

Udvidelsen til utilsigtede hændelser i praksissektoren, jf. sundhedslovens afsnit V, indebærer, at rapporteringspligten fremover vil omfatte utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med behandling hos alment praktiserende læger, herunder vagtlæger, praktiserende speciallæger, tandlæger, tandplejere, kiropraktorer, fysioterapeuter, fodterapeuter og psykologer beskæftiget i sundhedsvæsenet.

Udvidelsen til utilsigtede hændelser i den kommunale sundhedssektor indebærer, at sundhedspersoner m.v. fremover skal rapportere utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med bl.a. behandling i sundhedsplejen, den kommunale tandpleje, herunder omsorgstandplejen og specialtandplejen, og i hjemmesygeplejen samt i forbindelse med genoptræning, alkoholbehandling eller stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven.

Rapporteringspligten gælder, uanset om en utilsigtet hændelse forekommer på en kommunal institution, på en privat institution, som kommunen har indgået aftale med, eller i borgerens eget hjem.

Også apotekere og apotekspersonale får som nævnt pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. Apotekerne har allerede i dag bl.a. pligt til at dokumentere receptfejl. Der sker imidlertid ikke en systematisk og overordnet læring af de utilsigtede hændelser, som apotekerne bliver opmærksomme på.

Af hensyn til administrationen lokalt og nationalt forudsættes det som anbefalet i evalueringsrapporten, at antallet af rapporter fra såvel praksissektoren som den kommunale sundhedssektor i de regler, Sundhedsstyrelsen fastsætter, i første omgang begrænses til betydende hændelser. Dette svarer til den måde, som den nuværende patientsikkerhedsordning på sygehusene i de første år blev administreret. Det forudsættes tilsvarende, at rapporteringspligten for apotekere og apotekspersonale begrænses til betydende hændelser. Sundhedsstyrelsen vil desuden kunne udstede vejledninger på de enkelte fagområder inden for praksissektoren og eventuelle øvrige sektorer om rapporteringen af utilsigtede hændelser, herunder med eksempler på utilsigtede hændelser.

Rapporteringssystemet vil som i dag bestå dels af lokale rapporteringssystemer - fremover i såvel regioner som kommuner - dels af et nationalt rapporteringssystem, der fortsat vil være forankret i Sundhedsstyrelsen. Regionerne vil således – ud over den opfølgning, som regionerne allerede varetager i forhold til sygehusvæsenet – skulle modtage, analysere og følge op på utilsigtede hændelser, der involverer praksissektoren og apotekerne. Kommunerne vil skulle analysere og følge op på de hændelser, der sker i den kommunale sundhedssektor.

De enkelte regionsråd og kommunalbestyrelser vil fortsat have frihed til at organisere administrationen af rapporteringssystemet på den måde, som det lokalt vurderes mest hensigtsmæssigt. For at få der kan ske den bedst mulige læring af de utilsigtede hændelser, der sker i sektorovertage, er det nødvendigt, at regioner og kommuner samarbejder om opgaven. Det findes hensigtsmæssigt at forankre dette samarbejde i sundhedsaftalerne, jf. sundhedslovens § 205. I forbindelse med udvidelsen af patientsikkerhedsordningen vil det derfor blive fastsat i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at regionsrådet og kommunalbestyrelsen i forbindelse med den førstkomende revision af sundhedsaftalerne også skal aftale rammerne for et samarbejde om analyser og opfølgning på rapporteringer af utilsigtede hændelser på tværs af sektorer, som regionerne henholdsvis kommunerne har ansvaret for.

Med hensyn til opfølgningen på utilsigtede hændelser, der involverer praksissektoren, vil det være hensigtsmæssigt, at der i de overenskomster, som Regionernes Lønnings- og Takstnævn indgår med organisationerne i praksissektoren, jf. sundhedslovens § 227, aftales retningslinjer for regionernes opfølgning i forhold til praksissektoren med hensyn til de rapporterede utilsigtede hændelser, som er sket i praksissektoren eller ved overgangen til eller fra sektoren. Aftalerne bør som minimum indeholde en forpligtelse for regionerne til at oprette et formaliseret forum for iværksættelse af initiativer til opfølgning på utilsigtede hændelser. På områder, hvor der ikke foreligger en gældende overenskomst, vil Sundhedsstyrelsen kunne vejlede om, hvordan opfølgningen kan ske.

Med hensyn til rapporteringer, der vedrører apotekssektoren, vil det tilsvarende være hensigtsmæssigt, at der mellem Danske Regioner og Danmarks Apotekerforening aftales retningslinjer for regionernes opfølgning med hensyn til de rapporterede utilsigtede hændelser.

Det forudsættes med forslaget, at regioner og kommuner sikrer dels, at de personer, der skal administrere ordningen, har de fornødne forudsætninger herfor, dels at der i forbindelse med analyse af de utilsigtede hændelser inddrages de nødvendige faglige kompetencer. Regionerne vil i den forbindelse særligt skulle være opmærksom på behovet for at sikre, at den faglige kompetence til at analysere og følge op på hændelser, der vedrører praksissektoren og apotekssektoren er til stede. Den konkrete tilrettelæggelse heraf vil kunne indgå i de omtalte overenskomster med organisationerne i praksissektoren og aftaler med Danmarks Apotekerforening.

Ministerens for sundhed og forebyggelse fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af udvidelsen af patientsikkerhedsordningen. Udvidelsen forventes at træde i kraft i første halvår af 2009, jf. dog nedenfor om en eventuel senere ikrafttræden af rapporteringsadgangen for patienter og pårørende i den primære sundhedssektor. Det vil give regioner og kommuner den nødvendige tid til at forberede den lokale administrative organisering af patientsikkerhedsordningen. En ny version af det elektroniske rapporteringssystem (DanskPatientSikkerhedsDatabase), der drives og supportes af Sundhedsstyrelsen, forventes desuden at være klart til den tid.

### **2.5.2.3. Rapporteringsadgang for patienter og pårørende**

Der åbnes med lovforslaget adgang for patienter og pårørende til at rapportere utilsigtede hændelser. Adgangen gælder både inden for sygehusvæsenet og inden for den primære sundhedssektor.

Baggrunden for forslaget er, at patienten og dennes pårørende har et samlet overblik over behandlingsforløbet og bl.a. derfor i en række tilfælde vil kunne opdage utilsigtede hændelser, som sundhedspersonalet ikke bliver opmærksomme på. En adgang for patienter og pårørende til at rapportere utilsigtede hændelser vil derfor kunne understøtte patientsikkerhedsarbejdet i sundhedsvæsenet.

Pårørendes mulighed for at rapportere vil navnlig kunne have relevans i forhold til svækkede patienter, ældre patienter eller børn og unge, der modtager behandling. Det er ikke hensigten med lovforslaget at foretage en snæver afgrænsning af, hvilke pårørende der har adgang til at rapportere utilsigtede hændelser. For at få det bedst mulige grundlag for kvalitetsarbejdet er det derimod hensigtsmæssigt, at alle pårørende, der måtte have en viden om utilsigtede hændelser, herunder også pårørende som ikke har familiemæssig tilknytning til patienten, har adgang til at rapportere sådanne.

Patienter og pårørendes adgang til at rapportere utilsigtede hændelser ændrer ikke ved patienters klage- og erstatningsadgang. Det skal dog sikres, at patienten eller dennes pårørende vejledes om, at en rapportering af en utilsigtet hændelse ikke er en klage, og at der derfor ikke vil blive truffet nogen afgørelse i forbindelse med rapporteringen, og at en rapportering heller ikke vil kunne udløse erstatning. Det er samtidigt vigtigt, at patienten vejledes om, hvilken myndighed patienten skal rette henvendelse til, hvis patienten i stedet eller samtidigt ønsker at klage eller ønsker erstatning for en skade påført i forbindelse med behandling.

Patienter og pårørende vil fortsat ikke have adgang til aktindsigt eller indsigtsret efter persondataloven i oplysningerne i patientsikkerhedsordningen. Det bemærkes i den forbindelse, at forvaltningslovens regler om partsaktindsigt ikke finder anvendelse, idet der ikke er tale om afgørelsessager, ligesom offentlighedslovens regler ikke finder anvendelse, fordi oplysningerne indgår i et elektronisk register, jf. offentlighedslovens § 5, stk. 2. Reglerne i persondataloven om den registreredes indsigtsret, jf. persondatalovens § 31, stk. 1, finder heller ikke anvendelse, jf. persondatalovens § 32, stk. 4. Også dette er der et behov for at vejlede patient og pårørende om.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vil sikre, at der sker en generel vejledning om patientsikkerhedsordningen og om forskellen mellem rapportering af utilsigtede hændelse og en klage- eller erstatningsadgang på sundhed.dk.

Patienter og pårørendes rapportering forudsættes som altovervejende hovedregel at skulle ske elektronisk via det Internet baserede rapporteringssystem (DanskPatientSikkerhedsDatabase). Sundhedsstyrelsen vil kunne fastsætte regler herom. I det elektroniske rapporteringssystem vil det kunne sikres, at patienten får den relevante information om ordningen, før patienten kan foretage en rapportering. I sygehusvæsenet vil patientkontorerne desuden kunne vejlede patienten om forskellen mellem patientsikkerhedsordningen og klage- og erstatningssystemet.

Der gives med lovforslaget mulighed for at udskyde rapporteringsadgangen for patienter og pårørende i den primære sundhedssektor til et tidspunkt, hvor der i den primære sundhedssektor er opnået en vis erfaring med rapporteringssystemet på grundlag af rapporteringen fra sundhedspersoner. Det skyldes, at en rapporteringsadgang for patienter og pårørende kræver særlig grundig forberedelse. I sygehusvæsenet er der opbygget erfaring med rapporteringssystemet siden 2004. Rapporteringsadgangen for patienter og pårørende i sygehusvæsenet vil derfor skulle træde i kraft i første halvår af 2009 samtidig med den øvrige udvidelse af patientsikkerhedsordningen.

#### **2.5.2.4. Øvrige forhold**

Det er et grundlæggende element i den nuværende patientsikkerhedsordning, at rapporteringssystemet er adskilt fra de sanktionerende systemer. Denne beskyttelse af de rapporterende sundhedspersoner bør efter regeringens opfattelse videreføres. Rapporteringssystemets værdi er afhængig af, at der blandt sundhedspersoner skabes tillid til, at en rapportering ikke kan medføre sanktionerende foranstaltninger. Herved holdes fokus på patientsikkerhedsordningen som et lærende system.

De gældende regler i sundhedslovens § 201, der beskytter sundhedspersoner mod disciplinære foranstaltninger som følge af rapporteringer, videreføres derfor. Med lovforslaget sikres de øvrige personer, der pålægges en rapporteringspligt, herunder apotekere og apotekspersonale, en tilsvarende beskyttelse mod disciplinære foranstaltninger. Det præciseres samtidig, at sundhedspersoner m.v. også er beskyttet mod disciplinære foranstaltninger fra en privat arbejdsgiver som følge af en rapportering.

Lovforslaget ændrer ikke ved muligheden for på andet grundlag at iværksætte foranstaltninger over for en sundhedsperson m.v., ligesom lovforslaget ikke indebærer nogen ændring af klage- og erstatningssystemet.



Udvidelsen af patientsikkerhedsordningen vil bl.a. indebære, at der fremover vil kunne ske en læring af de utilsigtede hændelser, der sker ved overgangene mellem forskellige dele af sundhedssektoren. Det kan i den forbindelse konkret være nødvendigt, at regioner og kommuner har adgang til at videregive rapporteringerne, herunder eventuelle personoplysninger i rapporteringerne.

Det vil f.eks. kunne være tilfældet, hvis en hjemmesygeplejerske til kommunen rapporterer en utilsigtet hændelse, der viser sig at være sket i forbindelse med udskrivning af en patient fra et sygehus, hvor patienten er sat i behandling med en bestemt medicin, uden at hjemmesygeplejersken har fået besked herom, og patienten derfor på grund af, at hjemmesygeplejersken ikke har fortsat behandlingen, må genindlægges. Det vil i en sådan situation være relevant for kommunen at kontakte regionen med henblik på, at regionen analyserer sygehusets procedure omkring udskrivningen. En sådan analyse vil imidlertid forudsætte, at kommunen kan videregive oplysninger til regionen om, hvilken patient der er tale om, således at regionen kan klarlægge, hvad der konkret skete i forbindelse med udskrivningen af den pågældende patient.

Regionens eller kommunens videregivelse af personoplysninger vil efter de gældende regler i persondatalovens § 10, stk. 3, kræve forudgående tilladelse fra tilsynsmyndigheden, dvs. Datatilsynet. Et krav om forudgående tilladelse til videregivelse af personoplysninger vil på baggrund af det forventede antal utilsigtede hændelser, hvor det i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet vil være nødvendigt at videregive personoplysninger, i praksis være administrativt byrdefuldt. Der vil derfor være en risiko for, at der af administrative grunde ikke sker den videregivelse af personoplysninger, som er nødvendig for, at der kan foretages en analyse af det konkrete forløb og dermed en opfølgning med henblik på forbedring af patientsikkerheden. Et krav om forudgående tilladelse vil desuden indebære, at processen med at analysere og følge op på en utilsigtet hændelse forsinkes. Det bemærkes i den forbindelse, at værdien af en analyse af et konkret forløb kan afhænge af, at analysen kan iværksættes så hurtigt som muligt, når hændelsen er indtrådt, idet en forsinkelse af processen indebærer en risiko for, at erindringen om, hvad der skete i forløbet, går tabt.

Lovforslaget giver på den baggrund adgang for regionsrådene og kommunalbestyrelserne til i det omfang, det er nødvendigt for varetagelsen af opgaver efter § 198, stk. 1, at videregive rapporteringer om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, uden samtykke fra de pågældende. Lovforslaget giver dermed mulighed for, at der mellem region og kommune kan udveksles oplysninger om en patient, og at videregivelse af oplysninger om en patient kan ske fra en region eller kommune til private. Det er en forudsætning, at udveksling af personoplysninger kun sker i tilfælde, hvor det er nødvendigt for, at der kan ske analyser af og opfølgning på utilsigtede hændelser, der vedrører sektorovergange. Dette vil navnlig være tilfældet ved mere alvorlige hændelser, hvor der foretages en såkaldt kerneårsagsanalyse, dvs. en analyse af det konkrete behandlingsforløb med henblik på patientsikkerhedsarbejdet.

Lovforslaget indebærer herved en fravigelse af persondatalovens § 10, stk. 3. Det bemærkes, at fravigelsen af persondatalovens § 10, stk. 3, kan ske i overensstemmelse med artikel 8, nr. 4, i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 95/46/EF om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger.

Oplysninger om den rapporterende sundhedspersons må dog ikke må videregives i forbindelse med udvekslingen af en rapportering, men skal anonymiseres forud for videregivelsen. Det

skyldes, at en videregivelse af oplysninger om den rapporterende sundhedspersons identitet ikke er nødvendig for, at der kan ske en analyse og opfølgning på hændelsen.

## **2.6. Udvidet adgang til Medicinprofilen**

### **2.6.1. Adgang til elektronisk videregivelse af oplysninger**

#### **2.6.1.1. Gældende ret**

Ved lov nr. 378 af 28. maj 2003 om ændring af lov om offentlig sygesikring vedtog Folketinget at oprette den personlige elektroniske medicinprofil (Medicinprofilen). Medicinprofilen er et kvalitetssikringsværktøj, som har til formål at stille aktuel og ajourført information om den enkeltes lægemiddelanvendelse til rådighed med henblik på at øge kvaliteten og sikkerheden i patientbehandlingen.

Medicinprofilen blev sat i drift i juli 2004, og der inddateres ca. 45 mio. lægemiddelekspeditioner til registret årligt. Siden 2004 er registret løbende blevet udviklet med nye funktionaliteter, hvorved kvaliteten af registret er blevet stadig bedre.

De gældende regler om den personlige elektroniske medicinprofil (Medicinprofilen) er indeholdt i sundhedslovens § 157.

Det fremgår af stk. 1, at Lægemiddelstyrelsen fører et elektronisk register over ordinationer og de enkelte medicinbruges køb m.v. af lægemidler og hertil knyttede oplysninger.

Ifølge § 157, stk. 2-5 og stk. 9, nr. 3, samt § 4 i bekendtgørelse af 2. oktober 2006 over Lægemiddelstyrelsens register over de Personlige Elektroniske Medicinprofiler (Medicinprofilen), har følgende persongrupper lovlig adgang til Medicinprofilen: Behandlende læger og deres medhjælp, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og plejehjemsassistenter i den kommunale hjemmesygepleje, herunder på plejehjem, apotekere og apotekspersonale samt den enkelte medicinbruger selv.

Herudover fik indenrigs- og sundhedsministeren ved en ændring af sundhedsloven, jf. lov nr. 1556 af 20. december 2006 i § 157, stk. 4, adgang til at fastsætte regler om, at tandlæger kan få adgang til oplysninger, der er registreret om en patient, når det er nødvendigt for behandlingen. Endvidere fik ministeren i § 157, stk. 6, adgang til at fastsætte regler om, at Sundhedsstyrelsen kan få adgang til oplysninger, der er registreret om en patient, når dette er nødvendigt for tilsynet med lægers og tandlægers ordination af specifikke typer lægemidler, herunder afhængighedsskabende lægemidler og antipsykotika. Disse hjemler er endnu ikke udnyttet, da dette kræver tilvejebringelse af en række tekniske forudsætninger, som endnu ikke er fuldt udviklet.

Der er i dag alene hjemmel til at give ovennævnte adgangsberettigede personkreds "adgang til" de oplysninger, der er registreret om en patient. I praksis er denne adgang blevet fortolket således, at de adgangsberettigede kun har ret til at foretage online-opslag i Medicinprofilen, og at oplysningerne ikke må videregives elektronisk til andre systemer. Dog videregives receptoplysninger fra Medicinprofilen elektronisk til apotekersystemerne til brug for recepteks-

peditionen, da dette var en forudsætning for etableringen af receptserveren, som er en del af Medicinprofilen, jf. § 157, stk. 5.

Ifølge § 157, stk. 8, må de personer, som har adgang til oplysninger i Medicinprofilen alene anvende oplysningerne med henblik på at sikre kvaliteten, sikkerheden og effekten af medicinbrugerens lægemiddelanvendelse, med mindre medicinbrugerens har givet mundtligt eller skriftligt samtykke til anden anvendelse.

Det følger endvidere af § 157, stk. 9, at ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om driften m.v. af registret.

For så vidt angår indberetning af oplysninger til Medicinprofilen er der i medfør af § 157, stk. 9, nr. 4-5, fastsat regler herom i §§ 9-12 i bekendtgørelse nr. 990 af 2. oktober 2006 om Lægemiddelstyrelsens register over Personlige Elektroniske Medicinprofiler (Medicinprofilen). Indberetninger skal ske i henhold til de i bilag 1 og 2 til bekendtgørelsen fastsatte forskrifter. Disse regulerer typen af oplysninger, som skal indberettes, samt de felter i indberetningsskemaet, oplysningerne skal indlægges i. Der har imidlertid ikke tidligere været fastsat formkrav for, i hvilket specifikt format oplysninger har skullet indberettes til Medicinprofilen.

#### **2.6.1.2. Overvejelser og lovforslag**

I sundhedsvæsenet registreres der i forbindelse med behandling m.v. i dag helbredsoplysninger om patienter i en lang række elektroniske systemer. For så vidt angår oplysninger om patienters medicinering kan disse for eksempel registreres i patientens egen læges journal, patientjournalen på sygehus, sygeplejefjournaler, tandlægejournaler, omsorgsjournalen på plejehjem eller i hjemmesygeplejen og i Medicinprofilen. Disse elektroniske systemer er ikke teknisk fuldt integrerede og således ikke for nærværende en del af et større sammenhængende elektronisk system, der kan tilgås af alle behandlende sundhedspersoner. Derfor vil helbredsoplysninger i det enkelte elektroniske system ikke automatisk blive ajourført med nye oplysninger, der registreres i de øvrige systemer. Tandlægejournalen vil for eksempel ikke vise, hvis patienten siden sidste behandling er blevet sat i blodfortyndende medicinsk behandling af egen læge. Ligesom sundhedspersonalet ved modtagelse af patienten på sygehuset ikke i alle situationer vil kunne se, hvilken medicin en ældre patient får udleveret til daglig af hjemmesygeplejen.

Af registreringen af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet fremgår det, at utilsigtede medicineringshændelser især sker i forbindelse med, at patientens behandling overgår fra en sektor inden for sundhedsvæsenet til en anden.

Det er på denne baggrund, at regeringens foreslår yderligere initiativer til sikring af målsætningen om, at alle patienter i det danske sundhedsvæsen modtager korrekt og sikker lægemiddelbehandling. Derfor foreslås, at det sundhedsfaglige personale i sundhedsvæsenets forskellige sektorer får adgang til den samme, fuldt opdaterede viden om patientens igangværende medicinering. Ved at dele disse medicindata kan eventuelle medicineringsfejl hurtigere korrigeres, koordination af medicineringen lettes, og dokumentation sikres, når ansvaret for patientbehandlingen overgår til andre, herunder fra en sektor til en anden.

Adgangen til at dele medicindata vil endvidere bidrage til en mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer og til mere smidige arbejdsgange uden dobbeltregistreringer og unødige gentag-

geler. Således vil det administrative arbejde for de persongrupper, som allerede har lovlig adgang til medicinoplysninger i de kommunale omsorgsjournaler (EOJ), Medicinprofilen eller elektroniske patientjournaler på sygehuse og i lægepraksis, lettes ved at give mulighed for at disse delte medicindata kan integreres i disse sundhedspersoners lokale elektroniske patient-journalsystemer, for eksempel til brug for journalføring m.v.

I praksis kan adgangen til at dele medicindata gives ved at etablere et fælles elektronisk medicinkort. Et fælles medicinkort indebærer, at sundhedspersoner har direkte adgang til et opdateret medicinskema eller en medicinoversigt indeholdende oplysninger om patientens igangværende lægemiddelbehandling via sundhedspersonernes eget elektroniske medicinmodul eller patientjournalssystem. Medicinkortet udvikles ved, at Lægemiddelstyrelsen som dataansvarlig for Medicinprofilen kan videregive oplysninger om patientens igangværende lægemiddelbehandling fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournalssystemer, som det sundhedsfaglige personale anvender i deres daglige arbejde og er fortrolige med, det vil sige til elektroniske patientjournalssystemer i lægepraksis og på sygehuse samt til kommunernes elektroniske omsorgsjournaler (EOJ). Ligeledes vil der med hjemmel i § 157, stk. 9, nr. 4 og 5, via disse elektroniske systemer løbende indberettes ændringer til Medicinprofilen, således at det fælles medicinkort til hver en tid udgør et ajourført billede af patientens igangværende medicinering – også i overgangssituationer mellem sektorer og ved opstart af ny behandling i en anden sektor end den, hvori behandlingen tidligere er foregået.

Medicinprofilen bliver således den samlende elektroniske platform, hvortil ændrede eller nye medicinordinationer indberettes, og hvorfra et samlet, opdateret overblik over patientens igangværende medicinering er til rådighed for det fælles medicinkort i de lokale elektroniske patientjournalssystemer. Medicinprofilen er kort sagt redskabet til at realisere det fælles, opdaterede medicinkort, som indeholder medicindata, der kan deles af relevante sundhedspersoner, når det er nødvendigt.

I forbindelse med drøftelser i en arbejdsgruppe nedsat under Indenrigs- og Sundhedsministeriet og med deltagelse af en række ministerier, KL, Den digitale Taskforce, Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen blev forudsætningerne for etablering af hjemmesygeplejens adgang til Medicinprofilen nærmere beskrevet, jf. de almindelige bemærkninger, pkt. 3 g, til L 102 2004-2005, forslag til lov om ændring af lov om offentlig sygesikring, lov om social pension og lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v., og bemærkningerne til § 157, stk. 3, i L 50 2006-2007, forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Det blev blandt andet lagt til grund, at behovet for hjemmesygeplejens adgang til opdaterede medicinoplysninger om de patienter, der aktuelt er i behandling og pleje i hjemmesygeplejen, ville kunne dækkes ved at give hjemmesygeplejen on-line adgang til nødvendige oplysninger i Medicinprofilen baseret på on-line dialog, hvor skærmvisningen forudsætter en midlertidig lagring i hjemmesygeplejens håndholdte computere eller tilsvarende – en såkaldt teknisk temporær kopi. Dette indebærer samtidig en automatisk sletning af oplysningerne, når computeren blev slukket. Imidlertid har det efterfølgende vist sig, at denne løsning ikke er hensigtsmæssig i de situationer, hvor hjemmesygeplejen ude hos patienten ikke har mulighed for at indhente oplysninger fra Medicinprofilen, for eksempel fordi der ikke er mobildækning i området, trådløst netværk, eller der er andre it-tekniske problemer med at få adgang til Medicinprofilen.

Derfor er der af hensyn til behandlingskvaliteten og patientsikkerheden behov for, at relevant personale inden for den kommunale hjemmesygepleje, herunder sygeplejen på plejehjem, ikke alene har ret til at foretage on-lineopslag i Medicinprofilen med visning i form af en teknisk

temporær kopi. Der er desuden behov for, at oplysningerne elektronisk kan videregives fra Medicinprofilen til EOJ, hvor de kan lagres således, at hjemmesygeplejens journaler opdateres med oplysninger om patientens medicinering fra Medicinprofilen. Dette skal ske på en sådan måde, at disse oplysninger kan indhentes, også efter at forbindelsen til Medicinprofilen er blevet afbrudt, eller at den pågældende computer har været slukket. Tilsvarende hensyn gør sig gældende for læger og andre sundhedspersoner med journalføringspligt, når disse har foretaget opslag i Medicinprofilen og har pligt til at dokumentere indholdet af opslagene i deres journalsystem i henhold til lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Aktuelt vil hjemlen således blive udnyttet til at fastsætte nærmere regler for videregivelse af medicinoplysninger fra Medicinprofilen til den kommunale hjemmesygepleje, hvor systemudviklingen på baggrund af den i 2004 meddelte adgang for den kommunale hjemmesygepleje til Medicinprofilen er i gang.

Herefter - når de tekniske forudsætninger er til stede – vil hjemlen blive udnyttet til at fastsætte nærmere regler om, at opdaterede medicinoplysninger fra Medicinprofilen vil kunne tilgå de elektroniske patientjournalsystemer på sygehuse og i lægepraksis. Herved vil det fælles medicinkort kunne fremme kvaliteten af den medicinske behandling i alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Det skal understreges, at de persongrupper, der har adgang til de elektroniske patientjournaler i lægepraksis og på sygehusene, er underlagt kravene til indhentning af elektroniske helbredsoplysninger i lovens § 42 a. Der ændres ikke med lovforslaget på disse adgangskrav. Disse persongrupper har således allerede i dag lovlig adgang til medicinoplysninger enten ved opslag i medicinmodulerne i de elektroniske patientjournaler eller ved opslag direkte i Medicinprofilen. Intentionen med forslaget er derfor alene at forbedre kvaliteten af de medicinoplysninger, der gives adgang til i de elektroniske systemer, som disse faggrupper anvender i deres daglige opgavevaretagelse. Dette realiseres ved at tilvejebringe on-line adgang til opdaterede, fuldstændige medicinoplysninger om den igangværende medicinske behandling fra Medicinprofilen til det fælles Medicinkort for hver enkelt patient. Uanset hvor i sundhedssektoren, den pågældende patient er i behandling, vil der via opslag i de elektroniske patientjournalsystemer være adgang til opdaterede medicinoplysninger i medicinkortet.

Det foreslås på den baggrund, at der i § 157, stk. 9, nr. 5, indsættes en bemyndigelse for ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte regler om Lægemiddelstyrelsens adgang til elektronisk videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournalsystemer i hjemmesygeplejen, på sygehuse og i lægepraksis.

Endelig udtrykkes hjemlen til videregivelse af receptoplysninger fra receptserveren til apotekersystemerne i sammenhæng med videregivelsesadgangen til de øvrige nævnte systemer i den nye § 157, stk. 9, nr. 5. Denne videregivelse er hidtil sket med hjemmel i § 157, stk. 5.

## **2.6.2. Formkrav til indberetninger**

### **2.6.2.1. Overvejelser og lovforslag**

Det har blandt andet i forbindelse med indførelsen af receptserveren vist sig hensigtsmæssigt at have adgang til at fastsætte formkrav med henblik på at højne datakvaliteten og sikre stabilitet i receptfremførelsen. Ved indførelsen af formkrav kan for eksempel elektroniske recepter, der ikke lever op til formkravene, afvises og returneres til ordinerende læge. Dette vurderes at

kunne bidrage til at øge kvaliteten af recepterne, undgå misforståelser af recepter og derved give en sikrere medicinering. Herudover vil et krav om indberetning via webservice kunne nedbringe kompleksiteten i infrastrukturen bag receptfremførslen, hvilket vil kunne bidrage til en mere stabil receptfremførsel.

På den baggrund foreslås det med § 157, stk. 9, nr. 6, at der gives bemyndigelse til ministeren for sundhed og forebyggelse til at opstille formkrav til indberetninger i Medicinprofilen.

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

### **2.7.1. Gældende ret**

#### **2.7.1.1. Regionale opgaver**

I dag er det en regional opgave at yde tilskud til vederlagsfri behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse, hvilket følger af sundhedslovens § 67. Bekendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006 om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren omfatter tre former for tilskud: Tilskud til almindelig fysioterapi, ridefysioterapi og vederlagsfri fysioterapi.

De nærmere vilkår for tilskud m.v. fremgår af de respektive overenskomster mellem Danske Fysioterapeuter og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, som pr. 1. januar 2007 blev afløst af Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Med hjemmel i sundhedslovens § 71 er bekendtgørelse nr. 1080 af 2. november 2006 om tilskud til optræning af handicappede og behandling af muskellidelser på Øfaldt Centret Aps udstedt. De nærmere vilkår for tilskud m.v. fremgår af en overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Teddy Øfaldt.

Vederlagsfri fysioterapi tilbydes efter gældende regler til personer med et varigt, svært fysisk handicap som følge af en medfødt eller arvelig sygdom, erhvervede neurologiske sygdomme, fysiske handicap som følge af ulykke eller nedsættelse af led- eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme. Sundhedsstyrelsen har fastsat de nærmere retningslinier for adgang til vederlagsfri fysioterapi for personer med fysisk handicap, jf. § 8, stk. 2 i bekendtgørelsen om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren.

Disse retningslinier omfatter såvel behandling hos praktiserende fysioterapeuter som på Øfaldt Centret Aps.

#### **2.7.1.2. Kommunale opgaver**

I dag er det en kommunal opgave såvel at yde tilbud om træning efter serviceloven som at yde tilbud om genoptræning efter sundhedsloven og serviceloven. Kommunalbestyrelsen skal således ifølge servicelovens § 85 tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Servicelovens § 86, stk. 1, fastlægger kommunalbestyrelsens ansvar for at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Herudover er kommunalbestyrelsen forpligtet til at tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale

problemer har behov herfor, den såkaldte vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86, stk. 2.

Efter alle tre bestemmelser skal den kommunale myndighed tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning efter en individuel konkret vurdering af behovet.

Derudover skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. sundhedslovens § 140. De mere detaljerede regler herom findes i bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptrænings tilbud efter udskrivning fra sygehus m.v.

Der henvises til vejledning nr. 10131 af 11. december 2006 om træning i kommuner og regioner.

#### *Forholdet mellem de regionale og kommunale opgaver*

Af Sundhedsstyrelsens gældende retningslinier for fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi fremgår en række forudsætninger for henvisning til vederlagsfri fysioterapi, bl.a. at patienten ikke må have et andet dækkende offentligt finansieret tilbud om fysioterapi. Dette indebærer, at patienten ikke har ret til vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren, hvis patienten er dækket af et offentligt finansieret tilbud i kommunalt regi. Heri ligger, at personer, der opholder sig i botilbud, heldagstilbud eller på plejehjem, hvor der tilbydes fysioterapi, ikke skal overføres til vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren.

#### **2.7.1.3. Valgfrihed**

##### *Fysioterapi i praksissektoren*

Efter de gældende overenskomster på fysioterapiområdet, kan patienter, der tilbydes vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren, frit vælge mellem alle fysioterapeuter, der har tilmeldt sig overenskomsten.

##### *Genoptræning efter serviceloven*

Det er kommunerne, som har myndighedsansvaret og som skal tilbyde træning og genoptræning efter servicelovens bestemmelser. Kommunerne kan dog frit vælge, hvem der skal varetage træningsopgaverne. Kommunerne kan således vælge selv at varetage opgaverne med træning og genoptræning, eller de kan benytte private leverandører.

Borgeren visiteres til det eller de tilbud, som den pågældende kommune stiller til rådighed, og borgeren kan vælge mellem de tilbud, som kommunen stiller til rådighed. I forbindelse med visiteringen har kommunerne en generel forpligtelse til at rådgive borgerne om mulighederne for træning og genoptræning efter servicelovens bestemmelser.

##### *Genoptræning efter sundhedsloven*

Efter de gældende regler om genoptræning i kommunalt regi har en patient, der har et lægefagligt behov for almindelig ambulant genoptræning efter udskrivning fra sygehus, mulighed for at vælge mellem de genoptræningstilbud, som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner, eller som bopælskommunen yder via en eller flere leverandører på grundlag af en særlig aftale herom. Patienterne har desuden ret til at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner. Patienterne har derimod ikke ret til at vælge genoptræningstilbud, som andre kommuner tilbyder egne borgere hos en eller flere leverandører på grundlag af en særlig aftale herom.

#### **2.7.1.4. Regionernes Lønnings- og Takstnævn**

Finansministeren har efter den gældende bestemmelse i lov om regioner m.v. § 37, stk. 7, hjemmel til efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren at fastsætte nærmere regler om nævnets virksomhed. Denne bemyndigelse er udnyttet ved udstedelsen af bekendtgørelse nr. 1369 af 12. december 2006 om Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Det fremgår af bekendtgørelsens § 5, at Danske Regioner yder den sekretariatsmæssige betjening af nævnet, herunder bl.a. forberedelsen og behandlingen af sager, der skal forelægges for nævnet, bistand ved forhandlinger eller varetagelsen af forhandlinger efter bemyndigelse. Det fremgår endvidere af bestemmelsen, at sekretariatet i sager vedrørende nævnet refererer direkte til nævnet, og at sekretariatsbetjeningen af nævnet er uafhængigt af Danske Regioner. Endvidere fremgår det af den gældende bestemmelse i § 37, stk. 6, at udgifterne til nævnets virksomhed afholdes ligeligt af regionerne.

#### **2.7.2. Overvejelser og lovforslag**

I april 2007 indgik regeringen og Dansk Folkeparti en aftale om at foretage nogle omlægninger af den fysioterapeutiske indsats for personer med handicap. Disse omlægninger havde været drøftet med De Samvirkende Invalideorganisationer, som har tilsluttet sig indholdet.

Aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti skal ses i lyset af, at Sundhedsstyrelsen i oktober 2005 reviderede retningslinierne fra 2000 for fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi.

Vederlagsfri fysioterapi forudsætter bl.a., at patienten har et svært fysisk handicap.

Med retningslinierne blev den praksis, som gennem mange år har været anvendt ved fortolkning af kriteriet om et svært fysisk handicap, synliggjort med følgende formulering: »En patient, som kan klare sig selv indendørs i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, har ikke et svært fysisk handicap«.

Med hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse menes, at personen er nødt til at anvende hjælpemidler eller have hjælp af pårørende eller andre personer til f.eks. påklædning, personlig hygiejne eller madlavning.

Sundhedsstyrelsen besluttede i maj 2006, at der ikke var fagligt grundlag for at videreføre den dispensation fra kravet om et svært fysisk handicap, som alene sclerosepatienter havde haft siden 2001. En sådan dispensation ville i givet fald være relevant for store grupper af patienter, hvor et forudsigeligt tab af funktionsevner gør tidlig fysioterapi vigtig for at forhindre eller forhale en nedsættelse af funktionsevnen. Sundhedsstyrelsen kunne derfor ikke ud fra en faglig synsvinkel argumentere for, at dispensation fra kriteriet om et svært fysisk handicap begrænses til en enkelt eller to diagnosegrupper.

Denne synliggørelse af kriterierne for at opnå vederlagsfri fysioterapi og ophævelsen af den særlige dispensation for sclerosepatienterne har betydet, at nogle patienter, som tidligere fik fysioterapi vederlagsfrit, gled ud af den vederlagsfri ordning.

Den gældende lovgivning indeholder som beskrevet ovenfor kommunale træningsforpligtelser efter serviceloven og både kommunale og regionale træningsforpligtelser efter sundhedsloven.

Ministeriets arbejdsgruppe vedrørende genoptræning pegede i 2006 på, at der eksisterer en risiko for kassetækning mellem de kommunale træningsforpligtelser efter serviceloven og de kommunale og regionale træningsforpligtelser til personer med et fysisk handicap efter sundhedsloven.



Derfor foreslås i overensstemmelse med den ovenfor omtalte politiske aftale at flytte myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi og træning til personer med handicap til kommunerne fra den 1. august 2008.

Det overordnede hensyn med omlægningen er at skabe en sammenhængende og effektiv opgaveløsning, som er klar og gennemskuelig for borgeren og baseret på en sundhedsfaglig vurdering.

I lyset af, at nogle patienter er gledet ud af ordningen, vil der i tilknytning til overførslen af området til kommunerne blive indført en ny tilskudsgruppe med adgang til vederlagsfri fysioterapi. Det vil som udgangspunkt blive i form af holdtræning. Således udvides tilbudet om vederlagsfri fysioterapi til at omfatte personer med sygdomme, som indebærer et forudsigeligt tab af funktionsevner, og for hvilke det kan være vigtigt at indlede fysioterapi tidligt for at forhale forringelse af funktionsevnen.

Det er en betingelse for adgang til vederlagsfri fysioterapi, at der foreligger en henvisning fra en læge. Fysioterapi er således fortsat en ydelse, som patienten henvises til på baggrund af en lægefaglig vurdering. Herefter iværksættes behandlingen eller træningen ud fra en konkret vurdering af patientens behov og muligheder i forhold til holdtræning, holdtræning kombineret med individuel behandling eller individuel behandling. Den nye patientgruppe, som bliver omfattet af tilskuddet skal som udgangspunkt tilbydes vederlagsfri fysioterapi som holdtræning. Herved udelukkes ikke den individuelle behandling, men den må betragtes som undtagelsen. For den oprindelige målgruppe er intentionen i øvrigt, at andelen af holdtræning – som generelt eller midlertidigt tilbud – skal forøges. I Sundhedsstyrelsens retningslinier om adgang til vederlagsfri fysioterapi vil kriterierne for adgang hertil blive fastlagt.

Udvidelsen af personkredsen, som har adgang til vederlagsfri fysioterapi, vil ske ved en ændring af bekendtgørelsen om tilskud til behandling hos fysioterapeut. Det vil i Sundhedsstyrelsens retningslinier om vederlagsfri fysioterapi blive præciseret hvilke patienter, som herved får adgang til vederlagsfri fysioterapi.

#### **2.7.2.1. Flytning af myndighedsansvaret til kommunerne**

Flytningen af myndighedsansvaret giver kommunerne myndighedsansvaret for den del af praksissektoren, som vedrører vederlagsfri fysioterapi. Regionerne bevarer myndighedsansvaret for den tilskudsberettigede fysioterapi. Der er imidlertid fortsat tale om ydelser i praksissektoren, så ændringen i myndighedsniveau indebærer ikke, at disse ydelser flyttes fra praksissektoren til et offentligt tilbud.

Med lovforslaget tilsigtes således ikke at begrænse kapaciteten i praksissektoren eller antallet af klinikker i praksissektoren ved at flytte opgaver til et offentligt tilbud. Der henvises i den sammenhæng også til, at det er aftalt, at der indføres en ny tilskudsgruppe med adgang til vederlagsfri fysioterapi. Flytningen af myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi ligger i naturlig forlængelse af kommunalreformen, hvor kommunerne ved overtagelse af genoptræningen efter udskrivning fra amterne fik et klart og udvidet ansvar på træningsområdet.

Kommunerne havde (og har) i forvejen ansvaret for vedligeholdelses- og genoptræning efter servicelovens bestemmelser. Ved at overføre myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne bliver kommunen den enkelte borgers leverandør af alle træningstilbud m.v., bortset fra genoptræning, der ydes af regionerne under indlæggelse i sygehusvæsenet. Det må

i øvrigt forventes, at sammenhæng og koordination i forhold til den øvrige rehabilitering i kommunerne vil blive styrket ved at flytte ansvaret for fysioterapi til kommunerne.

For patienten har flytningen den fordel, at der åbnes mulighed for, at samme fysioterapeut som udgangspunkt kan indgå i patientens samlede behandlings- og træningsforløb. Der vil således være et mindre behov for at skifte fysioterapeut på grund af overgange mellem tilbud, som tilrettelægges af forskellige myndigheder. Herved opnås, at patienten vil opleve større sammenhæng og kontinuitet i de forskellige træningstilbud - både indholdsmæssigt og tidsmæssigt, hvad enten patienten er henvist til genoptræning efter sygehusophold, et kommunalt træningstilbud efter serviceloven eller er lægehenvist til vederlagsfri fysioterapi.

Ændring af myndighedsansvaret fremmer desuden mulighederne for at styrke de faglige kompetencer i den samlede faggruppe og hos den enkelte fysioterapeut, bl.a. fordi større valgfrihed mellem udbydere giver bedre muligheder for faglig specialisering. Endvidere vil der være bedre muligheder for en sammenhængende planlægning af efteruddannelse, kvalitetsudvikling m.v.

En samling af ansvaret for træningsindsatsen for personer med handicap gør det muligt for kommunerne at sikre en mere sammenhængende fysioterapeutisk indsats på de områder, hvor der kan være et overlap med hensyn til patientkredsen, dvs. genoptræning efter sygehusophold, træning efter serviceloven og lægehenvist vederlagsfri fysioterapi.

Kommunerne får således muligheder for at tilrettelægge træningsindsatsen for den vederlagsfri fysioterapi til personer med handicap og personer med funktionsevnedssættelse mere effektivt, fordi en samling af opgaven hos kommunerne vil åbne en række muligheder, baseret på et større patientunderlag og dermed bedre forudsætninger for at udnytte pladskrævende og investeringstunge faciliteter, som f.eks. større træningsredskaber, varmtvandsbassiner og ikke mindst plads til holdtræning. Dette er en fordel både ud fra en behandlingsmæssig vinkel og ud fra hensynet til en effektiv kommunal ressourceudnyttelse.

Denne samling af opgaverne vil øge kommunernes mulighed for at foretage en hensigtsmæssig planlægning, herunder af kapaciteten. Denne planlægning vil ske under hensyntagen til bl.a. behovet for en geografisk dækning i forhold til borgernes behov for nærhed, specialisering m.v. I forbindelse med den konkrete kapacitetsplanlægning vil det være naturligt, at kommunerne indtænker kapaciteten i kommunens nærområder.

Flytning af denne del af fysioterapiopgaven til kommunalt regi vil efter regeringens vurdering ikke føre til, at fysioterapiområdet mister berøringsflade med den øvrige praksissektor. Dels videreføres den største del af fysioterapien i praksissektoren som en regional opgave. Dels vil der stadig være behov for et samarbejde med den øvrige praksissektor, herunder navnlig med alment praktiserende læger og kiropraktorer.

Det vil i øvrigt være hensigtsmæssigt og i overensstemmelse med det generelt øgede fokus på samarbejde, at der i de respektive overenskomstforankrede samarbejdsudvalg og landssamarbejdsudvalg på fysioterapiområdet sikres repræsentation af regioner henholdsvis kommuner. Det er også væsentlig at understrege, at det fortsatte krav om lægehenvisning i sig selv fordrer et samarbejde og samspil mellem fysioterapeuten og den praktiserende læge om patienter i vederlagsfri fysioterapibehandling.

Det bemærkes generelt i den forbindelse, at regioner og kommuner i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne skal sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en

effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v., jf. sundhedslovens § 4.

Kommuner og regioner er i øvrigt forpligtet til at udarbejde sundhedsaftaler på en række områder, herunder er sundhedsaftaler obligatoriske på træningsområdet. Med flytningen af den vederlagsfri fysioterapi til kommunerne vil disse aftaler på træningsområdet også kunne omfatte vederlagsfri fysioterapi. Herved sikres også lokalt en aftalebaseret sammenhængende indsats.

Fysioterapeuten vil i samarbejde med patienten i forbindelse med påbegyndelse af et træningsforløb kunne udarbejde en plan for forløbet på baggrund af lægens henvisning.

#### **2.7.2.2. Øget valgfrihed**

Regeringen foreslår, at valgfriheden for patienter, som henvises til vederlagsfri fysioterapi, øges i forbindelse med overflytningen af myndighedsansvaret til kommunerne. Valgfriheden vil give disse patienter mulighed for at vælge, om den vederlagsfri fysioterapi skal finde sted hos en af landets praktiserende fysioterapeuter, som har tilsluttet sig overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævn, eller på et kommunalt træningscenter i bopælskommunen eller i en anden kommune. Patienten vil med forslaget også få mulighed for at vælge behandlingstilbud, som bopælskommunen har indgået aftale med. Dette har flere fordele for patienter, som vil kunne vælge en praktiserende fysioterapeut, f.eks. hvis patienten kender fysioterapeuten fra tidligere behandling, hvis der er kortere afstand til den private klinik, eller hvis patienten foretrækker en klinik med en specifik faglighed eller med færre patienter. Patienterne vil fortsat kunne vælge imellem alle de fysioterapeuter, der har tilsluttet sig overenskomsten med Regionernes

Lønnings- og Takstnævn. Patienten kan også vælge en kommunal klinik, f.eks. hvis patienten foretrækker et større behandlingssted evt. med flere faciliteter, der er kortere afstand til en kommunal klinik, eller klinikken er bedre tilgængelig end private klinikker. I den særlige situation, hvor en patient, der er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, bliver indlagt med deraf følgende behov for genoptræning, vil denne genoptræning, jf. ovennævnte regler om frit valg af genoptræning efter udskrivning, enten kunne finde sted på et kommunalt træningscenter eller hos en fysioterapeut, som kommunalbestyrelsen har en aftale med. Sidstnævnte fysioterapeut vil ikke nødvendigvis være den samme som den fysioterapeut, som patienten er vant til at modtage vederlagsfri fysioterapi af.

Det bemærkes i den sammenhæng, at regeringen i forbindelse med Folketingets behandling af lovforslag nr. L 74, Sundhedsloven, bl.a. i besvarelse af spørgsmål nr. 194 (L 74 i folketingsåret 2004-05), har tilkendegivet, at regeringen, når den kommunale opgavevaretagelse på genoptræningsområdet har fundet sit leje, vil vurdere, hvorvidt der er grundlag for yderligere styrkelse af patienternes frie valg på genoptræningsområdet. Spørgsmålet om rækkevidden af frit valg for genoptræningspatienter, som tillige er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, vil indgå i denne vurdering.

Det foreslås med lovforslaget, at ministeren for sundhed og forebyggelse får bemyndigelse til at udstede regler om frit valg på fysioterapiområdet m.v. Denne bemyndigelse vil i første omgang blive anvendt til at fastsætte valgfrihed som beskrevet ovenfor, for patienter henvist til vederlagsfri fysioterapi.

### **2.7.2.3. Forhandlingskompetencen og afregningsmuligheder**

Forhandlingskompetencen til at indgå overenskomster i praksissektoren med organisationer af sundhedspersoner ligger i dag hos Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Selvom vederlagsfri fysioterapi med lovforslaget foreslås flyttet til kommunerne, er det efter regeringens opfattelse ikke hensigtsmæssigt at flytte forhandlingskompetencen fra den myndighed, der i øvrigt har som opgave at forhandle og indgå overenskomster med organisationer af sundhedspersoner i praksissektoren.

Hertil kommer, at samme myndighed – Regionernes Lønnings- og Takstnævn - fortsat skal indgå overenskomster vedrørende almindelig tilskudsberettiget fysioterapi. Derfor foreslås ved ændringer af lovens § 227, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn bevarer kompetencen til at forhandle og indgå overenskomster om vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren også efter flytning af myndighedsansvaret til kommunerne.

Kompetencen til at sammensætte forhandlingsdelegationen ligger i Regionernes Lønnings- og Takstnævn, men det vil være oplagt, at Regionernes Lønnings- og Takstnævns forhandlingsdelegation sammensættes af de kommunale repræsentanter i nævnet, når der forhandles overenskomster om vederlagsfri fysioterapi.

Da finansieringen af den vederlagsfri fysioterapi overgår til kommunerne sammen med myndighedsansvaret for opgaven foreslås ved en ændring af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, at afstemningsreglerne i Regionernes Lønnings- og Takstnævn ændres, således at de af KL indstillede medlemmer af nævnet hver får 3 stemmer, når nævnet træffer beslutning om forhold, som vedrører den vederlagsfri fysioterapi m.v. efter sundhedslovens §§ 140 a, stk. 1, og 140 b. Derved har KL's medlemmer stemmeflerhed i forhold til de af regionsrådene indstillede 5 medlemmer af nævnet. Samtidig vil finansministeren og velfærdsministeren med hjemmel i § 37, stk. 8 fastsætte regler om, at nævnet sekretariatsbetjenes af KL i de omhandlede sager.

I relation til afregningsopgaver vil der være administrative fordele i en enkel model. For at give mulighed for at undgå at opbygge et parallelt kommunalt afregningssystem for ydelser i praksissektoren foreslår regeringen, at der indføres hjemmel til, at kommunalbestyrelserne kan vælge at aftale med regionen, at afregningen fortsat finder sted i det regionale afregningssystem, som viderefører afregning af almen tilskudsberettiget fysioterapi i praksissektoren. Der er tale om en valgmulighed, således at de kommuner, der selv ønsker at forestå afregningen, har mulighed for det. Hermed åbnes der også mulighed for, at den enkelte fysioterapeut kan fortsætte med alene at indsende regninger til én myndighed, som herefter foretager den endelige afregning.

## **2.8. Gradueret plejehjemstilsyn**

### **2.8.1 Gældende ret**

Bestemmelsen om plejehjemstilsynet blev første gang indsat i lovgivningen som § 6a i lov nr. 490 af 7. juni 2001 om embedslægeinstitutioner ved ændringsforslag til L 192 af 21. marts 2001 om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det kommunale område og lov om embedslægeinstitutioner m.v. Der henvises til Folketingstidende 2000-2001, tillæg A, side 5667. I forarbejderne til lovændringen var det forudsat, at de årlige tilsynsbesøg omfattede samtlige plejehjem m.v.

Sundhedslovens § 219 angiver i dag detaljerede regler for Sundhedsstyrelsens - i praksis embedslægerne - sundhedsfaglige tilsyn med plejehjem. Herunder er der fastsat krav til bl.a. hyppigheden og indholdet af tilsyn samt processen i forbindelse med afrapportering og opfølgning.

Efter § 219, stk. 1 gennemfører Sundhedsstyrelsen én gang årligt et uanmeldt tilsynsbesøg vedrørende de sundhedsmæssige forhold på plejehjem m.v. omfattet af lov om social service, i plejeboligbebyggelser omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap og andre tilsvarende boligheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

Efter § 219, stk. 2, udarbejder Sundhedsstyrelsen efter hvert tilsynsbesøg en tilsynsrapport om de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet m.v. til brug for plejehjemmets og kommunens opfølgning på konstaterede fejl og mangler ved de sundhedsmæssige forhold. Tilsynsrapporten sendes endvidere til bruger- og pårørenderådet, jf. lov om social service, og til det kommunale ældreråd, jf. lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Sundhedsstyrelsen skal efter § 219, stk. 3 påse, at plejehjemmet eller kommunen følger op på eventuelle kritisable sundhedsmæssige forhold, der måtte være konstateret ved det sundhedsmæssige tilsynsbesøg.

Embedslægeinstitutionen udarbejder årligt for den enkelte kommunes plejehjem m.v. et sammendrag af årets tilsynsrapporter og et sammendrag af den kommunale opfølgning efter stk. 3 til brug for den enkelte kommune, jf. § 219, stk. 4.

Efter § 219, stk. 5 fastsætter Sundhedsstyrelsen nærmere indholdet af de sundhedsadministrative, sundhedsfaglige og sundhedsrelaterede opgaver, der indgår i tilsynet med de sundhedsmæssige forhold, og de nærmere regler for tilsynsbesøg og afrapportering herom efter stk. 1-4.

Reglerne i § 220, stk. 4 og 5, om udstedelse af påbud og forbud over for institutioner m.v. finder tilsvarende anvendelse på tilsyn, der udføres efter stk. 1-3, jf. § 219, stk. 6.

Sundhedsstyrelsen har i medfør af bestemmelsen i § 219, stk. 5 fastsat nærmere regler om indholdet af de sundhedsadministrative, sundhedsfaglige og sundhedsrelaterede opgaver, der indgår i tilsynet med de sundhedsmæssige forhold, samt nærmere regler for tilsynsbesøg og afrapportering.

Hensigten med sundhedslovens bestemmelser og de i medfør heraf fastsatte regler er gennem et tæt tilsyn at sikre kvaliteten af de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmene. Bestemmelserne giver imidlertid ikke mulighed for at graduere plejehjemstilsynet.

### **2.8.2. Overvejelser og lovforslag**

Det er regeringens mål, at de offentlige institutioner skal tænke nyt og udvikle kvaliteten. Der henvises til ”Bedre velfærd og større arbejdsglæde – regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige service”. Regeringens mål skal bl.a. nås ved, at alle institutioner på velfærdsområderne senest fra 2015 skal arbejde med en enkel og anerkendt akkrediterings- eller kvalitetsudviklingsmetode.

Gennem 1990'erne og frem til i dag er den statslige regulering af tilrettelæggelsen, kommunernes administrative processer i taget til - f.eks. den statslige regulering i form af krav om tilsyn med plejehjem. Afviklingen af de detaljerede procesregler er i overensstemmelse med, at regeringen vil gennemføre en afbureaukratiseringsreform på alle kommunerettede områder. Som led i aftalen om kommunernes økonomi for 2008 er regeringen og KL blevet enige om, at de detaljerede procesregler i forbindelse med det særlige tilsyn med bl.a. kommunale plejehjem skal afvikles i takt med, at der etableres dækkende akkrediteringsordninger.

Formålet med lovforslaget er at indsætte lovhjemmel til, at Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige tilsyn med de kommunale institutioner, herunder plejehjem, fra 2009 kan målrettes, således at hyppigheden af tilsynsbesøg på institutioner omfattet af plejehjemstilsynet, hvor der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler eller alene konstateres få fejl eller mangler, der efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan nedsættes.

Herved frigøres der ressourcer til en øget indsats over for de institutioner, hvor der ved tilsynsbesøg konstateres mange fejl eller mangler eller fejl eller mangler med konsekvenser for patientsikkerheden.

## **2.9. Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge**

### **2.9.1 Gældende ret**

Med vedtagelse af lov nr. 438 af 14. juni 1995 om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge fik kommunerne pligt til at tilbyde børn i den undervisningspligtige alder to forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge. En helbredsundersøgelse skulle tilbydes ved skolestart og som noget nyt skulle eleverne i de ældste klasser tilbydes en helbredsundersøgelse umiddelbart før undervisningspligtens ophør.

Disse regler om forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge er videreført i sundhedslovens § 121, stk. 2. Tidspunktet for gennemførelse af de to forebyggende lægelige undersøgelser er ved bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006 fastsat til børnehave- eller 1. klasse samt umiddelbart før undervisningspligtens ophør.

### **2.9.2. Overvejelser og lovforslag**

Sundhedsministeriet udsendte i januar 1999 tre år efter lovens ikrafttræden en statusredegørelse vedrørende de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Statusundersøgelsen viste bl.a., at ca. 20 % af landets kommuner pr. 1. januar 1998 ikke havde ansat nogen læge svarende til, at ca. 14 % af alle børn ikke modtog et lægeligt tilbud fra den kommunale sundhedstjeneste.

Som en konsekvens heraf ophævede et folketingsflertal ved lov om ændring af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, lov nr. 344 af 27. maj 2002, kravet om ansættelse i den kommunale sundhedstjeneste, hvorefter kommunerne fra 1. oktober 2002 fik mulighed for at indgå aftale med fx privat praktiserende læger om varetagelse af opgaver i de forebyggende sundhedsordninger såsom forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennemførte i efteråret 2004 en rundspørge til samtlige landets kommuner med henblik på en status for, hvor mange kommuner der ikke opfyldte lovens krav om forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder ved læge. Rundspørgen viste, at ca. 1/3 af landets kommuner stod uden læge og således ikke opfyldte lovens krav.

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) nåede ved en kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge i 2005 frem til, at 28 % af landets kommuner stod uden en fungerende lægeordning svarende til, at ca. 21 % af alle børn i den undervisningspligtige alder ikke modtog et lægeligt tilbud fra den kommunale sundhedstjeneste. Herudover var det kun 52 % af landets kommuner, der tilbød en forebyggende helbredsundersøgelse ved læge ved ind- såvel som ved udskoling.

Foreningen for Ledere af Sundhedsordninger i Danmark gennemførte i 2006/2007 en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at følge op på Sundhedsministeriets statusredegørelse og SIFs kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger. Spørgeskemaundersøgelse viste bl.a., at ca. 20 % af landets kommuner pr. 1. januar 2007 stod uden læge. Spørgeskemaundersøgelsen viste også, at 54 % af kommunerne havde vakante lægetimer.

Et stort antal kommuner har således vedvarende siden ikrafttræden d. 1. januar 1996 af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge ikke kunnet leve op til lovens krav. Dette på trods af, at loven giver kommunerne fleksible rammer for tilrettelæggelsen af de forebyggende lægelige helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder.

De forebyggende helbredsundersøgelser planlægges og afvikles allerede i dag i samarbejde med sundhedsplejersken. Herudover har sundhedsplejersken sin faste gang på skolen og skal ved funktionsundersøgelser og gennem regelmæssig kontakt med børnene afdække eventuelle almene sundhedsmæssige problemer samt ved kontakt med det enkelte barn og forældre afdække eventuelle individuelle sundhedsmæssige problemer. Såfremt sundhedsplejersken konstaterer, at et barn har behov for lægelig eller anden form for behandling, skal sundhedsplejersken på samme måde som kommunallægen formidle kontakt til relevant sagkundskab.

Erfaringer med forsøgsordninger i den kommunale sundhedstjeneste viser i den forbindelse bl.a., at der ikke er stor forskel i antallet af henvisninger af børn til fx alment praktiserende læge mellem forsøgsskoler, hvor de forebyggende helbredsundersøgelser alene varetages af sundhedsplejersker, og kontrolskoler, hvor de forebyggende helbredsundersøgelser varetages af læger. Erfaringer med forsøgsordninger viser også, at forældre og børn er trygge ved tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser ved sundhedsplejerske alene.

Det foreslås at give kommunerne mere fleksible rammer for tilrettelæggelsen af de forebyggende sundhedsydelser for børn og unge, således at den enkelte kommunalbestyrelse får mulighed for at beslutte, hvorvidt de to forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder skal udføres af en læge eller af en sundhedsplejerske.

Den øgede fleksibilitet i den kommunale opgavetilrettelæggelse skal, set i lyset af de vedvarende vanskeligheder med at opfylde lovens krav, sikre alle børn i den undervisningspligtige alder et veltilrettelagt og fagligt betryggende tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser fra den kommunale sundhedstjeneste.

Sundhedsplejersker er iflg. autorisationsloven forpligtet til at sikre sig de kompetencer, som er nødvendige for at varetage opgaverne fagligt forsvarligt.

Sundhedsstyrelsen udfærdiger derfor forud for lovens ikrafttræden en anbefaling for uddannelse af sundhedsplejersker, der skal varetage de forebyggende helbredsundersøgelser af skolebørn. Anbefalingen skal sikre sundhedsplejerskerne de nødvendige faglige værktøjer til at varetage de forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder på betryggende vis.

## **2.10. Nationalt forebyggelsesråd**

### **2.10.1. Gældende ret**

*Det nationale råd for folkesundhed* blev nedsat i 2001 henhold til lov nr. 141 af 5. marts 2001 om ændring af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. med flere love og om ophævelse af et forebyggelsespolitisk råd og et tobaksskaderåd.

Bestemmelserne om Det nationale råd for folkesundhed er videreført i sundhedslovens § 223. Efter § 223, stk. 1 nedsætter ministeren for sundhed og forebyggelse et uafhængigt sagkyndigt råd for folkesundhed. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til opgave at bidrage til debat og at rådgive ministeren for sundhed og forebyggelse om folkesundhedsområdet.

Det nationale råd for folkesundhed består ifølge § 223, stk. 3, af 11 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 3 år ad gangen på baggrund af deres sagkundskab inden for folkesundhedsområdet.

Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger rådets formand blandt rådets medlemmer. Rådet kan jf. stk. 4 indkalde andre relevante personer på ad hoc-basis.

Rådet fastsætter selv sin forretningsorden, jf. stk. 5, og afgiver hvert andet år en beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse, jf. stk. 2.

*Motions- og Ernæringsrådet* blev nedsat i 2005 i henhold til fødevarerlovens § 13. Rådet blev etableret som led i en styrkelse af den faglige, videnskabelige indsats på motions- og ernæringsområdet med henblik på at sætte øget fokus på vigtigheden af sund kost og motion til fremme af bedre sundhed for alle danskere. Rådet rådgiver efter vedtægterne offentligheden, myndigheder, fødevarerindustrien m.v. om videnskabelige forhold om motion og ernæring. Rådet afgiver årligt en skriftlig beretning til ministeren for familie- og forbrugeranliggender.

Efter bestemmelsen i § 13 nedsætter ministeren for familie- og forbrugeranliggender Motions- og Ernæringsrådet, der skal være rådgivende i faglige spørgsmål om ernæring og motion. Ministeren kan fastsætte nærmere regler om rådets sammensætning og virksomhed. Ministeren fastsætter rådets forretningsorden.

Rådet består af 20 medlemmer, som beskikkes af ministeren for familie- og forbrugeranliggender. Beskikkelsen foregår i overensstemmelse med en fast procedure i rådets vedtægter, hvorefter 14 medlemmer enkeltvis beskikkes efter indstilling af 2 kandidater fra hvert af en



række faglige selskaber, 1 medlem beskikkes efter indstilling af 2 kandidater fra Forbrugerrådet, 1 medlem efter indstilling af 2 kandidater fra Levnedsmiddelcentret, 1 medlem efter indstilling af 2 kandidater fra Fødevareinstituttet ved Danmarks Tekniske Universitet, 2 medlemmer beskikkes efter indstilling af 4 kandidater fra de statslige forskningsråd. Rådet kan endelig efter sin nedsættelse anmode om, at 1 medlem beskikkes efter indstilling af 2 kandidater fra rådet, hvis der er behov for yderligere kompetencer i rådet.

Medlemmerne beskikkes for 3 år ad gangen. Medlemmerne skal som minimum være i besiddelse af en ph.d. grad relevant for rådets arbejde eller faglige kvalifikationer, der kan sidestilles hermed.

### **2.10.2. Overvejelser og lovforslag**

Det er regeringens mål, at befolkningens gennemsnitlige levetid over de næste 10 år skal forlænges med 3 år samtidig med, at vi får flere gode leveår. Det er derfor vigtigt at styrke folkesundheden gennem øget forebyggelse.

Det foreslås med lovforslaget at sammenlægge Det nationale råd for folkesundhed med Motions- og Ernæringsrådet til et nyt nationalt forebyggelsesråd med det formål at styrke indsatsen for at forlænge danskernes middellevetid.

Forslaget er en udmøntning af regeringsgrundlaget ”Mulighedernes samfund” (november 2007), hvori det fremgår, at de to eksisterende råd skal sammenlægges.

Det foreslås, at ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt, sagkyndigt forebyggelsesråd, som har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet skal have til opgave at bidrage til debat og inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver.

Det foreslås, at Det nationale forebyggelsesråd sammensættes af sagkyndige fra forskellige folkesundhedssektorer og fra den praktiske forebyggelsesverden.

Det foreslås også, at rådet gennem debat skal bidrage til at fastholde en interesse for og udvikling af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i Danmark, særligt på livsstilsområdet, hvor KRAM faktorerne er ansvarlige for 40 % af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Rådet skal inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver, bl.a. gennem en åben dialog, fx gennem møder for praktikere, politikere, forskningsverden og frivillige organisationer inden for væsentlige områder som børn og sundhed og social ulighed i sundhed. Begge områder er særligt prioriteret i regeringsgrundlaget.

---

Motions- og Ernæringsrådet opgave i forhold til at styrke den videnskabelige indsats på motions- og ernæringsområdet videreføres ikke i det nye råd, idet Det nationale forebyggelsesråd efter forslaget fortrinsvis skal bidrage til at styrke fagligheden i den offentlige debat om forebyggelse og sundhedsfremme. Der vil dog blive udpeget to medlemmer af Det nationale forebyggelsesråd med en forskningsmæssig baggrund.

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

### **2.11.1. Gældende ret**

Patienter kan få tilskud til et lægemiddel, og ved beregningen af tilskuddet anvendes lægemidlets tilskudspris i henhold til sundhedslovens § 150. Lægemiddelstyrelsen inddeler tilskudsberettigede lægemidler i tilskudsgrupper, der indeholder substituerbare lægemidler. Substituerbare lægemidler er synonyme lægemidler, dvs. lægemidler som indeholder det samme aktive stof og kan erstatte hinanden (er bioækvivalente). For substituerbare lægemidler udgør tilskudsprisen prisen på det billigste lægemiddel i tilskudsgruppen. Køber patienten et dyrere lægemiddel i tilskudsgruppen, ydes der ikke tilskud til den del af prisen, som overstiger tilskudsprisen.

I medfør af sundhedslovens § 151 kan Lægemiddelstyrelsen i ganske særlige tilfælde bestemme, at tilskuddet til et lægemiddel, der ordineres til en bestemt person, skal beregnes på grundlag af lægemidlets faktiske forbrugerpris, selv om denne overstiger tilskudsprisen, jf. ovenfor (forhøjet tilskud). Lægemiddelstyrelsens afgørelse skal i dag træffes senest 14 dage efter, at styrelsen har modtaget en ansøgning om forhøjet tilskud fra den behandlende læge.

### **2.11.2. Overvejelser og lovforslag**

Den forholdsvis korte sagsbehandlingsfrist på 14 dage er i visse sager uhensigtsmæssig, idet fristen ikke levner mulighed for, at Lægemiddelstyrelsen kan rådføre sig med Medicintilskudsnævnet, der i medfør af sundhedslovens § 155 rådgiver Lægemiddelstyrelsen i sager om medicintilskud.

I sager, hvor Lægemiddelstyrelsen ikke finder, at sagen kan afgøres umiddelbart ud fra de foreliggende regelsæt m.v., meddeles i dag i praksis forhøjet tilskud til patienten, hvorefter sagen efterfølgende forelægges for Medicintilskudsnævnet. Denne praksis medfører imidlertid en uhensigtsmæssig sagsbehandling, idet der i alle tvivlstilfælde bør ske forelæggelse for Medicintilskudsnævnet forud for afgørelsen. Samtidig kan denne praksis medføre en forskelsbehandling, idet den første ansøgning vil få tilskud, mens efterfølgende sammenlignelige ansøgninger vil kunne blive afslået på baggrund af Medicintilskudsnævnets behandling af spørgsmålet og indstilling til Lægemiddelstyrelsen.

## **2.12. Præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept**

### **2.12.1. Gældende ret**

Lægemiddelstyrelsen kan i medfør af sundhedslovens § 145 i særlige tilfælde bestemme, at der ydes tilskud til køb af et lægemiddel, der ordineres til en bestemt patient (enkeltilskud), uanset at lægemidlet ikke er generelt tilskudsberettiget.

### **2.12.2. Overvejelser og lovforslag**

Den gældende praksis om at kræve receptordination for at give enkelttilskud til håndkøbslægemidler udspringer af en række forskellige hensyn:

- Behovsvurdering: Kravet om recept sikrer, at borgerens behov for det pågældende lægemiddel er blevet vurderet af en læge,
- Kontrollensyn: Kravet om en recept sikrer, at det pågældende køb bliver foretaget af eller på vegne af den pågældende borger.
- Praktiske hensyn: Beregning af tilskud til lægemidler sker ved, at udleverende apotek indberetter receptsalg til Lægemiddelstyrelsens Centrale Tilskudsregister (CTR).

For at undgå tvivl herom bør kravet om receptordination præciseres i sundhedsloven. Tilsvarende krav om ordination på recept gælder i øvrigt i medfør af § 144, stk. 3, for håndkøbslægemidler med generelt klausuleret tilskud.

Med lovforslaget præciseres det, at også lægemidler, som kan købes i håndkøb, skal være købt på recept, for at patienten kan få enkelttilskud.

### **2.13. Præcisering af brug af afhængighedsskabende lægemidler i den lægelige behandling for stofmisbrug**

#### **2.13.1. Gældende ret**

Efter § 142, stk. 1, i sundhedsloven, tilbyder kommunalbestyrelsen vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere.

#### **2.13.2. Overvejelser og lovforslag**

Begrebet ”euforiserende stoffer” er bredt og dækker både over afhængighedsskabende lægemidler og andre euforiserende stoffer, der ikke er lægemidler. Da det alene er førstnævnte, som benyttes i den lægelige behandling for stofmisbrug, findes det hensigtsmæssigt, at dette bliver præciseret i lovbestemmelsen. Terminologien bringes herved også i overensstemmelse med § 41, stk. 1, 1. pkt., i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Det foreslås, jf. § 142, stk. 1, at ”euforiserende stoffer” ændres til ”afhængighedsskabende lægemidler”.

### **2.14. Lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug**

#### **2.14.1. Gældende ret**

Efter § 41, stk. 1, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed kan ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger.

#### **2.14.2. Overvejelser og lovforslag**

Formålet med den foreslåede ændring af § 41, stk. 1, er at bringe bestemmelsen i overensstemmelse med § 5 f, stk. 1, i den tidligere gældende lov om udøvelse af lægegerning, jf. lov-

bekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001, som ændret ved § 18 i lov nr. 145 af 25. marts 2002, § 18 i lov nr. 69 af 4. februar 2004 og § 9 i lov nr. 545 af 24. juni 2005, hvorefter ordination af euforiserende stoffer som led i behandling af personer for stofmisbrug kan foretages af læger ansat i private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling.

Det foreslås, jf. § 41, stk. 1, 1. pkt., at udvide kredsen af læger, som kan ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug, til også at omfatte læger ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling.

---

## **2.15. Autoriserede sundhedspersoners adgang til frivillig indskrænkning af virksomhedsområde**

### **2.15.1. Gældende ret**

Autoriserede sundhedspersoner har i dag mulighed for frivilligt at fraskrive sig autorisationen for en fastsat periode eller indtil videre. En virksomhedsindskrænkning, der har karakter af en delvis autorisationsfratagelse, er kun mulig, såfremt betingelserne i § 8, stk. 2, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed er opfyldt. I sådanne tilfælde træffer Sundhedsstyrelsens afgørelse om virksomhedsindskrænkning, såfremt der er begrundet mistanke om, at en autoriseret sundhedsperson er til fare for patientsikkerheden på et eller flere områder. Sundhedsstyrelsens afgørelse skal omgående meddeles ministeren for sundhed og forebyggelse.

### **2.15.2. Overvejelser og lovforslag**

Med den foreslåede ændring tilsigtes der parallelitet mellem de tvangsmæssige foranstaltninger og de frivillige ordninger vedrørende autorisation og virksomhedsindskrænkning i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Herved opnås mulighed for at en virksomhedsindskrænkning kan gennemføres på et tidligere tidspunkt på et frivilligt grundlag. Dette imødekommer hensyn til både patienter og læger. Med forslaget bliver det - på linje med autorisationsfraskrivelser således også muligt for en autoriseret sundhedsperson at indgå frivilligt i en indskrænkning af en autoriseret sundhedspersonens virksomhedsområde. Virksomhedsområdet kan indskrænkes frivilligt for en fastsat periode eller indtil videre. Frivillige virksomhedsindskrænkninger er ikke omfattet af autorisationslovens § 13 om offentliggørelse af autorisationsændringer m.v.

Der er foreslået to ændringer af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Det foreslås, jf. forslagets § 4, at en autoriseret sundhedsperson over for Sundhedsstyrelsen får adgang til frivilligt at indskrænke sit virksomhedsområde, og til at ophæve eller få ophævet denne indskrænkning efter den samme procedure som ved fraskrivelse og generhvervelse af autorisation.

---

#### 4. De økonomiske konsekvenser for det offentlige

---

- *Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien*

Merudgiften for regioner og kommuner ved indførelse af den udvidede undersøgelses- og behandlingsret skønnes på det foreliggende grundlag i 2007 pris og lønniveau på årsbasis til at være 18 mio. kr. i 2008, 68 mio. kr. i 2009, 103 mio. kr. i 2010, 136 mio. kr. i 2011 og 171 mio. kr. i 2012 og herefter. Med satspuljeaftalen for 2005 blev der afsat 50 mio. kr. årligt over en 4-årig periode fra 2005-2008 til en målrettet nedbringelse af ventetider i børne- og ungdomspsykiatrien. Ovenstående udgiftsskøn forudsætter, at disse 50 mio. kr. årligt videreføres fra 2009 og herefter med henblik på fastholdelse af det aktivitetsniveau, der er opnået med puljen. På grund af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet skal kommunerne kompenseres for deres relative andel af merudgifterne.

Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten.

- *Udvidet frit valg ved aflyst behandling*

Det skønnes, at forslaget vil være udgiftsneutralt, da der er tale om patienter, der allerede er henvist til behandling.

- *Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser*

Det skønnes, at forslaget vil være udgiftsneutralt, da der er tale om patienter, der allerede er henvist til en diagnostisk undersøgelse.

- *Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene*

Sygehusejerne er i tidligere økonomiaftaler som led i det generelle rammeløft kompenseret for implementering af kontaktpersoner på sygehusene. I dag har ca. 4 ud af 5 patienter under indlæggelse og i ambulante forløb en kontaktperson. Et skifte fra den nuværende situation til en situation, hvor alle patienter under indlæggelse og i ambulante forløb har en kontaktperson vil medføre merudgifter, som skal afholdes af regionerne. Merudgifterne skønnes at udgøre ca. 20 mio. kr. på årsbasis.

Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for kommunerne og staten

- *Udvidelse af patientsikkerhedsordningen*

Forslaget vil medføre merudgifter for Sundhedsstyrelsen på 8 mio. kr. i 2008 til etablering af et IT-system. Forslaget vil desuden medføre merudgifter for Sundhedsstyrelsen til udarbejdelse af faglige udmeldinger på baggrund af de modtagne rapporteringer på 4 mio. kr. årligt fra 2008 og frem.

Forslaget vil endvidere indebære merudgifter for regioner og kommuner til registrering, analyser af og opfølgning på rapporteringer fra de sundhedspersoner, som ved udvidelsen pålægges at rapportere utilsigtede hændelser. Udgifterne hertil skønnes at udgøre 19 mio. kr. årligt i 2009 og frem.

- *Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne*  
På baggrund af oplysninger fra Danske Regioner skønnes de samlede administrative udgifter at udgøre ca. 9,4 mio. kr. årligt. Regionernes udgifter til tilskud til fysioterapi udgjorde 862 mio. kr. i 2006, hvoraf de 488 mio. kr. vedrørte vederlagsfri fysioterapi og de 288 mio. kr. vedrørte fysioterapi med tilskud. Af de resterende 86 mio. kr. vedrørte 80,2 mio. kr. vederlagsfri ridefysioterapi samt vederlagsfri genoptræning ved Øfeldt Centret Aps m.v. På grund af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, som på dette område udgør 10 %, skal kommunerne kompenseres for 90 % af regionernes udgifter til vederlagsfri fysioterapi, svarende til 511,4 mio. kr.

Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for staten.

- *Gradueret plejehjemstilsyn*  
Lovforslaget har ingen økonomiske konsekvenser for det offentlige, ej heller til indførelse af Sundhedsstyrelsens - i praksis embedslægenes - graduerede plejehjemstilsyn. De ressourcer, der vil blive frigjort som følge af, at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler undergives færre tilsyn, vil kunne anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer.
- *Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge*  
Lovforslaget medfører merudgifter for kommunerne til opkvalificering af de sundhedsplejersker, der skal varetage forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder. Det skønnes, at denne kommunale forpligtelse medfører engangsudgifter på ca. 2 mio. kr., som kommunerne kompenseres for med 1 mio. kr. i 2008 og 1 mio. kr. i 2009.

Forslaget har ikke økonomiske konsekvenser for regionerne og staten.

- *Øvrige forslag*  
De øvrige forslag har ingen økonomiske konsekvenser for det offentlige.

## ***5. Administrative konsekvenser for det offentlige***

---

- *Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien*  
Forslaget vil medføre en vis meradministration i regionerne og på regionernes sygehuse.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

- *Udvidet frit valg ved aflyst behandling*  
Forslaget indebærer en ændret, men ikke forøget administration i regionerne ifbm. henvisning af patienter til et aftalesygehus.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

- *Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser*  
Forslaget indebærer en ændret, men ikke forøget administration i regionerne ifbm. henvisning af patienter til et andet sygehus.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

- *Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene*  
Forslaget vil medføre administrative konsekvenser for regionerne i forbindelse med udpegning af kontaktpersoner, rapportering i patientjournal og oplysninger om, hvad kontaktpersonordningen indebærer.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for kommunerne og staten.

- *Udvidelse af patientsikkerhedsordningen*  
Lovforslaget vil have administrative konsekvenser for stat, regioner og kommuner, jf. ovenfor om de økonomiske konsekvenser. Der blev i 2007 rapporteret 20.368 utilsigtede hændelser til regionerne. Det forventes, at udvidelsen af patientsikkerhedsordningen over de første år vil indebære en stigning i antallet af rapporteringer til ca. 60.000 årligt.

For staten vil forslaget betyde øgede administrative byrder i forbindelse med behandlingen af rapporteringer fra regioner og kommuner samt til udarbejdelse af faglige anbefalinger og vejledninger. Endvidere vil forslaget medføre øgede administrative byrder i forbindelse med udviklingen af et nyt IT-system.

For regioner og kommuner vil forslaget betyde øgede administrative byrder i forbindelse med modtagelse, analyser af og opfølgning på rapporteringerne.

- *Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne*  
Forslaget vil medføre en vis meradministration i kommunerne og en tilsvarende mindredadministration i regionerne.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for staten.

- *Graduering af plejehjemstilsynet*  
De ressourcer, der vil blive frigjort som følge af, at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler undergives færre tilsyn, vil kunne anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer.

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for regionerne og kommunerne.

- *Øvrige forslag*  
De øvrige forslag har ingen administrative konsekvenser for det offentlige

## 6. De økonomiske konsekvenser for erhvervslivet mv.

---

- *Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge*  
Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, herunder økonomiske mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.
- *Udvidet frit valg ved aflyst behandling*  
Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, herunder økonomiske mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.
- *Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser*  
Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, herunder økonomiske mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.
- *Udvidelse af patientsikkerhedsordningen*  
Forslaget kan have afledte negative økonomiske konsekvenser for praksissektoren, herunder alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, og apotekere, idet forslaget pålægger sundhedspersoner i praksissektoren samt apotekere og apotekspersonale at rapportere utilsigtede hændelser, som de bliver opmærksomme på.

Udgifterne hertil forventes overvæltet på det offentlige, og udgiften indgår i skønnet på merudgifter for regioner og kommuner på i alt 19 mio. kr. årligt.

- *Medicinprofilen*  
Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til udgifter til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende kunne blive tale om besparelser som følge af en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.

Det vil dog først være muligt at skønne herom i forbindelse med den konkrete udmøntning af den foreslåede bestemmelse.

### *Øvrige forslag*

De øvrige forslaget har ingen økonomiske konsekvenser for virksomheder, bortset fra private sygehuse m.v., som vælger af indgå i ordningen.

---



## 7. *De administrative konsekvenser for erhvervslivet mv.*

---

- *Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien*  
Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.
- *Udvidet frit valg ved aflyst behandling*  
Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.
- *Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser*  
Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.
- *Udvidelse af patientsikkerhedsordningen*  
Forslaget kan have afledte negative administrative konsekvenser for praksissektoren, herunder alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, og apotekere, idet forslaget pålægger sundhedspersoner i praksissektoren samt apotekere og apotekspersonale at rapportere utilsigtede hændelser, som de bliver opmærksomme på.
- *Medicinprofilen*  
Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende følge en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.  
  
Det vil dog først være muligt at skønne herom, når der fastsættes bestemmelser af administrativ karakter i forbindelse med en konkret udmøntning af den foreslåede bestemmelse.
- *Øvrige forslag*  
De øvrige forslag har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

## 8. *De administrative konsekvenser for borgere*

---

- *Udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge*  
Børn og unge får flere valgmuligheder ved henvisning til psykiatrisk behandling.
- *Udvidet frit valg ved aflyst behandling*  
Borgerne får flere valgmuligheder ved aflyst behandling.

- *Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser*  
Borgerne får flere valgmuligheder til diagnostiske undersøgelser.
- *Øvrige forslag*  
De øvrige forslag har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

---

## **9. De miljømæssige konsekvenser**

---

Forslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

---

## **10. Forholdet til EU-retten**

---

Forslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

---



---

## **11. Hørte myndigheder og organisationer m.fl.**

---

Lovforslaget har været i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.fl.:

### *Kommunale parter m.fl.*

Danske Regioner,  
Regionernes Lønnings- og Takstnævn  
og KL.

### *Faglige organisationer m.fl.*

Danmarks Apotekerforening,  
Dansk Farmaceutforening,  
Danske Fysioterapeuter,  
Dansk Kiropraktor-Forening,  
Dansk Laborantforening,  
Dansk Psykologforening,  
Dansk Sygeplejeråd,  
Dansk Tandlægeforening,  
Dansk Tandplejerforening,  
Danske Bioanalytikere,  
Danske Fysioterapeuter,  
Lægeforeningen,  
Praktiserende Lægers Organisation,  
Ergoterapeutforeningen,  
Farmakonomforeningen,  
FOA,  
Foreningen af Fodterapeuter,

Foreningen af Kliniske Diætister,  
Foreningen af Radiografer i Danmark,  
Jordemoderforeningen,  
Landsforeningen af Kliniske Tandtek-  
nikere,  
Sundhedskartellet og  
Tandlægenes Nye Landsforening.

### *Patientforeninger m.fl.*

Center for Små Handicapgrupper,  
Danske Patienter,  
Dansk Handicapforbund,  
Dansk Optikerforening,  
Dansk Selskab for Patientsikkerhed,  
De Samvirkende Invalideorganisationer,  
Det Centrale Handicapråd,  
Forbrugerrådet,  
Foreningen Pårørende til Sindslidende,  
Hjernesagen,  
Hjerteforeningen og  
Hospice Forum Danmark,  
Kræftens Bekæmpelse,

Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP),  
 Landsforeningen Bedre Psykiatri,  
 Landsforeningen for Bedre Hørelse,  
 Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade,  
 Landsforeningen SIND,  
 Patientforeningen i Danmark,  
 Patientforum,  
 Scleroseforeningen,  
 ÆldreForum,  
 Ældremobiliseringen og  
 Ældresagen.

*Andre private foreninger og institutioner m.fl.*

Center for Hjerneskode,  
 Dansk Erhverv,  
 Diakonissestiftelsens Hospice,  
 Dronning Alexandrines Gigtsanatorium,  
 Epilepsihospitalet i Dianalund,  
 Falck A/S,  
 Foreningen af Parallelimportører af lægemidler,  
 Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem,  
 Gigtsanatoriet i Skælskør,  
 Industriforeningen for Generiske Lægemidler,  
 Institut for Muskelsvind,

Lægemiddelindustriforeningen,  
 Megros,  
 OASIS,  
 PTU's RehabiliteringsCenter,  
 RCT- København,  
 RCT-Jylland,  
 Dansk IT - Råd for IT- og persondatasikkerhed,  
 Sankt Lukas Hospice,  
 Sclerosecenter Haslev,  
 Sclerosecenter Ry,  
 Sct. Maria Hospice,  
 Vejlefjord,  
 Øfeldt Centret Aps.

*Statslige myndigheder m.fl.*

Datatilsynet,  
 Den Centrale Videnskabsetiske Komité,  
 Det Ethiske Råd,  
 Institut for Menneskerettigheder,  
 Lægemiddelskadeankenævnet,  
 Patientforsikringen,  
 Patientskadeankenævnet,  
 Rigsrevisionen,  
 Sundhedsvæsenets Patientklagenævn,  
 Grønlands Hjemmestyre,  
 Direktoratet for Sundhed og  
 Færøernes Landsstyre.

## 12. Sammenfattende skema

|                                            | Positive konsekvenser/mindre udgifter | Negative konsekvenser/merudgifter                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Økonomiske konsekvenser for det offentlige |                                       | <p><i>Udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien</i><br/>Merudgiften for regioner og kommuner skønnes i 2007 pris og lønniveau på årsbasis til at være 18 mio. kr. i 2008, 68 mio. kr. i 2009, 103 mio. kr. i 2010, 136 mio. kr. i 2011 og 171 mio. kr. i 2012 og herefter.</p> <p><i>Udvidet frit valg ved aflyst behandling</i><br/>Forslaget skønnes at være udgiftsneutralt.</p> <p><i>Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser</i><br/>Forslaget skønnes at være udgiftsneutralt.</p> <p><i>Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene</i><br/>Merudgifterne skønnes at udgøre ca. 20 mio. kr. på årsbasis.</p> <p><i>Udvidelse af patientsikkerhedsordningen</i><br/>Forslaget vil medføre merudgifter for Sundhedsstyrelsen på i alt 12 mio. kr. i 2008 samt 4 mio. kr. årligt fra 2009 og frem samt merudgifter for regioner og kommuner på 19 mio. kr. årligt fra 2009 og frem.</p> |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | <p><i>Myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne</i></p> <p>Flytning af den vederlagsfri fysioterapi til kommunerne vil medføre mindre udgifter for regionerne på 568,2 mio.kr. (100 %), og en andel af regionernes administrative omkostninger til vederlagsfri fysioterapi på i alt 9,4 mio.kr.</p> | <p><i>Myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne</i></p> <p>De samlede administrative udgifter skønnes at udgøre ca. 9,4 mio. kr. årligt. Kommunerne skal kompenseres for 511,4 mio. kr.</p> <p><i>Ophævelse af krav om ind- og udskolingsundersøgelse ved læge</i></p> <p>Lovforslaget medfører merudgifter for kommunerne i form af engangsudgifter på ca. 2 mio. kr., som kommunerne kompenseres for med 1 mio. kr. i 2008 og 1 mio. kr. i 2009.</p>                                                                                                                                                                               |
| Administrative konsekvenser for det offentlige |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><i>Udvidet frit valg ved aflyst behandling</i></p> <p>Forslaget indebærer en ændret, men ikke forøget administration i regionerne ifbm. henvisning af patienter til et aftale-sygehus.</p> <p><i>Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser</i></p> <p>Forslaget indebærer en ændret, men ikke forøget administration i regionerne ifbm. henvisning af patienter til et andet sygehus.</p> <p><i>Indførelse af kontaktpersoner på sygehusene</i></p> <p>Forslaget vil medføre administrative konsekvenser for regionerne</p> <p><i>Udvidelse af patientsikkerhedsordningen</i></p> <p>Forslaget vil have administrative konsekvenser</p> |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | <p><i>Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne</i></p> <p>Forslaget vil medføre en vis meradministration i kommunerne og en tilsvarende mindreadministration i regionerne.</p> <p><i>Graduering af plejehjemstilsynet</i></p> <p>De ressourcer, der vil blive frigjort som følge af, at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler får færre tilsyn, vil kunne anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer.</p> | <p>for såvel stat, regioner og kommuner.</p> <p><i>Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne</i></p> <p>Forslaget vil medføre en vis meradministration i kommunerne og en tilsvarende mindreadministration i regionerne.</p> <p><i>Graduering af plejehjemstilsynet</i></p> <p>De ressourcer, der vil blive frigjort som følge af, at institutioner uden eller med få konstaterede fejl og mangler får færre tilsyn, vil kunne anvendes til en øget indsats i de institutioner, hvor der er konstateret problemer.</p>       |
| Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><i>Udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien</i></p> <p>Der må med forslaget forventes at ske tilpasninger, herunder økonomiske mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p> <p><i>Udvidet frit valg ved aflyst behandling</i></p> <p>Der må med forslaget forventes at ske tilpasninger, herunder økonomiske mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger</p> |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>at indgå i ordningen.</p> <p><i>Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser</i></p> <p>Der må med forslaget forventes at ske tilpasninger, herunder økonomiske mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p> <p><i>Udvidelse af patientsikkerhedsordningen</i></p> <p>Forslaget kan have afledte negative økonomiske konsekvenser for praksissektoren og apotekere, idet det pålægger sundhedspersoner i praksissektoren samt apotekere og apotekspersonale at rapportere utilsigtede hændelser. Udgifterne hertil forventes overvæltet på det offentlige, og udgiften indgår i skønnet på merudgifter for regioner og kommuner på i alt 19 mio. kr. årligt.</p> |
|                                               | <p><i>Medicinprofilen</i></p> <p>Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til udgifter til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende kunne blive tale om besparelser som følge af en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.</p> | <p><i>Medicinprofilen</i></p> <p>Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til udgifter til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende kunne blive tale om besparelser som følge af en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Administrative konsekvenser for erhvervslivet |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><i>Indførelse af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p><i>ungdomspsykiatrien</i><br/>Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p> <p><i>Udvidet frit valg ved aflyst behandling</i><br/>Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p> <p><i>Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser</i><br/>Der må som følge af forslaget forventes at ske tilpasninger, mht. behandlingskapacitet, behandlingssteder og behandlingstilbud på private sygehuse og klinikker, der vælger at indgå i ordningen.</p> <p><i>Udvidelse af patientsikkerhedsordningen</i><br/>Forslaget kan have afledte negative administrative konsekvenser for praksissektoren og apotekere, idet det pålægger sundhedspersoner i praksissektoren samt apotekere og apotekspersonale at rapportere utilsigtede hændelser.</p> |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | <p><i>Medicinprofilen</i><br/>Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende følge en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren. Det vil dog først være muligt at skønne herom, når der fastsættes bestemmelser af administrativ karakter i forbindelse med en konkret udmøntning af den foreslåede bestemmelse.</p> | <p><i>Medicinprofilen</i><br/>Indførelse af formkrav til inddateringer m.v. vil kunne give anledning til tilretninger i de praktiserende lægers it-systemer. Der vil tilsvarende følge en enklere recepttransport mellem lægesystemerne og receptserveren. Det vil dog først være muligt at skønne herom, når der fastsættes bestemmelser af administrativ karakter i forbindelse med en konkret udmøntning af den foreslåede bestemmelse.</p> |
| Miljømæssige konsekvenser                | Ingen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ingen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Administrative konsekvenser for borgerne | <p><i>Udvidet undersøgelses- og behandlingsret for psykisk syge børn og unge</i><br/>Børn og unge får flere valgmuligheder ved henvisning til psykiatrisk behandling.</p> <p><i>Udvidet frit valg ved aflyst behandling</i><br/>Borgerne får flere valgmuligheder ved aflyst behandling.</p> <p><i>Frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser</i><br/>Borgerne får flere valgmuligheder til diagnostiske undersøgelser.</p>      | Ingen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Forholdet til EU-retten                  | Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

*Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser*

*Til § 1*  
(Sundhedsloven)

Til nr. 1 (§ 24, stk. 3)

Der er tale om konsekvensrettelser som følge af, at lov om udøvelse af lægegerning er afløst af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Til nr. 2. (§ 79, stk. 2)

Med forslaget vedrørende § 79, stk. 2, følges op på, at Polio- Trafik- og Ulykkesskadedes Ambulatorium har ændret navn til PTU's RehabiliteringsCenter.

Til nr. 3 (§ 86, stk. 1)

Med forslaget til § 86, stk. 1, foreslås, at en person, der henvises til undersøgelse og behandling på sygehus, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens undersøgelses- og behandlingstilbud og kriterier for undersøgelse og behandling i sit sygehusvæsen.

Forslaget indebærer, at også patienter, som henvises til undersøgelse på sygehus har frit sygehusvalg, ligesom det i dag gælder for patienter, der henvises til behandling, herunder undersøgelse.

Patienter, der henvises til undersøgelse på sygehus af en alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge med henblik på lægens diagnosticering og stillingtagen til behandlingstilbud, kan således vælge mellem de sygehuse, der er omfattet af det frie sygehusvalg, dvs. til alle regionale sygehuse, bopælsregionens samarbejdssygehuse, de sygehuse, som er nævnt i sundhedslovens § 79, stk. 2 samt de private institutioner, som efter ministeren for sundhed og forebyggelses bestemmelse er omfattet af det frie sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 75, stk. 5. Sidstnævnte private institutioner er reguleret i § 11, stk. 3 i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling.

De nævnte private specialsygehuse og institutioner omfatter aktuelt Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge Oasis, RCT-Jylland og RCT i København, Epilepsihospitalet i Dianalund, sclerosecentre i Haslev og Ry, Polio-Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium (PTU's RehabiliteringsCenter, jf. forslaget herom), Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, Institut for Muskelsvind, Vejle fjord og Center for Hjerneskade, KamillianerGaardens Hospice, Hospice Fyn, Arresødal Hospice, Hospice

Sjælland, Hospice Sønderjylland, Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjorden og Hospice Sydvestjylland samt Kong Chr. X's Gighospital i Gråsten.

Det er dog kun i det omfang disse private specialsygehuse og institutioner tilbyder undersøgelser, at de i praksis er relevante i forhold til forslaget om frit valg. I øvrigt er det kun de sygehuse, som kan varetage den undersøgelse, som patienten er henvist til, der er relevante for det frie valg.

Til nr. 4-10 (§ 87)

Til § 87, stk. 1

Med forslaget til § 87, *stk. 1*, foreslås, at en person, som er henvist til undersøgelse eller behandling på et af bopælsregionens sygehuse, kan vælge at blive undersøgt eller behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 5 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelsen eller behandlingen ved egne sygehuse, et af de i § 79 nævnte sygehuse, eller andre sygehuse, klinikker m.v. som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

Forslaget indebærer som noget nyt, at også patienter, som henvises til undersøgelse på sygehus har udvidet frit sygehusvalg, ligesom det allerede i dag gælder for patienter, der henvises til behandling, herunder undersøgelse efter den gældende bestemmelse i § 87, stk. 1.

Patienter, der henvises til undersøgelse på sygehus af en alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller anden læge med henblik på lægens diagnosticering og stillingtagen til eventuelt behandlingstilbud, kan således vælge mellem aftalesygehuse, hvis ventetiden på undersøgelse i bopælsregionen overstiger 1 måned.

Modtager bopælsregionens sygehus eksempelvis en henvisning af en patient til en røntgenundersøgelse den 1. april, og får patienten tilbudt en røntgenundersøgelse den 30. april, kan patienten *ikke* benytte det udvidede frie sygehusvalg, idet der kun går 1 måned (= 30 dage) fra henvisningen er modtaget til undersøgelsen tilbydes. Får patienten derimod først tilbudt en røntgenundersøgelse den 1. maj, vil patienten kunne benytte det udvidede frie sygehusvalg til at vælge at få undersøgelsen foretaget på et aftalesygehus, idet der da går mere end 1 måned.

Aftalesygehusene kan ses på [www.sygehusvalg.dk](http://www.sygehusvalg.dk).

Det præciseres i øvrigt med forslaget til § 87, stk. 1, at der gælder andre regler om udvidede rettigheder til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge efter forslaget til §§ 87 a og 87 b.

Til nr. § 87, stk. 2

Med forslaget til § 87, *stk. 2*, foretages en præcisering af, at det er tidsfristen for behandling, dvs. ikke for undersøgelse, jf. stk. 1.

Til § 87, stk. 3

Det foreslås med forslaget til § 87, *stk. 3*, at en person, som har fået tilbudt en dato for behandling på et regionalt sygehus (på et af bopælsregionens sygehuse), kan vælge at

blive behandlet på de i stk. 1 nævnte aftalesygehuse, hvis regionsrådet alligevel ikke kan tilbyde undersøgelsen eller behandlingen på den tilbudte dato på det pågældende sygehus eller på et af sine andre sygehuse eller samarbejdssygehuse.

Forslaget vil omfatte patienter, som får aflyst deres behandling, også selvom de kan få en anden behandlingsdato inden for 1 månedsperioden.

Modtager bopælsregionens sygehus eksempelvis den 1. april en henvisning af en patient, bliver patienten ved forundersøgelsen tilbudt operation den 25. april, og bliver denne operation aflyst og en ny behandlingsdato tilbudt den 30. april, vil patienten kunne benytte forslaget om udvidet frit sygehusvalg ved aflyst behandling til i stedet at vælge at få foretaget operationen på et aftalesygehus.

Får patienten i stedet tilbudt operation den 31. april, har patienten efter de almindelige regler om udvidet frit sygehusvalg i sundhedslovens § 87, stk. 1 ret til at vælge at få operationen foretaget på et aftalesygehus, idet der er gået mere end 1 måned (= 30 dage) fra henvisningen blev modtaget til behandlingen kunne tilbydes.

Den foreslåede bestemmelse har således alene betydning for aflysninger, som ligger inden for den samlede 1 måneds periode, jf. § 87, stk. 1 og 2.

#### Til 87, stk. 4

Med forslaget til § 87, *stk. 4*, foreslås, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætter regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om den undersøgelse og behandling, der er omfattet af stk. 1 og 3, og kan herunder undtage bestemte undersøgelses- og behandlingsformer.

Med forslaget, der skal ses i sammenhæng med forslaget til § 87, stk. 1, udvides ministeren for sundhed og forebyggelses bemyndigelse til at fastsætte sådanne afgrænsningsregler om diagnostiske undersøgelser, som læger henviser til med henblik på egen diagnosticering og stillingtagen til evt. behandlingstilbud. I dag har ministeren alene adgang til at fastsætte sådanne afgrænsningsregler vedrørende behandling, herunder undersøgelse, hvor læger henviser til behandling, herunder undersøgelse på sygehus.

Denne bemyndigelse vil bl.a. blive anvendt til at undtage diagnostiske undersøgelser fra det udvidede frie sygehusvalg, som har til formål at afdække behovet for organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling og rekreations- og rehabiliteringsophold.

Disse behandlinger er allerede undtaget fra det udvidede frie sygehusvalg, jf. bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling m.v., jf. § 17.

#### Til nr. § 87, stk.5

Med forslaget til ny § 87, *stk. 5*, foreslås, at regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om *undersøgelse* af patienter efter stk. 1.

I forvejen indgår regionsrådene sådanne aftaler vedrørende behandling efter den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 87, stk. 4.

Det foreslås at ophæve den eksisterende § 87, stk. 5, idet bestemmelsen blot udtrykker, hvad der allerede fremgår af stk. 1, dvs. at der ikke kan henvises patienter til sygehuse, klinikker m.v., som ikke ønsker at indgå aftale på de fastsatte vilkår. Der tilsigtes således ingen ændring af reglen med den foreslåede ophævelse af bestemmelsen.

#### Til § 87, stk. 6

Med forslaget vedrørende § 87, stk. 6, foretages en konsekvensrettelse.

#### Til nr. 11 (§§ 87 a-87 d)

Med det foreslåede kapitel 20 a foreslås en gradvis indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder på det børne- og ungdomspsykiatriske område, således at denne patientgruppe ved ventetider på mere end 2 måneder under visse betingelser får ret til at vælge undersøgelse og behandling på et sygehus eller en klinik, som regionsrådene har indgået aftale med (aftalesygehus). Fra den 1. august 2008 indføres efter forslaget således en udvidet ret til undersøgelse og fra den 1. januar 2009 foreslås ordningen udvidet til også at omfatte en udvidet ret til behandling.

Vedrørende den gradvise indførelse af de udvidede rettigheder, se bemærkningerne til ikrafttrædelsesbestemmelserne.

Ved undersøgelse i dette kapitel forstås den undersøgelse, som er nødvendig for at vurdere, om patienten har en psykisk lidelse og tage stilling til, om patienten skal behandles og i givet fald hvilken behandling, der skal iværksættes.

Kompetencen til at beslutte, hvorvidt der på barnet eller den unges vegne skal gøres brug af den udvidede undersøgelses- og behandlingsret, jf. §§ 87 a og 87 b, følger de almindelige regler for kompetence til at afgive informeret samtykke til behandling for børn og unge, jf. sundhedslovens afsnit III vedrørende patienters retstilling og forældreansvarsloven (lov nr. 499 af 6. juni 2007). For børn under 15 år ligger kompetencen således hos forældremyndighedens indehaver, jf. forældreansvarsloven.

En patient, der er fyldt 15 år, kan derimod som udgangspunkt, såfremt betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt, selv vælge, hvorvidt vedkommende vil gøre brug af de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder, jf. § 17, stk. 1, i sundhedsloven.

Eventuelle klager i forbindelse med de udvidede rettigheder til undersøgelse og behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien, jf. forslaget til kapitel 20 a, vil på lige fod med klager over det udvidede fri sygehusvalg inden for det somatiske område, jf. kapitel 20, kunne rettes til sygehusejerne.

Anvendelse af tvang i psykiatrien i henhold til lov om anvendelse af tvang i psykiatrien kan fortsat alene finde sted i forbindelse med indlæggelse på et offentligt sygehus.

#### Til § 87 a

Det fremgår af forslaget til § 87 a, at den nye rettighed skal gælde for børn og unge, som på henvisningstidspunktet ikke er fyldt 19 år. Det er således forudsat, at en 18-årig person, som f.eks. af sin praktiserende læge bliver henvist til undersøgelse og behandling, vil være omfattet af bestemmelsen, selvom henvisningen først kommer frem til

sygehuset, efter personen er fyldt 19 år. En person, som har påbegyndt et undersøgelsesforløb hos sin praktiserende læge, mens vedkommende var 18 år, men som først henvises efter at være fyldt 19 år, er derimod ikke omfattet. Ved afgørelsen af, om patienten ikke var fyldt 19 år på tidspunktet for henvisning, lægges datoen for udfærdigelsen af henvisningen til grund.

*Til § 87 b*

Med den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 1, får børn og unge, som er henvist til psykiatrisk undersøgelse eller behandling, ret til at vælge at få foretaget undersøgelse på et sygehus eller en klinik, som regionsrådet har indgået aftale med (aftalesygehus), hvis bopælsregionen ikke inden 2 måneder kan tilbyde undersøgelse.

Den foreslåede ordning vil ikke medføre nogen ændringer for patienter, som er henvist til akut behandling, f.eks. på grund af psykotiske symptomer, eller alvorlige, eventuelt livstruende spiseforstyrrelser. Ordningen vil således ikke ændre ved sygehusvæsenets overordnede forpligtelse til at prioritere behandling af akut og livstruende sygdom. Og det er stadig en faglig vurdering, som skal sikre, at patienter med det største og mest akutte behandlingsbehov prioriteres først.

Den foreslåede ordning indebærer en ret for patienter, der er henvist til undersøgelse i børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, til at vælge undersøgelse på et aftalesygehus, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt.

Henvisningen er som ved andre henvisninger til sygehusvæsenet en anmodning til den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling om at modtage en patient.

Henvisningen kan komme fra den praktiserende læge, fra den pædagogiske, psykologiske rådgivning eller anden henvisningsinstans. Det nærmere indhold af og rammerne for undersøgelsen fastlægges herefter på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering af den problemstilling, som patienten er henvist til undersøgelse for. Patienternes ret til undersøgelse vil således ikke indebære en ret til at vælge det nærmere indhold af undersøgelsen, eller rammerne, antallet af konsultationer m.v.

Patientens ret til at vælge et aftalesygehus aktualiseres ikke, hvis regionen kan tilbyde, at undersøgelsen på et regionssygehus eller et samarbejdssygehus kan påbegyndes inden udløbet af de 2 måneder. Der stilles med andre ord ikke krav om, at et undersøgelsesforløb kan være afsluttet, inden de 2 måneder er gået. For nogle patienter kan undersøgelsen gennemføres i forbindelse med en enkelt kontakt. For andre vil det være nødvendigt at gennemføre en række konsultationer m.v.

Undersøgelsen har til formål at afklare hvilken endelig behandling, der skal tilbydes, herunder om behandling i børne- og ungdomspsykiatrisk regi er påkrævet, eller om problemstillingen f.eks. mest hensigtsmæssigt kan håndteres i andet regi, f. eks. af de sociale myndigheder, i skolevæsenet. Det beror på en klinisk vurdering, hvornår undersøgelsen er afsluttet. Se herom nærmere nedenfor under bemærkningerne til § 87 b, stk. 2.

Den i lovforslaget nævnte 2-måneders periode regnes fra den dag, hvor henvisningen er modtaget på regionssygehuset eller samarbejdssygehuset. F.eks. fratrækkes perioden,

hvor f.eks. en eventuel intern visitation i regionen foregår, ikke i opgørelsen af ventetiden.

Regionerne får pligt til at henvise personer, der i medfør af stk. 1 vælger at få foretaget undersøgelse på et aftalesygehus, til det pågældende sygehus. Pligten til at henvise patienten til aftalesygehuset vil påhvile ledelsen for det sygehus, som har modtaget henvisningen fra f.eks. patientens praktiserende læge. Ledelsen skal ved modtagelsen af henvisningen straks foranledige, at der iværksættes en undersøgelse af spørgsmålet om, hvorvidt bopælsregionen kan tilbyde undersøgelse inden 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget.

Patienten skal, jf. § 90, stk. 1, nr. 2, i sundhedsloven, senest 8 hverdage efter, at henvisningen er modtaget, have oplyst, om undersøgelsesforløbet kan påbegyndes senest 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget. Denne bestemmelse sigter på, at patienterne skal have en reel mulighed for at benytte den udvidede undersøgelsesret, og at de allerede på dette tidlige tidspunkt skal have mulighed for at vælge undersøgelse på et aftalesygehus og disponere herefter.

Det foreslås, at patientens ret til at vælge et aftalesygehus erhverves på det tidspunkt, hvor patienten modtager oplysningerne, jf. § 90, stk. 1, nr. 2. Når patienten har erhvervet ret til undersøgelse på et aftalesygehus på grund af, at ventetiden overstiger 2 måneder, kan retten ikke fortabes ved, at bopælsregionen efterfølgende meddeler, at regionen inden for fristen kan tilbyde undersøgelse på et regions- eller et samarbejdssygehus.

Hvis patienten har fået oplyst, at undersøgelse kan finde sted på et af regionens sygehuse eller et samarbejdssygehus inden udløbet af 2-måneders perioden, men patienten på grund af vedkommendes egne forhold, f.eks. planer om afholdelse af ferie m.v., ikke ønsker at gøre brug af dette tilbud, og derfor ikke påbegynder undersøgelsen inden 2 måneder, erhverver patienten derimod ikke ret til at vælge undersøgelse på et aftalesygehus.

Med den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 2, får børn og unge, der har behov for et hurtigt behandlingstilbud for at undgå en forværring i tilstanden, ret til at lade sig behandle på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke inden 2 måneder efter undersøgelsen er afsluttet, kan tilbyde behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Målgruppen for den udvidede behandlingsret vil være de patienter, for hvem det på baggrund af en klinisk vurdering må antages, at tilstanden vil forværres, hvis behandling i børne- og ungdomspsykiatrien efter afsluttet undersøgelse ikke påbegyndes inden 2 måneder. Denne vurdering foretages af den eller de læger, som har forestået undersøgelsen af patienten. Det er samtidig op til en faglig vurdering at sikre, at de patienter, der har et akut behandlingsbehov, behandles akut inden for den tidshorisont, som patientens tilstand tilsiger, og at de patienter, der har det største behandlingsbehov prioriteres først.

Det foreslås, at 2-måneders perioden begynder at løbe, når undersøgelsen er afsluttet. Det vil bero på en konkret klinisk vurdering, hvornår undersøgelsen er afsluttet, og dermed hvornår ventetid til eventuel efterfølgende behandling påbegyndes. Det er således tidspunktet for afslutning af undersøgelsen, som har betydning ved opgørelse af ventetiden på efterfølgende behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Det har ikke

betydning i denne sammenhæng, om der parallelt med og eventuelt som et led i undersøgelsen er iværksat en behandling.

Når undersøgelsen er afsluttet, skal dette noteres i journalen med angivelse af dato for afslutningen af undersøgelsen. Patienten skal hurtigst muligt derefter, og senest 8 hverdage efter at undersøgelsen er afsluttet, have oplyst, om behandlingen i børne- og ungdomspsykiatrien kan påbegyndes senest 2 måneder efter, at undersøgelsen er afsluttet. Det skal endvidere noteres i journalen, hvilke efterfølgende behandlingstiltag, der eventuelt foreslås iværksat. Beslutningen om hvilke konkrete behandlingstiltag, der herefter på baggrund af undersøgelsen skal iværksættes, træffes af den læge, som aktuelt har ansvaret for behandlingen af den pågældende patient.

Når undersøgelsen på et aftalesygehus er afsluttet, skal aftalesygehuset samme dag, som undersøgelsen er afsluttet, meddele dette til regionen. Aftalesygehuset skal endvidere meddele regionen, hvorvidt aftalesygehuset, jf. forslaget til § 87 b, stk. 3, kan tilbyde påkrævet behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

Senest 8 hverdage efter, at undersøgelsen er afsluttet, skal regionen meddele patienten, om evt. efterfølgende behandling kan påbegyndes senest 2 måneder efter, at undersøgelsen er afsluttet, jf. ovenfor, og oplyse, hvorvidt påkrævet behandling vil kunne finde sted på aftalesygehuset. En person, der i henhold til den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 1, er blevet undersøgt på et aftalesygehus, vil efter den foreslåede bestemmelse i § 87 b, stk. 3, selvom bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kunne vælge at lade sig behandle på det aftalesygehus, hvor personen er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde efterfølgende behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

Det forudsættes, at bestemmelsen alene vil kunne finde anvendelse, hvis efterfølgende behandling kan iværksættes på aftalesygehuset inden for få dage efter, at undersøgelsen er afsluttet.

Hvis der efter endt undersøgelse skal iværksættes efterfølgende behandling på en anden klinik, sygehus m.v., end den klinik, sygehus m.v., som patienten er blevet undersøgt på, vil der i nødvendigt omfang skulle ske videregivelse af oplysninger fra den klinik, det sygehus m.v., hvor patienten er blevet undersøgt til den klinik, det sygehus m.v., hvor den efterfølgende behandling skal foregå. Spørgsmålet om adgangen til videregivelse af oplysninger m.v., reguleres af reglerne i sundhedslovens kapitel 9 vedrørende tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Det følger af forslaget til § 87 b, stk. 4, at retten til at vælge at lade sig undersøge på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden på undersøgelse på aftalesygehuset overstiger ventetiden, inden for hvilken bopælsregionen kan tilbyde, at undersøgelse kan påbegyndes på et af regionens sygehuse eller et samarbejdssygehus.

#### *Til § 87 c*

Det fremgår af forslaget til § 87 c, at regionsrådene i forening indgår aftale med de sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og i udlandet, som ønsker at indgå aftale om undersøgelse og behandling efter § 87 b.



Det foreslås, at der bliver pligt for regionerne i forening til at indgå aftaler med de sygehuse, klinikker m.v., som ønsker det. En aftale vil forudsætte enighed om vilkårene. Kan parterne ikke blive enige herom, fastsættes vilkårene på de udestående punkter af ministeren for sundhed og forebyggelse. Regionerne vil have pligt til at indgå aftale på de således fastsatte vilkår. Derimod vil der ikke kunne pålægges de sygehuse, klinikker m.v., som regionerne søger at indgå aftaler med, en tilsvarende pligt. Hvis de ikke ønsker en aftale på de fastsatte vilkår, vil de ikke kunne omfattes af ordningen.

De sygehuse, klinikker m.v., som regionerne i forening efter forslaget kan indgå aftaler med, kan, så længe de er i besiddelse af de nødvendige faglige kompetencer, etableres inden for forskellige rammer. Der kan f.eks. være tale om klinikker, som betjenes af en enkelt speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, f.eks. en speciallæge, som i forvejen driver en klinik i praksissektoren. Der kan endvidere f.eks. være tale om klinikker eller sygehuse, som beskæftiger flere speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og andre relevante faggrupper, f.eks. psykologer med indsigt i området m.v. Der kan også indgås aftaler med sygehuse eller klinikker, som ligger uden for Danmarks grænser, hvis det ud fra en afstandsmæssig og en sprogmæssig betragtning er relevant og hensigtsmæssigt i det konkrete tilfælde. Der vil f.eks. kunne være tale om sygehuse og klinikker m.v., som er beliggende i Nordtyskland, på den anden side af Øresund m.v.

Regionerne og aftalesygehusene vil ved forhandlingerne om betalingsspørgsmålet kunne tage udgangspunkt i disse takster. Ministeren for sundhed og forebyggelse vil fastsætte regler, om befordring og befordringsgodtgørelse, til denne patientgruppe jf. bekendtgørelse nr. 37 af 12. januar 2007 om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

#### *Til § 87 d*

Forslaget til § 87 d indeholder en bemyndigelsesbestemmelse. Ministeren for sundhed og forebyggelse vil udnytte denne bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte nærmere regler om de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder efter kapitel 20 a, herunder bl.a. om proceduren for henvisning af patienter til aftalesygehusene m.v.

Bestemmelsen indeholder endvidere bemyndigelse til, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehusene, der indgår aftale med regionsrådene i forening, jf. § 87 c, stk. 1. Denne del af bemyndigelsesbestemmelsen svarer til den bemyndigelse, som ministeren har til at fastsætte krav til dokumentation m.v. i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg på det somatiske område, jf. sundhedsloven § 87, stk. 6.

Til nr. 12-14 (§ 90, stk. 1, nr. 2, 3 og 6)

En nødvendig forudsætning for, at patienterne kan gøre brug af de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder, som følger af forslaget, er, at patienterne informeres om disse rettigheder. Derfor foreslås det, at regionernes informationsforpligtelse ved henvisning til sygehus i henhold til § 90 udvides til også at omfatte den udvidede undersøgelses- og behandlingsret.

Forslaget indebærer, at regionsrådet senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, skal oplyse patienterne, som er omfattet af forslaget til § 87 a, om retten til at vælge undersøgelse og behandling på et aftalesygehus, jf. § 87

b. Forslaget indebærer endvidere, at regionsrådet senest 8 hverdage efter modtagelsen af henvisningen skal oplyse patienten om, hvorvidt patienten kan tilbydes undersøgelse og behandling på et regions- eller et samarbejdssygehus inden 2 måneder efter reglerne i 87 b. Patienten skal endvidere efter de foreslåede regler informeres om, at sygehuset, i tilfælde af at der ikke kan tilbydes behandling inden 2 måneder på et regions- eller samarbejdssygehus, tilbyder at henvise patienten til et aftalesygehus.

Til nr. 15 (§ 90 a)

Med den foreslåede bestemmelse i *stk. 1* får regionsrådet en pligt til at tilbyde en kontaktperson til en patient, der modtages til behandling på regionens sygehuse, hvis behandlingsforløbet strækker sig over mere end ét døgn.

Bestemmelsen afgrænser den kreds af patienter, som har krav på en kontaktperson. Behandlingsbegrebet skal forstås i overensstemmelse med sundhedslovens § 5. Der skal efter bestemmelsen tilbydes en kontaktperson både til patienter, hvis behandlingsforløb indebærer indlæggelse i mere end ét døgn, dvs. mere end 24 sammenhængende timer, og til patienter med behandlingsforløb, der indebærer ambulante besøg over flere dage, medmindre behandlingsforløbet alene kræver ambulante besøg, der alle kan finde sted inden for ét døgn. En patient, der indkaldes til ambulant besøg en formiddag og igen om eftermiddagen den følgende dag, har således krav på en kontaktperson. Patienten skal efter forslaget tilbydes mindst én kontaktperson på hvert af de af regionens sygehuse, hvor patienten behandles. Det forudsættes, at kontaktpersoner, der udpeges i forbindelse med et forløb, hvor patienten behandles på flere af regionens sygehuse, i fornødent omfang samarbejder om at koordinere behandlingen.

At få tilbudt en kontaktperson er en patientrettighed, men patienten kan naturligvis afslå tilbuddet. Regionsrådets pligt til at udpege en kontaktperson bortfalder således, hvis patienten afslår tilbuddet om den eller de kontaktpersoner, som regionsrådet har udpeget.

Patienten kan ikke kræve at få en bestemt person som kontaktperson, men regionsrådet vil kunne tage patientens ønske i betragtning.

Regionsrådet kan tilrettelægge kontaktpersonordningen efter lokale forhold. Kontaktpersonordningen kan f.eks. udformes som et fast team af kontaktpersoner på det enkelte sygehus eller de enkelte sygehusafdelinger.

Forslaget giver i den forbindelse mulighed for, at der kan udpeges mere end én kontaktperson til den enkelte patient. Det vil således kunne være relevant for en patient, der er i et længerevarende behandlingsforløb, at få udpeget flere kontaktpersoner, der hver for sig har de bedste faglige forudsætninger for at varetage funktionen på et givent tidspunkt i behandlingsforløbet. Samtidig sikrer forslaget den fornødne personalemæssige fleksibilitet. Det forudsættes dog, at regionsrådet administrerer ordningen under hensyn til, at patienten ikke unødigt skal skifte kontaktperson. Med forslaget er det samtidigt sikret, at den enkelte kontaktperson er direkte involveret i den sundhedsfaglige behandling af patienten, jf. bestemmelsens stk. 3.

Kontaktpersonen får et særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet, herunder for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser samt for information til patienten om behandlingsforløbet. Den enkelte kontaktpersons nærmere opgaver og funktioner tilret-

telægges af regionen og vil afhænge af det enkelte patientforløb, herunder behandlingens kompleksitet, indlæggelsens varighed og omfanget af ambulante besøg.

Kontaktpersonordningen kan medvirke til at:

- patienten får en personificeret indgangsvinkel til sygehusvæsenet,
- patienten oplever et koordineret behandlingsforløb,
- patienten ikke føler sig overladt til sig selv,
- patienten føler sig bedre informeret om sin sygdom og behandling,
- patienten ikke kun møder nyt sundhedspersonale ved hver kontakt,
- misforståelser i patientforløbet forebygges, og
- skabe kontakt til en patientvejleder, når patienten har behov for rådgivning og vejledning om sine rettigheder, herunder om adgang til behandling, frit og udvidet sygehusvalg og ventetider m.v.

Kontaktpersonen vil desuden, når det er relevant, kunne medvirke til at sikre, at der sker en koordinering af behandlingsforløbet, fx hvor en patient overgår fra behandling i sygehusvæsenet til behandling ved alment praktiserende læge eller til behandling i den kommunale sundhedssektor.

Det bemærkes i den forbindelse, at det følger af de gældende regler i bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, at regionsrådet og kommunalbestyrelsen hver udpeger en kontaktperson med ansvar for koordinationen af genoptræningsforløb i forbindelse med udskrivningen af patienter med et genoptræningsbehov, jf. bekendtgørelsens § 3. Det vil være naturligt, at den kontaktperson, som regionsrådet udpeger i henhold til de gældende regler i bekendtgørelsen er den samme person, som regionsrådet udpeger i henhold til den foreslåede § 90 a.

Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse en patient, der er omfattet af stk. 1, om kontaktpersonens navn og funktion senest dagen efter behandlingens påbegyndelse, jf. bestemmelsens stk. 2. Behandlingen anses for påbegyndt den dag, hvor patienten har første møde på sygehuset. Bestemmelsen forudsætter, at patienten har accepteret tilbudet om en kontaktperson.

Af hensyn til den praktiske administration af kontaktpersonordningen er det fundet hensigtsmæssigt, at patientens krav på oplysning om kontaktpersonens navn og funktion ikke følger 24-timers fristen i stk. 1, men at patienten skal oplyses herom senest dagen efter behandlingens påbegyndelse. En patient, der er omfattet af stk. 1, vil kunne klage til regionsrådet, hvis patienten ikke senest dagen efter behandlingens påbegyndelse har fået oplyst navn m.v. på en kontaktperson.

Det følger af bestemmelsens *stk. 3*, at kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, jf. dog nedenfor om bemyndigelsesbestemmelsen i *stk. 4*. Kontaktpersonen kan således være en autoriseret sundhedsperson, f.eks. en læge eller sygeplejerske, eller en person, der handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar. Det er samtidigt et krav, at den enkelte kontaktperson medvirker ved behandlingen af den patient, som vedkommende er kontaktperson for. Kontaktpersonen skal således være direkte involveret i patientforløbet for den pågældende patient. Det forudsættes, at regionsrådet ved udpegningen af kontaktperson for den enkelte patient sikrer, at kontaktpersonen har et tilstrækkeligt

kendskab til den pågældende patients behandlingsforløb og de faglige forudsætninger for at kunne koordinere forløbet og give patienten relevant information herom.

Regionsrådet må ved udpegningen foretage en individuel vurdering af den enkelte patients behov og i den forbindelse tage hensyn til, at mere komplicerede behandlingsforløb vil stille højere krav til kontaktpersonens faglige forudsætninger end mindre komplicerede behandlingsforløb. Et mere kompliceret forløb vil derfor tale for, at regionsrådet udpeger en læge eller sygeplejerske som kontaktperson.

Kontaktpersonens information supplerer, men erstatter ikke den informationspligt, der hviler på de sundhedspersoner, der i øvrigt har ansvar for den sundhedsfaglige behandling af patienten. Det ansvar, som kontaktpersonen får for koordinering af de sundhedsfaglige ydelser, er ligeledes alene et supplement til det ansvar, der påhviler de sundhedspersoner, der har ansvar for behandlingen.

Kontaktpersonens virksomhed udgør en del af behandlingen i sundhedslovens forstand, jf. sundhedslovens § 5. Videregivelse af helbredsoplysninger fra en sundhedsperson til en kontaktperson (sundhedsperson) er derfor omfattet af sundhedslovens § 41, jf. § 42, hvorefter en sundhedspersons videregivelse af oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold m.v. i forbindelse med behandlingen som udgangspunkt forudsætter patientens mundtlige eller skriftlige samtykke. Videregivelse kan dog ske uden patientens samtykke, bl.a. når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelse sker under hensyntagen til patientens interesse og behov, jf. sundhedslovens § 41, stk. 2, nr. 1. I forhold til de helbredsoplysninger, som er registreret i elektroniske systemer (EPJ), vil reglerne i sundhedslovens § 42 a regulere kontaktpersoners indhentning af oplysninger til brug for behandling af patienten.

Reglerne i sundhedslovens § 42 a indebærer, at sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang kan indhente oplysninger om en patients helbredsforhold m.v., når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.

Visse sundhedspersoner, herunder sygeplejersker, har en mere snæver adgang til at indhente oplysninger end visse andre sundhedspersoner, herunder læger. Patienten kan på ethvert tidspunkt under den aktuelle behandling frabede sig indhentning af oplysninger fra elektroniske systemer, jf. sundhedslovens § 42 a, stk. 7.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns kompetence til at behandle klager over sundhedspersoners faglige virksomhed, jf. kapitel 2 i lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, herunder også klager vedrørende konkrete pligter knyttet til behandling og pleje, såsom information, indhentelse af samtykke og overholdelse af tavshedspligt, vil også omfatte autoriserede sundhedspersoners virksomhed som kontaktperson i den udstrækning, virksomheden må anses for at være af sundhedsfaglig karakter.

Patientklagenævnet har derimod ikke kompetence til at behandle klager over systemfejl og dårlig administration eller ledelse og vil dermed eksempelvis ikke kunne tage stilling til klager over manglende udpegning af kontaktperson eller over, at patienten ikke senest dagen efter behandlingens påbegyndelse har fået oplysning om kontaktpersonens navn og funktion. Klager over sådanne forhold må rettes til regionsrådet.

Med bestemmelsens *stk. 4* gives ministeren for sundhed og forebyggelse hjemmel til at fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner. Ministeren for sundhed og forebyggelse vil med hjemmel i bestemmelsen bl.a. kunne fastsætte regler om, at kontaktpersonen har pligt til at give patienten nærmere bestemte oplysninger. Ministeren for sundhed og forebyggelse gives endvidere hjemmel til at fastsætte regler om, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner. Bestemmelsen vil kunne benyttes på områder, hvor det er hensigtsmæssigt, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner. Det vil f.eks. kunne være tilfældet inden for psykiatrien.

Kontaktpersonordningen gælder efter bestemmelsens *stk. 5* på alle sygehuse, der er omfattet af frit valg-reglerne i sundhedslovens § 86.

Kontaktpersonordningen gælder således for de private institutioner, som regionsrådet har indgået overenskomst med eller på anden måde benytter, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2, og for selvejende hospicer, som regionsrådet har indgået overenskomst med, jf. sundhedslovens § 75, stk. 4.

Kontaktpersonordningen gælder endvidere efter bestemmelsen for private institutioner, som ministeren for sundhed og forebyggelse har bestemt, at frit valg-reglerne helt eller delvis finder anvendelse på, jf. sundhedslovens § 75, stk. 5, og for de private specialsygehuse m.fl., der er omfattet af sundhedslovens § 79, stk. 2. En patient har således ret til at få udpeget en kontaktperson på alle de nævnte sygehuse og private institutioner.

Til nr. 16 (§ 105, stk. 1)

Der foreslås en teknisk rettelse.

Til nr. 17. (§ 121, stk. 2)

Med forslaget til ændring af § 121, stk. 2, foreslås, at kommunerne ikke længere skal være forpligtet til at tilbyde forebyggende helbredsundersøgelse af børn i den undervisningspligtige alder ved læge, men at de kan vælge i stedet at tilbyde undersøgelserne ved sundhedsplejerske. Alle børn skal fortsat tilbydes en forebyggende helbredsundersøgelse ved skolestart og -afslutning, men kommunalbestyrelsen får med forslaget mere fleksible rammer for tilrettelæggelse af disse undersøgelser.

Sundhedsstyrelsen udfærdiger en anbefaling, som fastlægger, hvilke kompetencer sundhedsplejerskerne gennem undervisning ved bl.a. pædiatrisk speciallæge, audiologopæd, børne- og ungdomspsykiater m.fl. skal erhverve sig for at kunne varetage de forebyggende helbredsundersøgelser af børn i den undervisningspligtige alder.

Til nr. 18 (§§ 140 a og 140 b)

Med forslaget til nye §§ 140 a og 140 b foreslås det at flytte myndighedsansvaret for den *vederlagsfri* fysioterapi m.v. fra regionerne til kommunerne. Ydelser, hvortil der kun ydes delvist tilskud forbliver en regional myndighedsopgave, jf. henholdsvis §§ 67 og 71 i sundhedsloven. Det drejer sig aktuelt om tilskud til almindelig fysioterapi, jf. §§ 1 og 6 i bekendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006 om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren, og eventuelt forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning, jf. bekendtgørelsens § 7.

Den del af ridefysioterapien, hvortil der kun ydes delvist tilskud og de former for behandling, som ministeren for sundhed og forebyggelse i medfør af sundhedslovens § 71 har fastsat regler for, aktuelt behandling på Øfeldt Centret, forbliver en regional myndighedsopgave, i det omfang der kun ydes delvist tilskud til denne behandling, jf. henholdsvis §§ 67 og 71 i sundhedsloven.

#### Til § 140 a

Det følger af forslaget til § 140 a, stk. 1, at kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenviisning. Heri ligger, at kommunalbestyrelsen er forpligtet til at yde vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren efter lægehenviisning. Det følger af § 8 om vederlagsfri fysioterapi i den gældende bekendtgørelse om tilskud til behandling hos fysioterapeut i praksissektoren (bekendtgørelse nr. 1079 af 2. november 2006), at Sundhedsstyrelsen fastsætter retningslinier for fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi. Disse regler vil blive konsekvensændret som følge af, at myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi overflyttes fra regionerne til kommunerne.

§ 140 a, stk. 1, udgør endvidere hjemmelsgrundlaget for at overflytte myndighedsansvaret for den vederlagsfri del af ridefysioterapien fra regionerne til kommunerne. Myndighedsansvaret for den del af ridefysioterapien, hvortil der kun ydes delvist tilskud, forbliver hos regionerne, jf. § 67 i sundhedsloven.

Efter de gældende regler kan alle fysioterapiydelser efter lægehenviisning, uanset om der ydes 100 pct. eller kun delvist tilskud, alene ydes i praksissektoren, jf. § 67 i sundhedsloven. Indførelsen af § 140 a, stk. 2, vil, bl.a. med henblik på at øge patienternes valgmuligheder, etablere hjemmel til, at kommunalbestyrelsen, som får tillagt myndighedsansvaret for de vederlagsfri fysioterapiydelser, kan etablere behandlingstilbud for disse ydelser på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner, herunder klinikker m.v.

Med § 140 a, stk. 3, foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler for behandling vedrørende vederlagsfri fysioterapi, herunder om patientens mulighed for at vælge mellem tilbud om vederlagsfri behandling hos fysioterapeut.

Det er hensigten med hjemmel i denne bemyndigelsesbestemmelse bl.a. at fastsætte regler, der vil øge valgfriheden for patienter, der henvises til vederlagsfri fysioterapi. Valgfriheden vil bl.a. give disse patienter mulighed for at vælge, om den vederlagsfri fysioterapi skal finde sted hos en af landets praktiserende fysioterapeuter, som har tilsluttet sig overenskomsten med Regionernes Lønnings- og Takstnævn, jf. § 140 a, stk. 1, eller på et kommunalt træningscenter i bopælskommunen eller i en anden kommune, jf. § 140 a, stk. 2.

Patienten vil også få mulighed for at vælge behandlingstilbud, som bopælskommunalbestyrelsen har indgået aftale om.

#### Til § 140 b

Med forslaget til ny § 140 b foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til anden behandling end nævnt i § 140 a, samt regler herfor.

I dag fremgår det af § 71 i sundhedsloven, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at der ydes tilskud til anden behandling end tilskud til behandling hos en række sundhedspersoner, jf. lovens §§ 65-69. Bestemmelsen i § 71 hjemler mulighed for at fastsætte regler, hvor regionsrådene har myndighedsansvaret. Med lovforslaget indføres en hjemmel til, at ministeren på tilsvarende vis kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til anden behandling.

I dag er der med hjemmel i §§ 71 og 72 i sundhedsloven bl.a. fastsat regler om tilskud til optræning af handicappede og behandling af muskellidelser på Øfeldt Centret Aps, jf. bekendtgørelse nr. 1080 af 2. november 2006. Som konsekvens af lovændringen vil bekendtgørelsen med hjemmel i § 140 b blive ændret, så det fremgår, at kommunalbestyrelsen yder tilskud til de vederlagsfri tilbud, som i dag gives på Øfeldt Centret Aps.

De tilbud på centret, som patienterne ikke kan modtage vederlagsfrit, vil efter lovændringen fortsat skulle ydes af regionerne med hjemmel i §§ 71 og 72.

Sundhedsstyrelsens retningslinier om vederlagsfri fysioterapi vil også omfatte behandling på Øfeldt Centret Aps.

Til nr. 19 (141 a)

Det foreslås med ændringsforslaget til § 141 a at præcisere, at beslutningen om anvendelsen af lovens regler om tvangstilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere skal træffes af kommunalbestyrelsen i et møde. Kommunalbestyrelsen kan således ikke delegeres beslutningskompetencen til forvaltningen.

Til nr. 20 (§ 142, stk. 1)

Efter den gældende bestemmelse i § 142, stk. 1, i sundhedsloven tilbyder kommunalbestyrelsen vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere. Med forslaget, jf. § 142, stk. 1, ændres ”euforiserende stoffer” til ”afhængighedsskabende lægemidler”.

Begrebet ”euforiserende stoffer” er bredt og dækker både over afhængighedsskabende lægemidler og andre euforiserende stoffer, der ikke er lægemidler. Da det alene er førstnævnte, som benyttes i den lægelige behandling for stofmisbrug, findes det hensigtsmæssigt, at dette bliver præciseret i lovbestemmelsen. Terminologien bringes herved også i overensstemmelse med § 41, stk. 1, 1. pkt., i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Til nr. 21 (§ 145)

Lovforslaget til § 145 indebærer en lovfæstelse af den gældende praksis, hvorefter også lægemidler, der kan købes i håndkøb, skal være købt på recept, for at patienten kan få enkelttilskud. Tilsvarende krav om ordination på recept gælder i øvrigt i medfør af § 144, stk. 3, for håndkøbslægemidler med generelt klausuleret tilskud.

Til nr. 22-23 (§§ 148, 2. pkt., 150, stk. 1, 2. pkt. og 151, 1. og 3 pkt.)

Til §§ 148, 2. pkt., 150, stk. 1, 2. pkt. og 151, 1. pkt.

Med vedtagelse af lov nr. 1180 af 12. december 2005 om lægemidler blev dele af § 22 i den tidligere lægemiddellov, jf. lovbekendtgørelse nr. 656 af 28. juli 1995 om lægemidler, videreført og præciseret i lægemiddelovens § 81.

Samtlige henvisninger til lægemiddelovens § 22 i sundhedslovens kapitel 42 ændres med forslaget til *§§ 148, 2. pkt., 150, stk. 1, 2. pkt. og 151, 1. pkt.* derfor som en konsekvens heraf til lægemiddelovens § 81.

Til § 151, 3. pkt.

Den gældende sagsbehandlingsfrist på 14 dage for behandlingen af sager om forhøjet tilskud har vist sig i visse sager at være uhensigtsmæssig, idet fristen ikke levner mulighed for, at Lægemiddelstyrelsen kan rådføre sig med Medicintilskudsnævnet, der i medfør af sundhedslovens § 155 rådgiver Lægemiddelstyrelsen i sager om medicintilskud.

Forslaget til *§ 151, 3. pkt.* indebærer, at sagsbehandlingstiden for ansøgninger om forhøjet tilskud fortsat som hovedregel er 14 dage, men at den i særlige tilfælde kan forlænges til op til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskudsnævnet, inden der træffes afgørelse.

Til nr. 24-26

Til § 157, stk. 9, nr. 4

Forslaget til *§ 157, stk. 9, nr. 4* indeholder en konsekvensrettelse som følge af forslaget om at give Lægemiddelstyrelsen adgang til at videregive oplysninger fra Medicinprofilen, jf. bemærkningerne under nr. 14 om videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen. På den baggrund er det fundet nødvendigt at opdele den tidligere bestemmelse i § 157, stk. 9, nr. 4, i to, således at Lægemiddelstyrelsens udvidede beføjelser i forhold til drift af Medicinprofilen, herunder den foreslåede beføjelse til at videregive oplysninger, adskilles fra de øvrige persongrupper og myndigheders mindre vidtrækkende beføjelser.

Til § 157, stk. 9, nr. 5

Med forslaget til *§ 157, stk. 9, nr. 5* bemyndiges ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte nærmere regler om videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til elektroniske patientjournalssystemer. Disse elektroniske systemer er afgrænset til elektroniske patientjournalssystemer på sygehuse, i hjemmesygeplejen og i lægepraksis. Som sygehuse defineres regionens sygehuse, jf. lovens § 74, stk. 2, samt privatejede sygehuse og institutioner. Som lægepraksis defineres privat praktiserende læger, herunder privat praktiserende speciallæger. Som hjemmesygeplejen defineres kommunernes hjemmesygepleje, jf. lovens § 138.

De nærmere krav til videregivelsen af oplysningerne fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournalssystemet, herunder datasikkerhedskrav og adgangskrav m.v. vil blive fastsat i en bekendtgørelse, men det forudsættes, at Lægemiddelstyrelsen ikke vil være forpligtet til at videregive oplysninger til de af bestemmelsen omfattede elektroniske patientjournalssystemer, men derimod vil få adgang til at kunne videregive oplysningerne. Herved sikres det, at Lægemiddelstyrelsen vil kunne vurdere, om de modtagende elektroniske systemer lever op til gældende persondataretlige sikkerhedskrav m.v., og



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

Når Lægemiddelstyrelsen har fundet grundlag for at åbne for videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen til et elektronisk patientjournalssystem, forudsættes videregivelsen i praksis kun at kunne ske, når en sundhedsperson, der er berettiget til adgang til Medicinprofilen efter de gældende regler i § 157, stk. 2-4, på lovlig vis logger sig ind på Medicinprofilen via brugerstyring i det elektroniske patientjournalssystem og systemets medicinmodul. Lægemiddelstyrelsen vil som dataansvarlig for Medicinprofilen indgå databehandleraftaler, der stiller krav om behørig adgangskontrol, jf. Datatilsynets bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.

De sundhedspersoner, som efter sundhedslovens § 157, stk. 2-4, er adgangsberettigede, vil i Medicinprofilen kunne vælge en funktion, som videregiver oplysninger fra pågældende patients medicinprofil til det elektroniske patientjournalssystem, hvis der er sket ændringer i patientens medicinprofil siden sidste opslag i profilen. Dermed ajourføres patientens medicinkort i det elektroniske patientjournalssystem, således at journalens medicinoplysninger til hver en tid er retvisende. Herefter vil de øvrige sundhedspersoner, som har lovlig adgang til elektroniske patientjournalssystemer, kunne få adgang til de opdaterede medicinoplysninger til brug for aktuel behandling ved at foretage et opslag i den elektroniske patientjournal på sædvanlig vis, det vil sige efter reglerne i lovens § 42 a.

De oplysninger, som forudsættes videregivet fra Medicinprofilen til de elektroniske patientjournalssystemer, er de til brug for behandlingen af patienten nødvendige oplysninger om patientens igangværende behandling med lægemidler. Det vil sige oplysninger om de lægemidler, som patienten er i behandling med på tidspunktet for videregivelsen, herunder lægemidler, som er ordineret flere år tilbage, hvis behandlingen stadig pågår. I praksis betyder det oplysninger om hvilken medicin, der er ordineret til patienten, og hvordan medicinen skal administreres, samt om hvilken medicin, der efterfølgende er blevet afhentet på apoteket (det vil sige, hvilke recepter der er blevet indløst). Dermed gives der kun adgang til at videregive en delmængde af de oplysninger, som i dag er indeholdt i Medicinprofilen. Oplysninger, som ikke er nødvendige til brug for behandlingen af patienten, eller som ikke er en del af den igangværende behandling, for eksempel oplysninger om afsluttede medicinske behandlinger, vil således ikke blive videregivet.

I loggen i Medicinprofilen – som patienten selv har adgang til, jf. § 157, stk. 9, nr. 3 – vil det fremgå, hvilken sundhedsperson der har foretaget et opslag, og hvilket elektronisk system der er videregivet oplysninger til. Opslag i de elektroniske patientjournalssystemer vil blive logget i det pågældende elektroniske patientjournalssystem, jf. sikkerhedsbekendtgørelsens § 19, stk. 1, hvorefter offentlige dataansvarlige har en forpligtelse til at logge. Ministeren har efter lovens § 42 c, stk. 1, bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om private dataansvarliges pligt til logning.

Vedrørende patientens ret til indsigt i de registrerede oplysninger, følger retten for så vidt angår oplysningerne i Medicinprofilen af § 157, stk. 9, nr. 3, hvorefter den registre-

rede har direkte elektronisk adgang til de oplysninger, der er registreret om vedkommende i dennes personlige elektroniske medicinprofil.

Angående patienters ret til aktindsigt i medicinoplysninger i de elektroniske patientjournalssystemer fremgår det af lovens § 37, at patienten på begæring som udgangspunkt har ret til aktindsigt i egne helbredsoplysninger m.v. i patientjournaler m.v. Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til § 42 c, stk. 2, i forslag til lov om ændring af sundhedsloven (L 50 B), hvorefter ministeren har bemyndigelse til at fastsætte regler om patientens elektroniske adgang til oplysninger hos offentlige og private dataansvarlige om, hvem der har foretaget opslag i patientens elektroniske patientjournal, og på hvilket tidspunkt opslagene er foretaget.

Lægemiddelstyrelsen er som dataansvarlig ansvarlig for, at oplysningerne i Medicinprofilen er retvisende. I tilfælde af, at der konstateres fejl i Medicinprofilen, undersøger Lægemiddelstyrelsen spørgsmålet nærmere og foranlediger eventuelle fejl rettet.

Når oplysningerne er videregivet til det elektroniske patientjournalssystem, vil dataansvaret for indholdet af patientjournalen derimod påhvile den dataansvarlige for patientjournalssystemet. Korrektur, berigtigelse eller rettelse af eventuelle urigtige oplysninger i de elektroniske patientjournalssystemer reguleres herefter af reglerne om patientjournaler i kapitel 6 i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, og ansvaret derfor påhviler den dataansvarlige for de pågældende patientjournalssystemer. Videregivelsen svarer således til, at sundhedspersonen har foretaget en udskrift fra Medicinprofilen og lagt den på en papirpatientjournal, hvorefter udskriften bliver en integreret del af patientjournalen og dermed reguleres af reglerne om patientjournaler.

Det er forudsat, at sundhedspersoner med adgang til Medicinprofilen ved opslag i en specifik patients medicinprofil via de elektroniske patientjournalssystemer elektronisk forespørger profilen, om der er registreret ændringer i medicineringen af patienten, siden der senest blev videregivet oplysninger fra profilen til medicinkortet i patientjournalen. Hvis medicinkortet er opdateret i Medicinprofilen på grund af en fejlrettelse, vil den pågældende bruger blive gjort opmærksom herpå og vil kunne opdatere medicinkortet i den del af patientjournalen, der viser patientens aktuelle medicinering.

Det er ikke tanken, at det tidligere medicinskema skal ændres i den historiske del af patientjournalssystemet, da formålet med journalføringspligten er at vise situationen på behandlingstidspunktet. En ændring af dokumentationen med tilbagevirkende kraft, vil medføre, at det grundlag, hvorpå en sundhedsperson iværksatte behandling den pågældende dag, bliver misvisende.

Når oplysningerne er videregivet til den elektroniske patientjournal, vil adgangen til at indhente helbredsoplysningerne blive reguleret af § 42 a. Bestemmelsen i § 42 a omfatter også hjemmesygeplejens elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), i de tilfælde, hvor der er tale om elektroniske systemer, der indeholder oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, jf. lovens § 40, stk. 1.

For så vidt angår ansatte i den kommunale hjemmesygepleje, herunder på plejehjem, bemærkes det, at også denne persongruppe har adgang til EOJ efter lovens § 42 a. Efter

§ 42 a må der alene indhentes oplysninger i fornødent omfang, der må alene indhentes oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af en patient, og patienten må ikke have udnyttet sin ret til at sige fra over for indhentning af helbredsoplysninger.

Sundhedspersoners adgang til indhentning af helbredsoplysninger i elektroniske systemer efter § 42 a suppleres i øvrigt af de persondataretlige sikkerhedsregler, hvorefter den dataansvarlige er forpligtet til at iagttage nærmere bestemmelser om blandt andet teknisk adgang og sikkerhedsmæssig forebyggelse af misbrug, herunder regler om autorisationer og logning. Sanktioner for uberettiget indhentelse, videregivelse eller udnyttelse af medicinoplysningerne er fastsat i lovens § 271, stk. 1. Der henvises i øvrigt til de almindelige bemærkninger til L 50 B 2006-2007, afsnit 4.2.1.2.

De oplysninger, som sygehuse modsat skal indberette til Medicinprofilen, er oplysninger om den medicinske behandling, som patienten udskrives fra sygehuset med (den medicinske del af epikrisen). Indberetningen sker på baggrund af den eksisterende hjemmel til at indberette og inddatere oplysninger i § 157, stk. 9, nr. 4 og 5. Ligeledes er praktiserende læger, hjemmesygeplejen m.fl. allerede forpligtet til at inddatere og indberette oplysninger til Medicinprofilen med hjemmel i samme bestemmelser for at sikre Medicinprofilens ajourføring. Ordinerende læge kan i medfør af den eksisterende hjemmel indberette oplysninger om patientens behandling.

For så vidt angår videregivelsen af oplysninger fra Medicinprofilen til apotekersystemerne er denne hidtil sket med hjemmel i lovens § 157, stk. 5. Efter § 157, stk. 5, har apotekere og apotekspersonale adgang til de oplysninger, der er registreret om ordinationer, når adgangen er nødvendig for ekspedition af ordinationen.

Apotekerne har således mulighed for på anmodning fra patienten at søge efter og hente elektroniske recepter med henblik på receptekspedition. Inden receptserveren blev elektroniske recepter sendt fra lægen via forbindelselsled-leverandører direkte til det enkelte apotek. I lighed med praksis før etablering af receptserveren kan apoteket ekspedere patientens recept, når recepten er adresseret til det pågældende apotek, eller når patienten beder apoteket ekspedere recepten, jf. LF 50 2006/2007 om sundhedsloven vedtaget ved lov nr. 1556 af 20. december 2006, da der ved adresseringen henholdsvis anmodningen indfortolkes et samtykke til at fremfinde og ekspedere recepten.

Receptoplysninger kan således allerede efter gældende ret videregives fra Medicinprofilen elektronisk til apotekersystemerne. Med indførelsen af en ny samlet hjemmel til videregivelse af oplysninger fra Medicinprofilen i § 157, stk. 9, nr. 5, i lovforslaget, er det fundet naturligt også at lade denne omfatte Lægemiddelstyrelsens adgang som dataansvarlig til at videregive receptoplysninger fra Medicinprofilens receptserver til de dataansvarlige for de elektroniske apotekersystemer.

#### Til § 157, stk. 9, nr. 6

Forslaget i § 157, stk. 9, nr. 6, rummer en bemyndigelse til ministeren for sundhed og forebyggelse til at stille formkrav til fremsendelse og indhold af indberetninger, herunder inddateringer, til Medicinprofilen. Formålet med indførelse af formkrav er at højne datakvaliteten og sikre stabilitet i receptfremførelsen.

Ved indførelsen af formkrav kan for eksempel elektroniske recepter, der ikke opfylder formkravene, herunder de indholdsmæssige krav til elektroniske recepter, der fremgår af Lægemiddelstyrelsens bekendtgørelse om recepter samt de på baggrund heraf fastsatte tekniske standarder, afvises og returneres til ordinerende læge.

Ligeledes vil bemyndigelsen, i det omfang det måtte vise sig nødvendigt, kunne anvendes til at stille krav om lægers direkte opkobling til Medicinprofilen uden mellemlid. Det teknisk sammenhængende system i receptfremførslen – fra patienten får en elektronisk recept hos lægen, til patienten modtager sin medicin på apoteket – er kompliceret og bliver yderligere kompliceret af, at der er mange systemleverandører og forskellige systemer involveret i fremførslen. I dag sker de praktiserende lægers opkobling til Medicinprofilen via forbindelsesled-leverandører, som transporterer information mellem lægesystemerne og receptserveren. En direkte opkobling vil være en mulighed for at nedbringe kompleksiteten i receptfremførslen og dermed nedbringe risikoen for nedbrud af systemet i forbindelse med receptfremførelse.

Til nr. 27 (§ 171, stk. 2)

Det præciseres med forslaget til § 171, stk. 2, at det er de gældende regler om befordring til sygehus, som finder anvendelse, hvis patienter benytter deres ret til frit og udvidet frit valg til diagnostiske undersøgelser efter forslagets § 86 og 87, stk. 1, udvidet frit valg ved aflyst behandling efter forslagets § 87, stk. 2, eller udvidet ret til undersøgelse og behandling i børne- og ungespsykiatrien efter forslaget til § 87 b.

Til nr. 28 (§ 198)

Den foreslåede bestemmelse, indebærer, at regionsrådene – ud over som i dag at skulle modtage, registrere og analysere rapporteringer af utilsigtede hændelser på sygehusene – fremover også vil skulle modtage, registrere og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser, der forekommer i praksissektoren og apotekssektoren, jf. de foreslåede bestemmelser i § 198, stk. 1. Det følger endvidere af § 198, stk. 2 og 4, at kommunalbestyrelserne vil skulle modtage, registrere og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser, der forekommer i den kommunale sundhedssektor.

Den enkelte myndighed har pligt til at sikre, at en rapportering, som myndigheden har modtaget, analyseres og i fornødent omfang følges op. Opfølgning i forhold til sygehusene, praksissektoren og apotekerne varetages af regionen, mens opfølgning i forhold til den kommunale sundhedssektor, herunder private institutioner der efter aftale med kommunen yder behandling inden for den kommunale sundhedssektor, varetages af kommunen. Hvis den utilsigtede hændelse er sket ved sektorovergangen mellem den kommunale sundhedssektor og en anden sektor forudsættes kommunen og regionen at samarbejde om opfølgningen.

I overensstemmelse med reglerne i den nuværende patientsikkerhedsordning er det efter forslaget som udgangspunkt sundhedspersoner, der har pligt til at rapportere utilsigtede hændelser i praksissektoren og den kommunale sundhedssektor, jf. den foreslåede § 198, stk. 2. Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar, jf. sundhedslovens § 6. Rapporteringspligten vil således bl.a. gælde for læger, tandlæger, sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, fodterapeuter,

ter, kiropraktorer, bandagister, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere, bioanalytikere, radiografer og psykologer, der udfører sundhedsfaglige opgaver. De medhjælpere, som handler på autoriserede sundhedspersoners ansvar, herunder elever og studerende, vil tilsvarende have en rapporteringspligt, når de i forbindelse med udførelsen af sundhedsfaglige opgaver bliver opmærksomme på utilsigtede hændelser.

Herudover får apotekere og apotekspersonale efter forslaget en pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. Om baggrunden herfor henvises til de almindelige bemærkninger.

Rapporteringspligten for sundhedspersoner vil fortsat indebære, at en sundhedspersons videregivelse af oplysninger om en patients helbredsforhold m.v. i forbindelse med en rapportering kan ske uden patientens samtykke, jf. sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 1, sammenholdt med den foreslåede § 198, stk. 2.

Med den foreslåede bestemmelse til sundhedslovens § 198, stk. 3, får patienter og pårørende m.v. en adgang til at rapportere utilsigtede hændelser. Bestemmelsen indebærer en pligt for regionsrådene og kommunalbestyrelserne til at modtage, registrere og analysere sådanne rapporteringer fra patienter og pårørende m.v. Der kan i øvrigt henvises til de almindelige bemærkninger.

Som følge af udvidelsen af patientsikkerhedsordningen præciseres det med § 198, stk. 4, at rapporteringspligten fremover omfatter utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med enhver behandling m.v., der foretages efter sundhedslovens afsnit IV-IX. Rapporteringspligten omfatter således fremover også utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med behandling i praksissektoren og i den kommunale sundhedssektor. Behandlingsbegrebet skal forstås i overensstemmelse med sundhedslovens § 5. Rapporteringspligten gælder dog også for utilsigtede hændelser, der forekommer i forbindelse med svangerskabsafbrydelse samt sterilisation og kastration, jf. henvisningen til lovens afsnit VIII. Det foreslås endvidere, at også utilsigtede hændelser, der indtræder i forbindelse med forsyning af lægemidler omfattes af patientsikkerhedsordningen. Dette skal ses i sammenhæng med, at apotekere og apotekspersonale efter forslaget vil have en rapporteringspligt.

Rapporteringspligten vil som i dag også omfatte utilsigtede hændelser, der er en følge af ophold på sygehus. Dette følger af, at begrebet utilsigtet hændelse efter den foreslåede bestemmelse omfatter hændelser, der forekommer i forbindelse med behandlingen. Den ændrede definition indebærer endvidere, at også utilsigtede hændelser, der er en følge af ophold på øvrige lokaliteter, hvor der ydes sundhedsfaglig behandling, vil være omfattet. Det er således fortsat hensigten, at lovens definition af utilsigtede hændelser forstås i så bred en betydning som muligt.

Til nr. 29-34 (§ 199)

Sundhedslovens § 199 foreslås ændret som konsekvens af udvidelsen af patientsikkerhedsordningen. Forslaget indebærer, at Sundhedsstyrelsens vejledningsarbejde fremover også vil gælde i forhold til de rapporteringer, som Sundhedsstyrelsen modtager fra kommunalbestyrelserne. Forslaget indebærer endvidere, at Sundhedsstyrelsen fremover får hjemmel til også at fastsætte regler om kommunalbestyrelsernes rapportering til sty-

relsen, og at kommunalbestyrelsernes rapportering til Sundhedsstyrelsen – i lighed med regionsrådenes rapportering – skal ske i anonymiseret form.

Det præciseres endvidere, at Sundhedsstyrelsens hjemmel i sundhedslovens § 199, stk. 2, til at fastsætte regler for sundhedspersoners rapportering også gælder for rapporteringen fra andre personer, der med lovforslaget pålægges en rapporteringspligt.

Sundhedsstyrelsen bemyndiges desuden til at fastsætte regler om, i hvilken form rapporteringen fra patienter og pårørende m.v. skal ske. Det forventes, at rapporteringen som udgangspunkt vil skulle ske i elektronisk form.

Sundhedsstyrelsen har efter gældende regler hjemmel til at indhente supplerende oplysninger fra regionsrådene om rapporterede hændelser. Denne bestemmelse ophæves. Sundhedsstyrelsen bemyndiges i stedet efter forslaget til at fastsætte regler om, hvilke oplysninger om rapporterede hændelser, regionsrådene og kommunalbestyrelserne skal sende til styrelsen. Sundhedsstyrelsen bemyndiges endvidere til at fastsætte regler om, hvilke regionale og kommunale handlingsplaner og faglige udmeldinger m.v., som regionsrådene og kommunalbestyrelserne skal sende til styrelsen. Baggrunden herfor er, at der med udvidelsen fremover vil være en øget viden om patientsikkerhedsspørgsmål i både regioner og kommuner. Sundhedsstyrelsens arbejde vil derfor efter udvidelsen i højere grad end i dag bygge på de analyser og den opfølgning på utilsigtede hændelser, som fremover vil ske i de enkelte regioner og kommuner. De ændrede regler understøtter dette. Regionsråd og kommunalbestyrelser vil ikke kunne forpligtes til at udarbejde nærmere bestemt materiale, men kun til at sende materiale, der allerede er udarbejdet, til Sundhedsstyrelsen.

Endeligt præciseres det med forslaget, at kravet om anonymisering af rapporter forud for indsendelse til Sundhedsstyrelsen gælder med hensyn til oplysninger om alle rapporterende personer, uanset om der er tale om sundhedspersoner.

Til nr. 35-37 (§ 200)

Det præciseres med ændringen af § 200, stk. 1, at reglerne om udveksling af personhenførbare rapporter inden for den personkreds, der i regionen varetager patientsikkerhedsarbejdet, og til kliniske kvalitetsdatabaser m.v., vil gælde tilsvarende for den udveksling, der fremover vil ske inden for den personkreds, der i kommunen varetager patientsikkerhedsarbejdet. Det bemærkes i den forbindelse, at der med hensyn til de omhandlede kliniske databaser m.v. i almindelighed vil være tale om kommunens egne databaser og registre. I det omfang der sker videregivelse af rapporter om utilsigtede hændelser til andre databaser og registre forudsættes det, at rapporteringerne anonymiseres på samme måde som det er tilfældet ved videregivelse af rapporteringerne til Sundhedsstyrelsen, jf. sundhedslovens § 199, stk. 4.

Personoplysninger, kommunen behandler efter bestemmelsen, må ikke senere behandles i andet end statistisk eller videnskabeligt øjemed, jf. persondatalovens § 10, stk. 2. Oplysningerne må således på intet tidspunkt danne grundlag for konkrete retlige eller faktiske foranstaltninger over for de enkelte registrerede. Oplysningerne kan således ikke anvendes til konkret sagsbehandling, kontrol eller lignende af sundhedspersoner eller andre eller danne grundlag for medicinsk behandling af de enkelte patienter.

Der gives med den foreslåede bestemmelse i § 200, stk. 2, adgang for regionsrådene og kommunalbestyrelserne til i det omfang, det er nødvendigt for varetagelsen af opgaver efter § 198, stk. 1, at videregive rapporteringer om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, uden samtykke fra de pågældende.

Bestemmelsen indebærer en fravigelse af persondatalovens § 10, stk. 3, hvorefter videregivelse af personoplysninger til tredjemand kun kan ske efter forudgående tilladelse fra Datatilsynet. Om baggrunden for bestemmelsen henvises til de almindelige bemærkninger.

En videregivelse efter bestemmelsen vil alene kunne være relevant i de tilfælde, hvor der er tale om utilsigtede hændelser, der sker ved overgange mellem sektorer. Den videregivelse af rapporteringer om utilsigtede hændelser, der sker inden for regionen henholdsvis kommunen er reguleret af sundhedslovens § 200, stk. 1. Bestemmelsen giver adgang til videregivelse både mellem region og kommune og fra region eller kommune til private.

Videregivelse af personoplysninger kan efter bestemmelsen kun ske i det omfang, det er nødvendigt for, at der kan ske analyser af og dermed opfølgning på utilsigtede hændelser. Den myndighed, der har modtaget en rapportering om en utilsigtet hændelse, skal forud for videregivelsen konkret vurdere, om videregivelsen af personoplysninger er nødvendig for regionens eller kommunens varetagelse af opgaver efter § 198, stk. 1. Det forudsættes således, at myndigheden konkret sikrer, at videregivelsen af personoplysninger kun sker, når det er nødvendigt for, at regionen eller kommunen kan analysere og følge op på utilsigtede hændelser. Det er ikke et krav, at videregivelsen skal være nødvendig for myndighedens egen konkrete varetagelse af patientsikkerhedsarbejdet. Videregivelse kan ske, hvis det er nødvendigt for en anden myndigheds konkrete varetagelse af patientsikkerhedsarbejdet. Myndigheden må i den forbindelse forud for videregivelsen ved henvendelse til den anden myndighed afklare, om den pågældende myndighed agter at foretage en analyse af en hændelse, der kun kan ske, hvis de personoplysninger om en patient, der er indeholdt i en rapportering, videregives. Oplysninger, der videregives efter bestemmelsen, må ikke senere behandles i andet end statistisk eller videnskabeligt øjemed.

Det følger af den foreslåede bestemmelse i § 200, stk. 3, at oplysninger om identiteten af den rapporterende person ikke må videregives ud over de tilfælde, hvor videregivelsen sker inden for den personkreds, der i regionen henholdsvis kommunen varetager patientsikkerhedsopgaver, jf. § 198, stk. 1, eller hvor videregivelsen sker til kliniske databaser og andre registre, hvori der sker registrering af helbredsoplysninger med henblik på dokumentation og kvalitetsudvikling på patientsikkerhedsområdet. Rapporteringer om utilsigtede hændelser skal derfor med hensyn til oplysninger om identiteten af den rapporterende person anonymiseres, før rapporteringen videregives efter § 200, stk. 2.

Til nr. 38-39 (§ 201)

Efter de gældende regler er sundhedspersoner i sygehusvæsenet efter sundhedslovens § 201 beskyttet mod bl.a. disciplinære foranstaltninger fra ansættelsesmyndigheden. Den-

ne beskyttelse foreslås videreført, jf. de almindelige bemærkninger. Forslaget indebærer, at alle rapporteringspligtige personer, herunder også apotekere og apotekspersonale, omfattes af beskyttelsen. Det præciseres i den forbindelse, at beskyttelsen også gælder i forhold til disciplinære foranstaltninger fra en privat arbejdsgiver. Det vil navnlig have betydning for sundhedspersoner ansat på klinikker i praksissektoren og for apotekspersonale.

Til nr. 40 (§ 202)

Sundhedslovens § 202, stk. 1, indeholder en bemyndigelse for ministeren for sundhed og forebyggelse til at fastsætte regler om inddragelse af den primære sundhedssektor i patientsikkerhedsordningen. Bemyndigelsesbestemmelsen bliver overflødig med de foreslåede ændringer, hvorved den primære sundhedssektor inddrages i patientsikkerhedsordningen. Bestemmelsen foreslås derfor ophævet.

Til nr. 41-45 (§ 219)

Med forslaget til ændring af § 219, stk. 1, 1. pkt. og indsættelse af et nyt § 219, stk. 2, vil Sundhedsstyrelsen fra den 1. januar 2009 få adgang til at målrette det sundhedsfaglige tilsyn med plejehjem m.v., jf. sundhedslovens § 219, stk. 1, således at tilsynsbesøg på institutioner omfattet af plejehjemstilsynet, hvor der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler eller alene konstateres få fejl eller mangler, der efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan undergives tilsynsbesøg mindre end én gang årligt.

Herved kan frigøres ressourcer til en øget indsats over for de institutioner, hvor der ved tilsynsbesøg konstateres mange fejl eller mangler eller fejl eller mangler med konsekvenser for patientsikkerheden.

Beslutningen om at undergive et plejehjem færre tilsynsbesøg m.v. kan efter Sundhedsstyrelsens nærmere bestemmelse træffes af embedslægeinstitutionen, der er en organisatorisk del af styrelsen, jf. sundhedslovens § 212, stk. 2.

Efter forslaget beror det på et sundhedsfagligt skøn hos Sundhedsstyrelsen, om de konstaterede fejl eller mangler har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, således at institutionen kan undergives færre tilsyn. Videre beror det ifølge forslaget på karakteren og omfanget af de konstaterede fejl og mangler, om tilsynsbesøg først skal foretages igen på den pågældende institution to år efter tilsynsbesøget, hvor Sundhedsstyrelsen har fundet det uproblematisk at udskyde det næste årlige tilsynsbesøg.

Det foreslås, at beslutning om at undlade tilsynsbesøg på et plejehjem for en nærmere angiven periode indføres i tilsynsrapporten. Til beslutningen forudsættes knyttet et standardvilkår om underretning af embedslægeinstitutionen i den pågældende region i tilfælde af væsentlige forandringer på plejehjemmet m.v. i perioden uden tilsynsbesøg, idet forandringer kan have betydning for vurderingen af, om tilsynsbesøg alligevel skal foretages. Væsentlige forandringer kan for eksempel være ny plejhjemsleder/ledelse eller sammenlægning af plejehjem i kommunen/regionen og lignende.

Til § 219, stk. 4-6

Der er tale om konsekvensrettelser som følge af forslaget til § 219, stk. 2.



Til nr. 46-49 (§ 223)

Til § 223, stk. 1

Med forslaget til § 223, *stk. 1* foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt, sagkyndigt forebyggelsesråd, og at rådets opgave er at styrke en fortsat debat vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme specielt på livsstilsområdet samt virke inspirerende i relation til de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaverne.

I forlængelse heraf kan Det nationale forebyggelsesråd fx medvirke til:

- udredninger og redegørelser på konkrete forebyggelsesområder,
- debat (fx gennem konferencer, udredninger mv.),
- afdækning af nye behov og udvikling af forebyggelsen (både fagligt og udførende),
- tematiserede møder for praktikere, politikere, forskere mv. inden for væsentlige folkesundhedsområder og
- monitorering og evaluering af folkesundhedsindsatsen, herunder af den nationale plan for forebyggelse, som regeringen i 2009 sammen med kommuner og regioner vil udarbejde og lancere, og som løber frem til 2015.

Usund kost, rygning, alkohol og for lidt motion er årsag til ca. 40 % af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Og den usunde livsstil er særligt udbredt i de mindre ressourcestærke grupper. Rådet skal i sit arbejde være opmærksom på denne særlige problemstilling, herunder på hvordan den enkeltes personlige ansvar for egen sundhed styrkes.

Til § 223, stk. 2

Det foreslås med forslaget til § 223, *stk. 2*, at Det nationale forebyggelsesråd hvert tredje år skal afgive beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse.

Til § 223, stk. 3

Det foreslås efter forslaget til § 223, *stk. 3*, at Det nationale forebyggelsesråd skal bestå af 13 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 4 år ad gangen, dog således, at der hvert andet år udpeges henholdsvis 6 og 7 medlemmer. Formand for rådet udpeges af ministeren for sundhed og forebyggelse blandt rådets medlemmer. Antallet af medlemmer er valgt dels for at sikre rådet en vis bredde, dels for at sikre at rådets arbejde kan være effektivt og operativt. Medlemmerne beskikkes efter forslaget for fire år ad gangen. Der er mulighed for genbeskikkelse, idet det dog forudsættes, at medlemmerne højst kan beskikkes for to på hinanden følgende perioder.

Første gang der udpeges medlemmer til rådet beskikkes i alt 13 medlemmer, hvoraf 6 udpeges til at fungere i 2 år, mens 7 udpeges til at fungere i 4 år.

Rådets medlemmer udpeges af ministeren for sundhed og forebyggelse på grundlag af sagkyndige med kvalifikationer inden for folkesundhedsområdet med hensyn til faglig viden, erfaring, indsigt og engagement i muligheder og vilkår, som påvirker befolkning-

gens sundhed. Det er forudsat, at der ved sammensætningen af rådet søges opnået en vis spredning i sagkundskab inden for folkesundhedsområdets livsstilsfaktorer, særligt tobak, alkohol, kost, motion og svær overvægt, og konkrete forebyggelsesmiljøer, herunder grundskole, arbejdsplads, sundhedsvæsen og lokalsamfund. Der vil blive udpeget to medlemmer med en forskningsmæssig baggrund.

Udgifter til Det nationale forebyggelsesråd afholdes af staten. Ministeriet for sundhed og forebyggelse stiller sekretariatsbistand til rådighed for rådet.

Til nr. 50 (§ 224)

Som en konsekvensændring af at overflytte myndighedsansvaret vedrørende vederlagsfri fysioterapi m.v., indeholder forslaget til en ny § 224 bestemmelse om, at kommunalbestyrelsen træffer afgørelser vedrørende ydelser efter §§ 140 a og 140 b.

Til nr. 51-54 (§ 227)

Til § 227, stk. 1-3

Regionernes Lønnings- og Taktsnævns kompetence til at indgå overenskomster med grupper af sundhedspersoner om vilkårene for ydelserne m.v. udvides til også at omfatte vederlagsfri fysioterapi m.v. efter §§ 140 a og 140 b.

Den foreslåede udvidelse vil indebære, at ministeren for sundhed og forebyggelse skal indhente en udtalelse fra Regionernes Lønnings- og Taktsnævn, inden fastsættelsen af nærmere regler vedrørende vederlagsfri fysioterapi m.v.

Til § 227, stk. 5 og 6

Med forslaget til § 227, *stk. 5 og 6*, fastlægges det, at forbudet mod krav om foreningsmedlemskab (ekslusivaftaler) i praksissektoren også gælder vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren efter overførsel af myndighedsansvaret til kommunerne.

Til § 227, stk. 7

Som en konsekvensændring af, at forbud mod krav om foreningsmedlemskab i praksissektoren også gælder vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren efter overførslen af myndighedsansvaret til kommunerne, fastlægges det med forslaget til § 227, *stk. 7*, at et eventuelt gebyr, der dækker omkostninger ved ydelser, som bliver stillet til rådighed for sundhedspersoner, også vedrører omkostninger ved ydelser på det kommunale niveau.

Til nr. 55 (§ 228, stk. 2)

Forslaget til § 228, *stk. 2*, åbner mulighed for, at den enkelte kommunalbestyrelse kan aftale med regionen, at regionen fortsat varetager afregningen af den del af betalingen for en ydelse til praktiserende fysioterapeut, som det ikke påhviler den sikrede at udrede. Afregningsprocedurer kan være tæt forbundet med andre opgaver, herunder overenskomst- og aftalefortolkning.

Derfor kan der være behov for klare aftaler, hvis én myndighed skal varetage afregningen for andre myndigheder. Et element i sådan en aftale kunne være en årlig redegørelse fra kommunen bl.a. indeholdende et overslag over det forventede brug af ydelser fra regionen.

Til nr. 56 (§ 229)

Som en konsekvensændring af at flytte myndighedsansvaret vedrørende vederlagsfri fysioterapi til kommunerne, indeholder forslaget til en ny § 229 bestemmelse om, at ministeren for sundhed og forebyggelse også kan fastsætte regler om vilkårene for kommunernes tilskud m.v. i en situation, hvor der ikke foreligger en overenskomst.

Til nr. 57 (§ 251 a)

Som en konsekvensændring af at flytte myndighedsansvaret vedrørende vederlagsfri fysioterapi, indeholder forslaget til § 251 a bestemmelse om, at bopælskommunen afholder udgifter til vederlagsfri fysioterapi m.v., jf. §§ 140 a og 140 b.

Til nr. 58 (§ 262, stk. 1)

Der er tale om konsekvensrettelser som følge af forslaget til § 171, stk. 2.

### *Til § 2*

(Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet)

I dag kan klager over regionsrådets afgørelser vedrørende praksissektoren, jf. §§ 58-60 og 64-71 i sundhedsloven, indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, jf. § 7 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Som konsekvens af flytning af vederlagsfri fysioterapi m.v. til kommunerne foreslås det i lovforslaget, at § 6 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet ændres i overensstemmelse hermed.

Dette indebærer, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn med hjemmel i § 6 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som vedrører klager over kommunalbestyrelses afgørelser, bliver klageinstans for administrative afgørelser vedrørende vederlagsfri fysioterapi m.v. Klager over sundhedspersoners faglige virksomhed, som f.eks. fysioterapeutens diagnosticering og behandling, skal fortsat indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Der er således med forslaget alene tale om en ændring af hjemmelsgrundlaget for klageadgangen for så vidt angår kommunalbestyrelses administrative afgørelser vedrørende vederlagsfri fysioterapi. Klageadgangen for sundhedsfaglige klager m.v. ændres ikke med dette forslag.

### *Til § 3*

(Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab.)

Til nr. 1 (§ 37, stk. 4)

Der er tale om en konsekvensrettelse som følge af nr. 2.

Til nr. 2 (§ 37, stk. 6)

Det i lovforslaget indeholdte forslag til affattelsen af sundhedslovens § 140 a indebærer, at kommunerne får ansvaret for den del af praksissektoren, som vedrører vederlagsfri fysioterapi. Der er med lovforslaget endvidere lagt op til, at det, uanset flytningen af myndighedsansvaret, fortsat er Regionernes Lønnings- og Takstnævn, som har beføjelse til at indgå overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for de pågældende ydelser.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn består af 9 medlemmer, idet 5 af nævnets medlemmer er beskikket efter indstilling af regionsrådene, 2 af medlemmerne er beskikket efter indstilling af KL (Kommunernes Landsforening), mens de to sidste medlemmer af nævnet er henholdsvis udpeget af finansministeren og beskikket efter indstilling af ministeren for sundhed og forebyggelse.

Nævnets beslutninger træffes ved stemmeflertal. Der henvises i det hele til § 37, stk. 2, 4 og 5, i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Forslaget til affattelsen af § 37, stk. 6, i lov om regioner m.v. indebærer, at de almindelige afstemningsregler i nævnet fraviges, når nævnet træffer beslutning om indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for tilbud om vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvvisning. Det foreslås således, at de medlemmer af nævnet, der er beskikket efter indstilling af KL, har hver 3 stemmer, når nævnet træffer sådanne beslutninger.

Dette indebærer, at såfremt der i nævnet er uenighed mellem de af KL og de af regionsrådene indstillede medlemmer af nævnet, vil de af KL indstillede medlemmer være sikret afgørende indflydelse, idet disse medlemmer ved de omhandlede beslutninger kan afgive 6 stemmer mod de af regionsrådene indstillede medlemmers i alt 5 stemmer.

Baggrunden for, at KL på denne måde sikres afgørende indflydelse på nævnets beslutninger i denne forbindelse er, at kommunerne har fået myndighedsansvaret og finansieringsansvaret for området.

Det bemærkes, at der med det fremsatte forslag ikke ændres ved, at statens repræsentanter i nævnet efter reglerne i § 37, stk. 5, i lov om regioner m.v. kan modsætte sig nævnets beslutninger vedrørende bl.a. indgåelse af overenskomster, herunder også på området for vederlagsfri fysioterapi, jf. herom ovenfor. Med lovforslaget til § 140 b, foreslås det, at ministeren for sundhed og forebyggelse bemyndiges til at fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen tilbyder anden behandling end vederlagsfri fysioterapi, jf. den foreslåede affattelse af sundhedslovens § 140 b samt bemærkningerne til lovforslagets § 140 b.

Forslaget til affattelsen af § 37, stk. 6, i lov om regioner m.v. indebærer endvidere, at de omhandlede afstemningsregler tillige vil gælde, såfremt nævnet træffer beslutning om indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.v. om vilkårene for ydelser, som er omfattet af ministeren for sundhed og forebyggelses udnyttelse af den foreslåede bemyndigelse.

Til nr. 3 (§ 37, stk. 7)

I de sager, hvor de af KL indstillede medlemmer af nævnet efter den foreslåede affattelse af § 37, stk. 6, hver har 3 stemmer, og dermed sikres afgørende indflydelse på nævnets beslutninger, forekommer det hensigtsmæssigt, at sekretariatsbetjeningen varetages af KL. Herved vil bistand til forhandlinger eller eventuelt selvstændige forhandlinger efter bemyndigelse fra nævnet, blive varetaget af et sekretariat, der har en nær tilknytning til kommunerne, som har myndighedsansvaret på området.

Det foreslås derfor, at 37, stk. 7, der efter forslaget bliver stk. 8, ændres således, at finansministeren efter forhandling med velfærdsministeren ved fastsættelse af nærmere regler for nævnets virksomhed, kan fravige stk. 6, der bliver stk. 7. Finansministeren og velfærdsministeren vil samtidig kunne udnytte denne bemyndigelse til at fastsætte regler om, at KL varetager den sekretariatsmæssige bistand af nævnet i de sager, hvor de af KL indstillede medlemmer af nævnet efter den foreslåede affattelse af § 37, stk. 6, hver har 3 stemmer, samt at KL afholder udgifterne i forbindelse hermed.

Det bemærkes, at der i denne forbindelse tillige vil blive fastsat regler om, at sekretariatet også i denne sammenhæng refererer direkte til nævnet, og at sekretariatsbetjeningen af nævnet er uafhængigt af KL.

#### *Til § 4*

(Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed)

Til nr. 1-4 (§ 5)

Forslaget til ændring af § 5 i autorisationsloven indebærer, at en autoriseret sundhedsperson over for Sundhedsstyrelsen får adgang til at indskrænke sit virksomhedsområde og til at ophæve eller få ophævet denne indskrænkning efter den samme procedure som ved fraskrivelse og generhvervelse af autorisation. Den foreslåede, nye bestemmelse giver således sundhedspersonen mulighed for frivilligt at indskrænke sit virksomhedsområde uden at skulle fraskrive sig autorisationen.

Den foreslåede bestemmelse vil kunne anvendes både i forhold til autoriserede sundhedspersoner, hvis virksomhed på grund af de pågældendes fysiske tilstand, mangelfuld sjælstilstand eller grove forsømmelighed findes at burde indskrænkes.

Den frivillige virksomhedsindskrænkning kan - i lighed med de gældende bestemmelser om fraskrivelse og generhvervelse af en tidligere fraskrevet autorisation - ske for en fastsat periode eller indtil videre. Sker en frivillig virksomhedsindskrænkning for en nærmere angivet periode, ophører den aftalte virksomhedsindskrænkning automatisk, når perioden for indskrænkningen er udløbet. Sundhedsstyrelsen kan efter ansøgning bringe en virksomhedsindskrænkning for en fastsat periode til ophør inden udløbet af den fastsatte periode, hvis styrelsen finder, at de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, ikke længere er til stede. Tilsvarende kan Sundhedsstyrelsen efter ansøgning bringe en frivillig virksomhedsindskrænkning, der ikke er fastsat for en bestemt periode men blot gælder "indtil videre", til ophør, såfremt styrelsen finder, at der ikke længere foreligger omstændigheder, der begrunder en indskrænkning af den pågældendes virksomhedsområde.

Når en frivillig virksomhedsindskrænkning, der er fastsat for en periode, ophører, har Sundhedsstyrelsen, hvis omstændighederne begrundet det, mulighed for at træffe afgørelse om virksomhedsindskrænkning efter autorisationslovens § 6, stk. 2, § 7, stk. 2 og § 8, stk. 2.

Ligeledes indebærer en frivillig virksomhedsindskrænkning vedrørende ét forhold ikke, at Sundhedsstyrelsen er afskåret fra at gøre øvrige tilsynsbeføjelser gældende vedrørende andre forhold, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt. Dette gælder også for så vidt angår Sundhedsstyrelsens adgang til at træffe afgørelse om yderligere virksomhedsindskrænkning, end den pågældende har ønsket at indgå frivillig aftale om.

Sundhedsstyrelsens afslag på ansøgning om hel eller delvis ophævelse af virksomhedsindskrænkning vil efter forslaget kunne påklages til ministeren for sundhed og forebyggelse. Afslår ministeren klagen, kan klageren efter forslaget i lighed med spørgsmål om generhvervelse af autorisation forlange afgørelsen indbragt for domstolene, såfremt der er forløbet mindst et år efter, at den pågældende har indskrænket sit virksomhedsområde eller efter ophævelse af virksomhedsindskrænkningen senest er nægtet ved dom. Ministerens afgørelse skal ifølge forslaget indeholde oplysning om adgang til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.

Til nr. 5 (§ 41, stk. 1, 1. pkt.)

Ændringen af bestemmelsen i § 41, stk. 1, 1. pkt., om ordinationsret udvider kredsen af læger, som kan ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug, til også at omfatte læger ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling. Herved bringes bestemmelsen i overensstemmelse med § 5 f, stk. 1, i den tidligere gældende lov om udøvelse af lægegerning, jf. lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001, som ændret ved § 18 i lov nr. 145 af 25. marts 2002, § 18 i lov nr. 69 af 4. februar 2004 og § 9 i lov nr. 545 af 24. juni 2005, hvorefter ordination af euforiserende stoffer som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger samt ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling.

Bestemmelsen om ordinationsret skal sammenholdes med sundhedslovens § 142, hvoraf det fremgår, at kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer (afhængighedsskabende lægemidler, jf. lovforslaget) til stofmisbrugere, der har bopæl i kommunen. Det nødvendige behandlingstilbud kan tilvejebringes, ved at kommunalbestyrelsen selv etablerer behandlingspladser, ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med andre kommunalbestyrelser eller med et regionsråd om at stille behandlingspladser til rådighed, eller ved at kommunalbestyrelsen indgår aftale med private institutioner.

#### *Til § 5* (Fødevareloven)

Med forslaget foreslås i konsekvens af forslaget om nedsættelse af et råd for forebyggelse og folkesundhed i § 223, stk. 1, at § 13 i fødevareloven om nedsættelse af et motions- og ernæringsråd ophæves.

*Til § 6*

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2009.

Der skelnes i forslaget til et nyt kapitel 20 a imellem en udvidet ret til *undersøgelse* og en udvidet ret til *behandling*. Det foreslås, at den udvidede ret til behandling, jf. § 87 b, stk. 2, som det øvrige lovforslag, skal træde i kraft den 1. januar 2009, hvorimod den udvidede ret til undersøgelse, jf. 87 b, stk. 1, efter forslaget skal træde i kraft den 1. august 2008. Den udvidede ret til undersøgelse gælder både for personer, som den 1. august 2008 står på en venteliste til undersøgelse og behandling og for personer, der henvises til undersøgelse og behandling efter dette tidspunkt. Personer, som den 1. august 2008 stod på venteliste til undersøgelse eller behandling, eller som efter dette tidspunkt er henvist til undersøgelse og behandling, er fra den 1. januar 2009 omfattet af den udvidede behandlingsret. Ved afgørelsen af, om patienten er fyldt 19 år på tidspunktet for henvisning, lægges datoen for udfærdigelsen af henvisningen til grund, jf. ordlyden af den i lovforslaget foreslåede § 87 a.

Kommunerne overtager fra den 1. august 2008 det fulde myndighedsansvar for den vederlagsfri fysioterapi m.v. Dette indebærer bl.a., at kommunerne afholder udgifterne til behandling efter 1. august 2008 af patienter, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi m.v. før den 1. august 2008 og for patienter henvist efter dette tidspunkt.

Bestemmelserne om Medicinprofilen, adgang til videregivelse af oplysninger, opstilling af formkrav m.v., træder i kraft den 1. juli 2008. Dette sker for at skabe hjemmel til, at Lægemiddelstyrelsen allerede fra denne dato kan igangsætte pilotdrift af nye funktionaliteter i registret med henblik på snarest muligt at gennemføre de i lovforslaget beskrevne initiativer.

Forslagene om lovfæstelse af kontaktpersonordningen, om ændring af reglerne om medicintilskud samt om nedsættelse af et nationalt forebyggelsesråd og folkesundhed træder også i kraft den 1. august i 2008.

Det følger af bestemmelsen, at ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af udvidelsen af patientsikkerhedsordningen. Udvidelsen forventes at træde i kraft i første halvår af 2009, jf. dog nedenfor om rapporteringsadgangen for patienter og pårørende i den primære sundhedssektor.

Ikrafttræden i første halvår af 2009 giver regioner og kommuner mulighed for at forbedre sig på udvidelsen af patientsikkerhedsordningen, ligesom en ny version af det elektroniske rapporteringssystem (DanskPatientSikkerhedsDatabase) først forventes klar primo 2009. Udvidelsen vil kun træde i kraft på et senere tidspunkt end første halvår af 2009, hvis forhold i forbindelse med udviklingen af den nye patientsikkerhedsdatabase skulle gøre dette nødvendigt.

Med hensyn til rapporteringsadgangen for patienter og pårørende på de områder, som patientsikkerhedsordningen med lovforslaget udvides til, vil der kunne være behov for, at der i den primære sundhedssektor kan opnås erfaring med rapporteringssystemet på

basis af sundhedspersoners rapporteringer, inden patienter og pårørende også får adgang til at rapportere. Bestemmelsen giver derfor mulighed for, at ministeren for sundhed og forebyggelse med virkning for rapportering fra patienter og pårørende af utilsigtede hændelser, der indtræder i forbindelse med anden behandling end behandling på sygehus, kan fastsætte, at rapporteringsadgangen træder i kraft på et senere tidspunkt end den øvrige udvidelse af patientsikkerhedsordningen.

-

#### *Til § 7*

Bestemmelsen fastlægger lovens territoriale anvendelsesområde og indebærer, at loven ikke gælder i Grønland og på Færøerne. Det skyldes, at sundhedsanliggender er et hjemmestyreanliggende for begge disse dele af riget.



## Bilag

### Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

#### Gældende formulering

#### Lovforslaget

### § 1

I sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005, som ændret ved § 2 i lov nr. 1395 af 21. december 2005, lov nr. 491 af 7. juni 2006, § 80 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, § 1 i lov nr. 1556 af 20. december 2006, lov nr. 431 af 8. maj 2007 og lov nr. 511 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

#### § 24. ---

*Stk. 3.* Såfremt det strider mod en sundhedspersons etiske opfattelse at udføre en behandling uden anvendelse af blod eller blodprodukter, er vedkommende ikke forpligtet hertil, og patienten skal henvises til en anden sundhedsperson, medmindre der foreligger et tilfælde af påtrængende nødvendig lægehjælp, jf. § 7, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegering.

1. I § 24, stk. 3, ændres ”§ 7, stk. 1, i lov om udøvelse af lægegering” til: ”§ 42 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed”.

2. I § 79, stk. 2, ændres ”Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium” til: ”PTU’s RehabiliteringsCenter”.

#### § 86 ---

*Stk. 1.* En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen.

3. § 86, stk. 1, affattes således:

”§ 86. En person, som henvises til undersøgelse eller behandling på et sygehus, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse, jf. § 75, stk. 1 og 2, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, samt de institutioner, som ministeren for sundhed og forebyggelse har bestemt at frit valg-reglerne skal finde anvendelse på, jf. § 75, stk. 5, uanset undersøgelses- og behandlingstilbud samt kriterier for undersøgelse og behandling i bopælsregionens sygehusvæsen.”

#### § 87 ---

*Stk. 1.* En person, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et

4. § 87, stk. 1, affattes således:

af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

*Stk. 2.* I opgørelsen af tidsfristen efter stk. 1 medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelsesforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

*Stk. 3.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om den behandling, der er omfattet af stk. 1, og kan herunder undtage bestemte behandlingsformer.

*Stk. 4.* Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af pati-

**”§ 87.** En person, som er henvist til undersøgelse eller behandling på et af bopælsregionens sygehuse, kan vælge at blive undersøgt eller behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 5 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelsen eller behandlingen ved egne sygehuse eller samarbejdssygehuse, jf. § 75, stk. 1 og 2, eller ved et af de i § 79, stk. 2 nævnte private specialsygehuse, jf. dog §§ 87 a og 87 b.”

5. I § 87, *stk. 2*, 1. pkt., indsættes efter ”tidsfristen”: ”for behandling”.

6. I § 87 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:

*”Stk. 3.* En person, som har fået tilbudt en dato for undersøgelse eller behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive undersøgt eller behandlet på et aftalesygehus, hvis datoen for undersøgelse eller behandling på dette sygehus bliver ændret af regionsrådet.”

Stk. 3-6 bliver herefter stk. 4-7.

7. § 87, *stk. 3*, der bliver stk. 4, affattes således:

*”Stk. 4.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om afgrænsning af, vilkår for og regionsrådets forpligtelser til at oplyse om den undersøgelse og behandling, der er omfattet af stk. 1 og 3, og kan herunder undtage bestemte undersøgelses- og behandlingsformer.”

8. I § 87, *stk. 4*, der bliver stk. 5, indsættes efter ”aftale om”: ”undersøgelse og”.

enter efter stk. 1. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af indenrigs- og sundhedsministeren.

*Stk. 5.* Der kan ikke henvises patienter efter stk. 1 til sygehuse, klinikker m.v., som ikke ønsker at indgå aftale på de således fastsatte vilkår.

*Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 4.

9. § 87, stk. 5, ophæves.

10. I § 87, *stk. 6*, der bliver *stk. 7*, ændres ”stk. 4” til: ”stk. 5”.

11. Efter § 87 indsættes:

»Kapitel 20 a  
*Udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge*

**§ 87 a.** Personer, som ikke er fyldt 19 år ved henvisning til psykiatrisk undersøgelse eller behandling, kan vælge at blive undersøgt og behandlet efter bestemmelserne i §§ 87 b-87 d.

**§ 87 b.** En person, som er henvist til psykiatrisk undersøgelse, kan vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v., som har indgået aftale med regionsrådene efter § 87 c, stk. 1 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

*Stk. 2.* Viser den psykiatriske undersøgelse, at en person har behov for hurtigt at modtage behandling for at undgå forværring af sin lidelse, kan vedkommende vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden 2 måneder efter undersøgelsens afslutning.

*Stk. 3.* Selv om bopælsregionen tilbyder behandling inden 2 måneder, kan en person, der efter stk. 1 er blevet undersøgt på

et aftalesygehus, og som har behov for hurtig behandling, jf. stk. 2, vælge at blive behandlet på det aftalesygehus, hvor personen er blevet undersøgt, hvis aftalesygehuset kan tilbyde behandling i umiddelbar forlængelse af undersøgelsen.

*Stk. 4.* Retten efter stk. 1 og 2 til at vælge at blive undersøgt og behandlet på et aftalesygehus bortfalder, hvis ventetiden til undersøgelse eller behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden hertil på bopælsregionens sygehuse og samarbejdssygehuse.

**§ 87 c.** Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse, klinikker m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om undersøgelse og behandling efter §§ 87 a og 87 b. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse.

*Stk. 2.* Der kan ikke henvises patienter til sygehuse, klinikker m.v., som ikke ønsker at indgå aftale på de således fastsatte vilkår.

**§ 87 d.** Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder efter dette kapitel, herunder om krav til dokumentation m.v. til aftalesygehusene, jf. § 87 c, stk. 1, og om proceduren for henvisning af patienter m.v.«

## Kapitel 23

### *Regionsrådets oplysningspligt ved henvisning til sygehus*

**§ 90.** Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten

- 1) om dato og sted for undersøgelse eller behandling,
- 2) om patienten kan tilbydes behandling inden for 1 måned efter reglerne i § 87,
- 3) om retten til at vælge sygehus efter §§ 86 og 87,
- 4) om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 79, stk. 2, nævnte private

**12.** I overskriften til *kapitel 23* ændres ”Regionsrådets oplysningspligt” til: ”Oplysningspligt”.

**13.** I § 90, *stk. 1, nr. 2*, indsættes efter »§ 87,«: »henholdsvis 2 måneder efter reglerne i §§ 87 a og 87 b,«.

**14.** I § 90, *stk. 1, nr. 3 og 6*, ændres »og 87« til: »- 87 b«.

specialsygehuse m.fl.,

5) om, at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og

6) om, at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter §§ 86 og 87.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om regionsrådenes oplysningspligt.

## 15. Efter § 90 indsættes:

### »Kapitel 23 a

#### *Kontaktpersoner*

**§ 90 a.** Regionsrådet tilbyder en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til behandling på regionens sygehuse, hvis behandlingsforløbet strækker sig over mere end ét døgn.

*Stk. 2.* Regionsrådet skal mundtligt og skriftligt oplyse patienten om kontaktpersonens navn og funktion senest dagen efter behandlingens påbegyndelse.

*Stk. 3.* Kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, jf. dog stk. 4, som medvirker ved behandlingen af patienten.

*Stk. 4.* Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om kontaktpersoners funktioner og regler om, at andre end sundhedspersoner kan udpeges som kontaktpersoner.

*Stk. 5.* Stk. 1-4 og regler fastsat i medfør af stk. 4 finder tilsvarende anvendelse for:

- 1) private sygehuse og institutioner m.fl., som regionsrådet har indgået overenskomst med eller på anden måde benytter, jf. § 75, stk. 2,
- 2) selvejende hospicer, som regionsrådet har indgået overenskomst med, jf. § 75, stk. 4,
- 3) private institutioner, som ministeren for sundhed og forebyggelse har bestemt, at frit valg-reglerne i § 86 helt eller delvis finder anvendelse for, jf. §

75, stk. 5, og

- 4) private specialsygehuse m.fl., jf. § 79, stk. 2.«

**§ 105.** Enhver, der er fyldt 25 år, kan uden tilladelse blive steriliseret

- 16.** I § 105, stk. 1, indsættes efter ”steriliseret”: ”.”

---

**§ 121. ---**

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen tilbyder alle børn og unge i den undervisningspligtige alder to vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge.

- 17.** I § 121, stk. 2, ændres ”en læge” til: ”læge eller sundhedsplejerske”.

- 18.** Efter § 140 indsættes:

»Kapitel 39 a

*Fysioterapi m.v.*

**§ 140 a.** Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvi-  
sning.

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen kan herudover tilbyde behandling hos fysioterapeut efter lægehenvi-  
sning ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner.

*Stk. 3.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1 og 2 og om patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

**§ 140 b.** Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen tilbyder anden behandling end nævnt i § 140 a.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om behandling efter stk. 1.«

**§ 141 a.** Kommunalbestyrelsen træffer afgørelse om, hvorvidt kommunen vil tilbyde kon-

- 19.** I § 141 a indsættes efter ”Kommunalbestyrelsen træffer”: ”i et møde”.

trakter om behandling for alkoholmisbrug med mulighed for tilbageholdelse efter §§ 141 b-141 f.

**§ 142.** Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere.

*Stk. 2. ---*

**§ 145.** I særlige tilfælde kan Lægemedelstyrelsen bestemme, at der ydes tilskud til køb af et lægemiddel, der ordineres til en bestemt patient (enkelttilskud), uanset at lægemidlet ikke er meddelt generelt tilskud efter § 144.

**§ 148.** Lægemedelstyrelsen bevilger 100 pct. tilskud til lægeordnede lægemidler til personer, der er døende, når en læge har fastslået, at prognosen er kort levetid, og at hospitalsbehandling med henblik på helbredelse må anses for udsigtsløs. Tilskuddet ydes til den af Lægemedelstyrelsen i henhold til lægemiddellovens § 22 udmeldte forbrugerpris for lægemidlet, uanset om denne pris overstiger tilskudsprisen efter § 150 (terminaltilskud).

**§ 150.** Ved beregning af tilskud anvendes lægemidlets tilskudspris. Tilskudsprisen udgør den af Lægemedelstyrelsen i henhold til lægemiddellovens § 22 udmeldte forbrugerpris for lægemidlet, jf. dog stk. 3.

*Stk. 2. ---*

**§ 151.** Lægemedelstyrelsen kan i ganske særlige tilfælde bestemme, at tilskuddet til et lægemiddel, der ordineres til en bestemt person, skal beregnes på grundlag af den af Lægemedelstyrelsen i henhold til lægemiddellovens § 22 udmeldte forbrugerpris, selv om denne overstiger tilskudsprisen efter § 150 (forhøjet tilskud). Lægemedelstyrelsens afgørelse træffes senest 14 dage efter, at ansøgning om forhøjet tilskud er modtaget fra den behandlende læge.

**20.** I § 142, stk. 1, ændres ”euforiserende stoffer” til: ”afhængighedsskabende lægemidler”.

**21.** I § 145 indsættes efter ”der ordineres”: ”på recept”.

**22.** I § 148, 2. pkt., § 150, stk. 1, 2. pkt., og § 151, 1. pkt. ændres ”§ 22” til: ”§ 81”.

**23.** I § 151 indsættes som 3. pkt.:

”I særlige tilfælde kan Lægemedelstyrelsen forlænge perioden efter stk. 1 til 60 dage med henblik på at forelægge sagen for Medicintilskudsnævnet, jf. § 155, stk. 1, inden der træffes afgørelse.”

**24.** I § 157, stk. 9, nr. 4, ændres ”, Sundheds-

## § 157. ---

**Stk. 9.** Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om driften m.v. af registeret og fastsætter herunder nærmere regler om,

- 1) hvilke oplysninger der må registreres i registeret,
- 2) pligt til sletning og ændring af registrerede oplysninger,
- 3) den registreredes direkte elektroniske adgang til de oplysninger, der er registreret om vedkommende i den personlige elektroniske medicinprofil, og til den maskinelle registrering (logning) af alle anvendelser af de registrerede oplysninger,
- 4) lægers, den kommunale hjemmesygeplejes, tandlægers, apotekeres, apotekspersonales, Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens adgang til elektronisk opslag og inddatering i registeret i medfør af stk. 2-7 og
- 5) de i stk. 2-5 nævnte personers adgang og pligt til elektronisk at indberette oplysninger til registeret og til at korrigere urigtige oplysninger.

styrelsens og Lægemiddelstyrelsens" til: "og Sundhedsstyrelsens" og "stk. 2-7 og" ændres til "stk. 2-6,"

**25.** I § 157, stk. 9, indsættes efter nr. 4 som nyt nummer:

- "5) Lægemiddelstyrelsens adgang til elektronisk opslag i, inddatering af og videregivelse af oplysninger fra registret til apotekersystemer, kommunernes elektroniske omsorgsjournal-systemer og elektroniske patientjournal-systemer på sygehuse og i lægepraksis, og".

Nr. 5 bliver herefter til nr. 6.

**26.** I § 157, stk. 9, nr. 5, der bliver nr. 6, indsættes efter "urigtige oplysninger": ", herunder formkrav til sådanne indberetninger og korrektioner".

## § 171 ---

**Stk. 2.** Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling, herunder i hvilket omfang ret hertil tilkommer personer, der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86 og 87.

**27.** I § 171, stk. 2, ændres "§§ 86 og 87" til: "§§ 86, 87 og 87 b"



**§ 198.** Regionsrådene modtager, registrerer og analyserer rapporteringer om utilsigtede hændelser, jf. stk. 2, til brug for forbedring af patientsikkerheden og -behandlingen samt for rapportering af oplysninger til Sundhedsstyrelsen, jf. § 199.

*Stk. 2.* En sundhedsperson, som bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse i forbindelse med en patients behandling eller ophold på sygehus, skal rapportere denne hændelse i henhold til stk. 1.

*Stk. 3.* Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.

**§ 199.** Sundhedsstyrelsen modtager rapporteringer fra regionsrådene om utilsigtede hændelser og opretter et nationalt register herfor. Sundhedsstyrelsen vejleder sundhedsvæsenet om patientsikkerhed på baggrund af de modtagne oplysninger.

*Stk. 2.* Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om, hvilke utilsigtede hændelser der

**28.** § 198 affattes således:

”Regionsrådet og kommunalbestyrelsen modtager, registrerer og analyserer rapporteringer om utilsigtede hændelser, jf. stk. 2-4, til brug for forbedring af patientsikkerheden og rapportering af oplysninger til Sundhedsstyrelsen, jf. § 199.

*Stk. 2.* En sundhedsperson, der som led i sin faglige virksomhed bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse, skal rapportere hændelsen til regionen, dog til kommunen hvis hændelsen er forekommet i den kommunale sundhedssektor, jf. afsnit IX. 1. pkt. gælder tilsvarende for apotekere og apotekspersonale.

*Stk. 3.* En patient eller dennes pårørende kan rapportere en utilsigtet hændelse til regionen, dog til kommunen, hvis hændelsen er forekommet i den kommunale sundhedssektor, jf. afsnit IX.

*Stk. 4.* Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med en behandling m.v. i henhold til afsnit IV-IX eller i forbindelse med forsyning af lægemidler, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.”

**29.** I § 199, *stk. 1, 2 og 4*, erstattes ”regionsrådene” af: ”regionsrådet og kommunalbestyrelsen”.

**30.** I § 199, *stk. 2*, ændres ”sundhedspersoner” til: ”personer omfattet af § 198, stk. 2,”.

**31.** I § 199, *stk. 2*, indsættes efter ”regionsrå-

skal rapporteres af regionsrådene til Sundhedsstyrelsen, hvornår og i hvilken form rapporteringen skal ske, og hvad den skal indeholde. Sundhedsstyrelsen fastsætter endvidere nærmere regler om, i hvilke tilfælde sundhedspersoner skal rapportere om utilsigtede hændelser til regionsrådet, hvornår og i hvilken form rapporteringen skal ske, og hvad den skal indeholde.

*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsen kan fra regionsrådene indhente supplerende oplysninger om indrapporterede hændelser til brug for styrelsens vejledningsarbejde, jf. stk. 1.

*Stk. 4.* Rapportering om utilsigtede hændelser fra regionsrådene til Sundhedsstyrelsen efter stk. 1 og 3 skal ske i anonymiseret form vedrørende såvel patienten som sundhedspersonen.

*Stk. 5.* Sundhedsstyrelsen afgiver en årlig beretning om sin virksomhed i henhold til dette kapitel.

**§ 200.** Rapporteringer om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, kan uden samtykke fra patienten eller de involverede sundhedspersoner udveksles inden for den personkreds, der i regionen varetager opgaver i henhold til § 198, stk. 1, samt videregives til kliniske databaser og andre registre, hvori der sker registrering af helbredsoplysninger med henblik på dokumentation og kvalitetsudvikling på patientsikkerhedsområdet.

*Stk. 2.* Regionsrådene må ikke videregive oplysninger om den indrapporterende sundhedspersons identitet til andre end de personer, der varetager opgaver i henhold til § 198, stk. 1.

det”: ”henholdsvis kommunalbestyrelsen”.

**32.** I § 199, stk. 2, indsættes som 3. pkt.:

”Sundhedsstyrelsen kan desuden fastsætte nærmere regler om, i hvilken form en rapportering efter § 198, stk. 3, skal ske.”

**33.** § 199, stk. 3, affattes således:

§ 199, stk. 3, affattes således:

”Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om, hvilke oplysninger om rapporterede hændelser og om handlingsplaner og faglige udmeldinger m.v., som regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal indsende til brug for styrelsens vejledningsarbejde, jf. stk. 1.”

**34.** I § 199, stk. 4, ændres ”sundhedspersonen” til: ”den rapporterende person”.

**35.** I § 200, stk. 1, ændres ”patienten eller de involverede sundhedspersoner” til: ”de pågældende personer”.

**36.** I § 200, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

”1. pkt. finder tilsvarende anvendelse for udveksling af rapporteringer inden for den personkreds, der varetager opgaver i kommunen i henhold til § 198, stk. 1.”

**37.** I § 200 ophæves stk. 2, og i stedet indsættes:

”Stk. 2. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen kan i det omfang, det er nødvendigt for varetagelsen af opgaver efter § 198, stk. 1, videregive rapporteringer om utilsigtede hændelser, der kan henføres til bestemte personer, uden samtykke fra de pågældende personer, jf. dog stk. 3.

*Stk. 3.* Oplysninger om identiteten af en person, der har rapporteret i henhold til § 198, stk. 2, må ikke videregives ud over

**§ 201.** En sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene.

**§ 202.** Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for inddragelse af den primære sundhedssektor, herunder privatpraktiserende sundhedspersoner, under §§ 198-201's område. Ministeren kan fastsætte afvigelser fra §§ 198-201, som særlige forhold i den primære sundhedssektor måtte begrunde.

*Stk. 2. ---*

**§ 219.** Sundhedsstyrelsen gennemfører én gang årligt et uanmeldt tilsynsbesøg vedrørende de sundhedsmæssige forhold på plejehjem m.v. omfattet af lov om social service, i plejeboligbebyggelser omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap og andre tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

*Stk. 2.* Efter hvert tilsynsbesøg udarbejder Sundhedsstyrelsen en tilsynsrapport om de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet m.v. til brug for plejehjemmets og kommunens opfølgning på konstaterede fejl og mangler ved de sundhedsmæssige forhold. Tilsynsrapporten sendes endvidere til bruger- og pårørenderådet, jf. lov om social service, og til det kommunale ældreråd, jf. lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsen skal påse, at plejehjemmet eller kommunen følger op på eventuelle kritisable sundhedsmæssige forhold, der måtte være konstateret ved det sundhedsmæssige tilsynsbesøg.

*Stk. 4.* Embedslægeinstitutionen udarbejder

de i stk. 1 nævnte tilfælde.”

**38.** I § 201 ændres ”sundhedsperson” til: ”person omfattet af § 198, stk. 2”.

**39.** I § 201 ændres ”ansættelsesmyndigheden” til: ”arbejdsgiveren”.

**40.** I § 202 ophæves stk. 1.

Stk. 2-4 bliver herefter stk. 1-3.

**41.** I § 219, stk. 1, 1. pkt., indsættes efter ”én gang årligt”: ”, jf. dog stk. 2,”.

**42.** I § 219 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

”*Stk. 2.* Hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl eller mangler ved de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmet m.v., eller hvis der alene konstateres få fejl eller mangler, som efter Sundhedsstyrelsens skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser, kan styrelsen beslutte, at tilsynsbesøg ikke gennemføres på vedkommende plejehjem det følgende år. Beslutning herom indføres i tilsynsrapporten, jf. stk. 3. Kommunalbestyrelsen underretter Sundhedsstyrelsen om væsentlige ledelsesmæssige og organisatoriske ændringer som efterfølgende måtte blive gennemført på vedkommende plejehjem.”

Stk. 2-6 bliver herefter stk. 3-7.

**43.** I § 219, stk. 4, der bliver stk. 5, ændres ”stk. 3” til: ”stk. 4”.

**44.** I § 219, stk. 5, der bliver stk. 6, ændres

årligt for den enkelte kommunes plejehjem m.v. et sammendrag af årets tilsynsrapporter og et sammendrag af den kommunale opfølgning efter stk. 3 til brug for den enkelte kommune.

*Stk. 5.* Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere indholdet af de sundhedsadministrative, sundhedsfaglige og sundhedsrelaterede opgaver, der indgår i tilsynet med de sundhedsmæssige forhold, og de nærmere regler for tilsynsbesøg og afrapportering herom efter stk. 1-4.

*Stk. 6.* Reglerne i § 220, stk. 4 og 5, om udstedelse af påbud og forbud over for institutioner m.v. finder tilsvarende anvendelse på tilsyn, der udføres efter stk. 1-3.

## Kapitel 68

### *Det nationale råd for folkesundhed*

**§ 223.** Ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt sagkyndigt råd for folkesundhed. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til opgave at bidrage til debat og at rådgive ministeren for sundhed og forebyggelse om folkesundhedsområdet.

*Stk. 2.* Det nationale råd for folkesundhed afgiver hvert andet år en beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse.

*Stk. 3.* Det nationale råd for folkesundhed består af 11 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 3 år ad gangen på baggrund af deres sagkundskab inden for folkesundhedsområdet. Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger rådets formand blandt rådets medlemmer.

*Stk. 4.* Rådet kan indkalde andre relevante personer på ad hoc-basis.

*Stk. 5.* Rådet fastsætter selv sin forretningsorden.

”stk. 1-4” til: ”stk. 1 og stk. 3-5”.

45. I § 219, stk. 6, der bliver stk. 7, ændres ”stk. 1-3” til: ”stk. 1 og stk. 3 og 4”.

46. I overskriften til *kapitel 68* ændres ”*Det nationale råd for folkesundhed*” til: ”*Det nationale forebyggelsesråd*”.

47. § 223, stk. 1, affattes således:

”Ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et uafhængigt, sagkyndigt forebyggelsesråd. Rådet har til formål at bidrage til at forbedre sundheden i hele befolkningen. Rådet har til opgave at bidrage til debat og til at inspirere de myndigheder og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver”.

48. § 223, *stk. 2*, affattes således:

”Det nationale forebyggelsesråd afgiver hvert tredje år en beretning om rådets arbejde til Folketinget og ministeren for sundhed og forebyggelse.”

49. § 223, *stk. 3*, affattes således:

”Rådet består af 13 medlemmer, som beskikkes af ministeren for sundhed og forebyggelse for 4 år ad gangen på baggrund af deres sagkundskab inden for forebyggelse og folkesundhed, dog således, at der hvert andet år udpeges henholdsvis 6 og 7 medlemmer. Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger rådets formand blandt rådets medlemmer.”

**§ 224.** Regionsrådet træffer afgørelser vedrørende ydelser efter §§ 59, 60, 64-71, 159, 167 og 175. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte nærmere regler om, at kommunalbestyrelsen udbetaler kontantydelse, som efter ovennævnte bestemmelser tilkommer de i § 58 nævnte personer, på regionernes vegne.

**50.** I § 224 indsættes efter 1. pkt.:  
»Kommunalbestyrelsen træffer afgørelser om ydelser efter §§ 140 a og 140 b.«

**§ 227.** Det i henhold til § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for de i §§ 50, 58-60, 64-69, 71, 72, 159 og 175 nævnte ydelser.

**51.** I § 227, *stk. 1*, ændres », 72,« til: »og 72, § 140 a, stk. 1, og §§ 140 b,«.

*Stk. 2.* Ministeren for sundhed og forebyggelse skal inden fastsættelse af nærmere regler efter §§ 8-12, 72 og 167, indhente en udtalelse fra det i § 37 i lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab nedsatte nævn.

**52.** I § 227, *stk. 2*, ændres », 72« til: »og 72, § 140 a, stk. 3, jf. stk. 1, og §§ 140 b.«.

*Stk. 3.* ---

*Stk. 5.* En region må ikke undlade at give en sundhedsperson tilladelse til at tilslutte sig overenskomster indgået i medfør af stk. 1 eller fratage en sundhedsperson en sådan tilladelse, fordi personen ikke er medlem af en forening eller en bestemt forening.

**53.** I § 227, stk. 5 og 6, indsættes efter »region«: »eller en kommune«.

*Stk. 6.* En region må ikke undlade at give en sundhedsperson tilladelse til at tilslutte sig overenskomster indgået i medfør af stk. 1 eller fratage en sundhedsperson en sådan tilladelse, fordi personen er medlem af en forening eller en bestemt forening.

**54.** I § 227, *stk. 7, 1. pkt.*, indsættes efter »klagesystemet, på«: »kommunalt,«.

*Stk. 7.* I overenskomster indgået i medfør af stk. 1 kan aftales, at sundhedspersoner, som tilslutter sig en sådan overenskomst uden at være medlem af den forening, som er part i overenskomsten, skal betale et gebyr til dækning af en forholdsmæssig andel af omkostningerne ved levering af de ydelser, som bliver stillet til rådighed for de pågældende, og

som parterne er enige om er nødvendige for drift af praksis og for administration og udvikling af overenskomstens regler, herunder samarbejds- og klagesystemet, på regionalt og centralt niveau. Parterne kan aftale både et engangsgebyr, som forfalder i forbindelse med sundhedspersonens tilslutning til overenskomsten, og et periodevist gebyr, som forfalder løbende.

*Stk. 8.---*

**§ 228. ---**

*Stk. 2.* I tilskud, som regionsrådet udbetaler til sundhedspersoner i henhold til stk. 1, kan der foretages indeholdelse med henblik på inddrivelse af offentlige fordringer efter reglerne om inddrivelse af personlige skatter i kildeskatteloven. Tilsvarende kan der foretages indeholdelse i tilskud til lægemidler, som regionsrådet i henhold til aftale mellem det offentlige og apotekernes organisation udbetaler direkte til apotekerne.

**§ 229.** Foreligger der ingen overenskomst vedrørende vilkårene for ydelser efter § 227, fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse nærmere regler om vilkårene for regionernes tilskud, herunder honorarer, tilskud, udbetaling af tilskud, regler om henvisning til behandling og antal ydere, samt kørselsgodtgørelse til læger, der tilkaldes til de i § 59 omhandlede personer.

**§ 262.** Opholdsregionen afholder udgifter til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling efter reglerne i §§ 79-83 og 86 og § 87, stk. 1, og § 89, når betingelserne herfor er opfyldt, jf. § 171. Dog afholdes udgiften til befordring fra et sygehus uden for bopælsregionen til fortsat indlæggelse på et

**55.** I § 228 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. Regionsrådet kan efter aftale med kommunalbestyrelsen varetage afregningen af den del af betalingen for en ydelse til praktiserende fysioterapeuter, som det ikke påhviler den sikrede at betale.«

Stk. 2 bliver herefter stk. 3.

**56.** I § 229 indsættes efter »regionernes«: »og kommunernes«.

**57.** Efter § 251 indsættes:

»Fysioterapiydelser m.v.

**§ 251 a.** Bopælskommunen afholder udgifter til fysioterapiydelser m.v. efter §§ 140 a og 140 b.«

**58.** I § 262, *stk. 1*, indsættes ”§ 87, stk. 1”: ”og 2, § 87 b, stk. 1,”

sygehus i bopælsregionen af sidstnævnte region.

---

## § 2

I lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som ændret ved § 95 i lov nr. 451 af 22. maj 2005, § 77 i lov nr. 538 af 8. juni 2006, § 2 i lov nr. 1556 af 20. december 2006, lov nr. 432 af 8. maj 2007 og § 24 i lov nr. 523 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

**§ 6.** Klager over kommunalbestyrelses afgørelser kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, når de vedrører

- 1) udstedelse af bevis efter § 12 i sundhedsloven,
- 2) indplacering i sikringsgruppe 1 og 2 og overførsel til gruppe 1-sikring efter § 58 i sundhedsloven,
- 3) anmeldelse om lægevalg efter § 59 i sundhedsloven,
- 4) begravelseshjælp efter § 160 i sundhedsloven,
- 5) tilskud til ydelser i et andet EU/EØS-land efter § 168 i sundhedsloven,
- 6) befordringsgodtgørelse efter §§ 170 og 172 i sundhedsloven og
- 7) udbetaling af kontanttilskud efter § 228 i sundhedsloven.

1. I § 6 indsættes efter nr. 3 som nyt nummer:

»4) fysioterapi m.v. efter §§ 140 a og 140 b i sundhedsloven,«.

Nr. 4-7 bliver herefter nr. 5-8.

## § 3

I lov nr. 537 af 24. juni 2005 om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, som ændret ved § 11 i lov nr. 382 af 3. maj 2006, § 40 i lov nr. 499 af 7. juni 2006 og § 2 i lov nr. 510 af 6. juni 2007, foretages følgende ændringer:

**§ 37.** Bestemmelser om løn- og øvrige ansættelsesforhold for personale i regional tjeneste aftales eller fastsættes af det i henhold til

1. I § 37, stk. 4, indsættes efter »jf. dog stk. 5«: »og 6«.

stk. 2 oprettede nævn. Finansministeren kan efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren bestemme, at også løn- og øvrige ansættelsesforhold for personale ved selvejende institutioner, med hvilke regioner indgår overenskomst med henblik på opfyldelsen af dem i lovgivningen pålagte forpligtelser, skal aftales eller fastsættes af nævnet. Nævnet kan beslutte, at antallet af stillinger i nærmere angivne personalegrupper, der i øvrigt er omfattet af nævnets kompetence, skal forelægges nævnet til godkendelse. Nævnet har endvidere de beføjelser om indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkår for sundhedsydelser samt om afgivelse af udtalelser, som følger af § 228 i sundhedsloven.

*Stk. 2.* Regionernes Lønnings- og Takstnævn består af 9 medlemmer og stedfortrædere for disse, der beskikkes af finansministeren. Beskikkelsen sker således:

- 1) 5 af nævnets medlemmer og stedfortrædere for disse beskikkes efter indstilling af regionsrådene, idet hvert regionsråd indstiller 1 medlem og en stedfortræder for denne,
- 2) 2 medlemmer og stedfortrædere for disse beskikkes efter indstilling af KL (Kommunernes Landsforening),
- 3) 1 medlem og en stedfortræder for denne beskikkes efter indstilling af indenrigs- og sundhedsministeren, og
- 4) 1 medlem og en stedfortræder for denne udpeges af finansministeren.

*Stk. 3.* Nævnet vælger en formand blandt de 5 medlemmer, der er beskikket efter indstilling af regionsrådene.

*Stk. 4.* Nævnets beslutninger træffes ved stemmeflertal, jf. dog stk. 5.

*Stk. 5.* De medlemmer af nævnet, der er udpeget af finansministeren henholdsvis beskikket efter indstilling af indenrigs- og sundhedsministeren, kan modsætte sig nævnets beslutninger efter stk. 1.

*Stk. 6.* Udgifterne ved nævnets virksomhed afholdes ligeligt af regionerne.

*Stk. 7.* Finansministeren fastsætter efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om nævnets virksomhed.

2. I § 37 indsættes efter stk. 5 som nyt stykke:

»*Stk. 6.* De medlemmer af nævnet, der er beskikket efter indstilling fra KL (Kommunernes Landsforening), har hver 3 stemmer, når nævnet træffer beslutninger vedrørende indgåelse af overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.v. om vilkår for de ydelser, som kommunalbestyrelsen tilbyder i medfør af sundhedslovens § 140 a, stk. 1, og bestemmelser fastsat i medfør af sundhedslovens § 140 b.«

Stk. 6 og 7 bliver herefter stk. 7 og 8.

3. I § 37, *stk. 7*, der bliver *stk. 8*, indsættes efter »regler for nævnets virksomhed«: », og kan herunder fravige *stk. 7*«.



## § 4

I lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed foretages følgende ændringer:

*Fraskrivelse, fratagelse og generhvervelse af autorisation samt virksomhedsindskrænkning og ophør heraf*

*Fraskrivelse og generhvervelse af autorisation*

## § 5. ---

*Stk. 2.* Sundhedsstyrelsens afgørelse om generhvervelse kan påklages til indenrigs- og sundhedsministeren. Afslår ministeren klagen, kan klageren forlange afgørelsen indbragt for domstolene, såfremt der er forløbet mindst 1 år efter, at den pågældende har fraskrevet sig autorisationen, eller efter, at generhvervelse senest er nægtet ved dom. Ministerens afgørelse skal indeholde oplysning om adgangen til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.

*Stk. 3.* Begæring efter stk. 2 om domstolsprøvelse skal fremsættes over for indenrigs- og sundhedsministeren inden 3 uger efter, at ministerens afgørelse er meddelt den pågældende. Ministeren anlægger sag mod den pågældende i den borgerlige retsplejes former.

1. I overskriften til § 5 indsættes efter "autorisation": "m.v."

2. I § 5 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

*"Stk. 2.* En autoriseret sundhedsperson kan meddele til Sundhedsstyrelsen, at vedkommende vil indskrænke sit virksomhedsområde for en periode eller indtil videre. Virksomhedsindskrænkningen ophører, når perioden for indskrænkningen er udløbet. Virksomhedsindskrænkningen kan i øvrigt inden for en fastsat tidsfrist ophæves helt eller delvis efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen, hvis de omstændigheder, der begrundede indskrænkningen, ikke længere er til stede."

Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.

3. § 5, stk. 2, der bliver stk. 3, affattes således:

*"Stk. 3.* Sundhedsstyrelsens afgørelse om generhvervelse og om ophævelse af virksomhedsindskrænkning kan påklages til ministeren for sundhed og forebyggelse. Afslår ministeren klagen, kan klageren forlange afgørelsen indbragt for domstolene, hvis der er forløbet mindst 1 år efter, at den pågældende har fraskrevet sig autorisationen henholdsvis indskrænket sit virksomhedsområde, eller efter, at generhvervelse henholdsvis [eller] ophævelse af virksomhedsindskrænkningen, senest er nægtet ved dom. Ministerens afgørelse skal indeholde op-

lysning om adgangen til at begære domstolsprøvelse og om fristen herfor.”

4. I § 5, stk. 3, 1. pkt., der bliver stk. 4, 1. pkt. ændres ”stk. 2” til: ”stk. 3”.

5. § 41, stk. 1, 1. pkt., affattes således:

”Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 2.”

**§ 41.** Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger. Dog kan enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed foretages af andre læger.

*Stk. 2.* ---

**§ 13.** Ministeren for familie- og forbrugeranliggender nedsætter Motions- og Ernæringsrådet, der skal være rådgivende i faglige spørgsmål om ernæring og motion.

*Stk. 2.* Ministeren kan fastsætte nærmere regler om rådets sammensætning og virksomhed. Ministeren fastsætter rådets forretningsorden.

## § 5

I lov nr. 526 af 24. juni 2006 om fødevarer, som ændret ved § 6 i lov nr. 1430 af 21. december 2005 og § 1 i lov nr. 1549 af 20. december 2006, foretages følgende ændringer:

1. § 13 ophæves.

## § 6

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2009, jf. dog stk. 2-4.

*Stk. 2.* § 1, nr. 24-26, om Medicinprofilen, træder i kraft den 1. juli 2008.

*Stk. 3.* § 1, nr. 11, jf. lovforslagets § 87 b, stk. 1, om udvidet ret til undersøgelse for psykisk syge børn og unge, § 1, nr. 17, om ind- og udskolingsundersøgelse, § 1, nr. 18, om vederlagsfri fysioterapi, § 1, nr. 21-23, om medicintilskud og § 1,

nr. 46-49 om Det nationale forebyggelsesråd træder i kraft den 1. august 2008.

*Stk. 4.* Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af bestemmelserne i § 1, nr. 28-40 om patientsikkerhed.

## § 7

*Stk. 1.* Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.