

15. juli 2022

Til Sundhedsministeren/Sundhedsministeriet

Vedr.: Høring over udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop).

Tak for inddragelsen i denne høring.

Fra Dansk Psykiatrisk Selskabs side har vi følgende kommentarer. Forslaget er rettet mod personer over 60 år, og det beskrives at nogle kan være "træt af dage". Psykiatriske patienter nævnes ikke. Der er en del psykiatriske patienter der præsenterer sig med et lignende billede. Men vi læser ikke loven som værende rettet mod den gruppe. En bekymring er det tilfælde hvor fx en deprimeret patient, der ikke er inhabil, fravælger genoplivning og efterfølgende har et selvmordsforsøg. I dette tilfælde vil det ikke være tilladt at genoplive efter hjertestop som følge af selvmordsforsøget. Som vi læser det tages der ikke stilling til dette eller lignende tilfælde i lovforslaget.

Mvh.

Pva/Bestyrelsen i Dansk Psykiatrisk Selskab

Christian Legind

Læge, ph.d.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Forperson: Merete Nordentoft, e-mail: forperson@dpsnet.dk
Sekretær: Lene Tilgreen Nielsen, ltn@dadl.dk

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

21. juni 2023

Høring vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven

Tak for muligheden for at kommentere på udkastet til lov om ændring af sundhedsloven (mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop).

Dansk Råd for Genoplivning har ikke nogen bemærkninger til udkastet udover en generel kommentar til den politiske aftale om, at der ikke er sundhedsfaglige argumenter, som underbygger aldersgrænsen på 60 år. Vi vil foreslå, at hvis der er et politisk ønske om en ret til fravalg af genoplivning, at denne så bør gælde alle over 18 år.

Herudover er det positivt, at der i det nye udkast fremhæves, at fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop alene vil være gældende for sundhedspersoner og ikke for almindelige borgere som eksempelvis hjerteløbere. Vi vil dog fortsat gerne fremhæve, at der i implementeringen af og formidling af loven bør fokuseres på ikke at skabe tvivl for almindelige borgere, om at de fortsat skal træde til, hvis de er vidne til et hjertestop.

Dansk Råd for Genoplivning stiller sig gerne til rådighed i det videre arbejde.

Med venlig hilsen

Christian Hassager
Overlæge, professor og bestyrelsesmedlem, Dansk Råd for Genoplivning

&

Stine Strandkjær
Sekretariatschef, Dansk Råd for Genoplivning

18. august 2022

Til Sundhedsministeriet

Høringsvar vedrørende lovforslag om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) er noget overrasket over at vi ikke er selvstændig høringspart vedr. lovforslag om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop. Stillingtagen til genoplivning ved hjertestop har overordentlig stor relevans for akutmedicinerne i akutmodtagelserne i det daglige kliniske arbejde, hvorfor vi svarer som medlem af LVS. Vi anmoder om fremover af blive direkte høringspart indenfor anliggender på akutområdet.

DASEM anerkender behovet for og retten til - som beskrevet i den politiske aftale "Det gode ældreliv" - at habile aldersvækkede borgere skal have mulighed for at fravælge genoplivning ved hjertestop. Alt for mange genoplivningsforsøg igangsættes på et etisk tvivlsomt grundlag, der desværre ofte fører til uopsættelig skade for patienten. Men hjertestop kan finde sted i flere forskellige sammenhænge, og kan ved tilstedeværelse af kompetent sundhedspersonale indimellem korrigeres ganske hurtigt, uden at patienten nødvendigvis får mén eller forringet livskvalitet heraf.

En del relevante kommentarer fra de inviterede interessenters perspektiv er allerede omtalt i DEFACTUMS foranalyse juni 2021. DASEM har yderligere følgende kommentarer til lovforslaget:

Gælder fravalg af genoplivning alle situationer med klinisk hjertestop?

Udfordringen med hjertestop, er at man i situationen ikke kan have en samtale med patienten om eventuelle bedste behandlingstilbud. Normalt ved hjertestop situationer, vurderes mange faktorer, såsom tid med hjertestop, tidspunkt for opstart af hjerte-lunge redning, tid til eventuelle første stød med hjertestarter, patientens tidligere sygdomshistorik, funktionsniveau og meget andet. Fravalget af genoplivning uden disse vurderinger, kan betyde at aldersvækkede, men dog raske patienter, ikke bliver behandlet for en fuldt reversibel tilstand, med store chancer for et godt outcome uden mén.

Eksempler på klinisk hjertestop der kan håndteres med simple indgreb med god prognose kan være:

- Overtryk i lungehulen ved sammenklappet lunge hos traumepatienten. Her er årsagen genoprettelig ved et simpelt indgreb (aflastning af overtrykket) og prognosen god hvis behandlet rettidigt.
- Rask 60-årig med lungebetændelse, der får intravenøs penicillinbehandling og udvikler allergisk shock. Tilstanden vil dog kunne genoprettes uden følgevirkning med hurtig indgift af adrenalin.
- Den nedkølede patient, hvor grænsen mellem hjertestop og svagt kredsløb med bevidstløshed kan være svær at bedømme klinisk, men hvor prognosen er god ved genopvarmning.
- En patient under overvågning af sundhedspersonale får pludselig hjerteflimmer i nærheden af en hjertestarter, der ved et enkelt stød kan genoprette hjertets funktion indenfor få minutter, uden eftervirkninger og uden tab af livskvalitet

Hvor går grænsen for fravalg af genoplivning ved hjertestop, hvor sigtet er at forhindre uetiske genoplivningsforsøg der i værste fald efterlader patienten i en tilstand af forringet livskvalitet, og til hjertestop, der ved hurtig indgriben kan behandles uden eftervirkninger og god prognose?

Lægger lovforslaget op til at der fravælges alle typer af hjertestop? Og hvis der er undtagelser - hvordan skelner sundhedspersonalet? Kan man differentiere sit genoplivningsønske i den centrale database?

Er borgerens fravalg af genoplivning ud fra et tilstrækkeligt oplyst grundlag, og fravælger borgeren aktivt tilstande med hjertestop, hvor genoplivning kræver simple indgreb og har god prognose uden forringelse af livskvalitet?

DASEM anerkender at det i en given situation med hjertestop kan være endog meget svært at differentiere, hvornår genoplivning hos den alderssvækkede bidrager til det gode ældre liv, og hvornår det ikke gør. Men for DASEM er det afgørende at den alderssvækkede borger der fravælger genoplivning ved hjertestop, gør det ud fra et oplyst grundlag.

Som DASEM læser lovforslaget, skal borgeren selv have mulighed for at tilgå valg eller fravalg, uden yderligere lægefaglig rådgivning om konsekvenserne. Noget som ellers er helt essentielt i behandlingsforløb, og vurdering af eventuelle risici, i alle andre henseender.

Psykiatrien:

Det er en meget væsentlig mangel, at man ikke med lovforslaget har forholdt sig til, hvordan midlertidig inhabilitet (pga. sindssygdom eller ligestillede tilstande) håndteres. Herunder hvordan det sikres, at borgeren er habil i forbindelse med tilkendegivelse og registrering af ønske om fravalg af genoplivningsforsøg. Som eksempel kan overvejes en situation hvor en patient med bipolar lidelse i enten en manisk eller depressiv fase lader registrere et ønske om fravalg – kan man sige, at patienten er fuldt habil på dette tidspunkt? Og hvem undersøger/sikrer habilitet på tidspunktet for registrering?

I et sådant tilfælde vil den foreslåede betænkingsperiode, 7 dages fristen, ikke nødvendigvis gøre en forskel.

Integrering mellem det centrale register og Sundheds IT

Et vigtigt forhold der ikke synes nærmere belyst er hvorledes man sikrer integration mellem det centrale register og sundheds IT, således at patientens seneste registrering er fuldstændig tidstro opdateret i alle systemer (inkl. tilbagekald af fravalg). Og hvad gør man som sundhedspersonale i situationer med IT-nedbrud?

Konklusivt har DASEM sympati med lovforslagets intentioner om at give den alderssvækkede borger ret til selvbestemmelse hvad angår fravalg af genoplivning ved hjertestop. Men vi finder også at der er et gråzone område der ikke nødvendigvis er indeholdt i borgerens aktive fravalg. Hvordan sikrer man at borgerens fravalg sker på et oplyst grundlag, og skal man kunne give et differentieret fravalg? Kan vi i sundhedsvæsenet sikre at borgerens ønske efterkommes, hvis hjertestoppet ikke konstateres af sundhedsprofessionelle? Hvordan informeres eksempelvis de mange hjerteløbere, der i stigende grad er første kontakt til hjertestop udenfor sygehusene og uden nærvær af det præhospitale beredskab? Der er mange spørgsmål der melder sig ved et aktivt fravalg af behandlingen af en tids sensitiv tilstand, uden sort/hvide årsager og outcome.

Med venlig hilsen

Henrik Ømark, MD, MPM
Formand for Dansk Selskab for Akutmedicin
Speciallæge i akutmedicin & thoraxkirurgi
Ledende overlæge i klinisk akutmedicin
FAM, Odense Universitetshospital
omark@dadlnet.dk
+45 29880610

Dansk Selskab for Akutmedicin (2022)

Kommentarer vedr. udkast til lovforslag om Fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

Dette sendes som supplerende kommentar på vegne af Dansk Selskab for Akutmedicin:

Godt initiativ at åbne op for at fravælge genoplivning set ud fra ret til selvbestemmelse og autonomi, men der er stadig etiske overvejelser at gøre sig i forhold til om gamle kan føles sig presset hertil for ikke at være til byrde for andre. Det må understreges og en formulering som nedenfor bør fjernes:

2.2 S 17, 4. afsnit:

Der er imidlertid borgere, der ikke falder inden for nogle af disse kategorier. Disse borgere har derfor ikke mulighed for på forhånd at frasige sig forsøg på genoplivning ved hjertestop på trods af, at de f.eks. er ældre, måske aldersvækkede og måske har svært ved at klare sig igennem daqligdagen. Dette uanset, at borgerne kan nå til et sted i livet, hvor de er mæt af dage.

Derudover bør det – selvom det står kort nævnt i teksten - understreges at chancen for at overleve et hjertestop og overleve godt er stigende – og samtidigt oplyse om, at oftest lykkes genoplivning faktisk ikke, netop fordi hjertestop oftest sker hos ældre og eller meget syge personer. Der kræver en meget stor informationsopgave for at alle forstår, hvad det er der fravælges. Hjertestop er ikke én sygdom, men en række tilstande, fra hjertestop, hvor hurtig og kortvarig behandling såsom brug af hjertestarter, er tilstrækkeligt til at patienten overlever og overlever med uændret funktion, til ugelange komplicerede sygdomsforløb med dårligt slutresultat. Måske skulle der i stedet være tale om fravalg af FORTSAT behandling/længerevarende avanceret behandling efter første behandling, hjerte-lunge-redning og evt. hjertestarter ikke har haft effekt?

Forslaget vil derudover stille store krav til datasikkerhed og sikker udveksling af data, men selv i fald det lykkes er der væsentlige praktiske vanskeligheder, som ikke synes at være tænkt ind, ikke mindst for det præhospitale personale, men også andre sundhedspersoner:

1)

2.3.1 S21:

”Det bemærkes, at patienten altid kan tilkendegive over for en sundhedsperson, at vedkommende ønsker at tilbagekalde sit fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb. Patientens tilbagekaldelse gælder, så snart tilkendegivelsen er fremsat, og har alene virkning i forbindelse med det aktuelle behandlingsforløb.

En sådan tilbagekaldelse i en aktuel behandlingssituation vil ikke ændre på, at der er registreret et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop i det centrale register.

Såfremt en patient i et aktuelt behandlingsforløb tilkendegiver over for en sundhedsperson, at vedkommende ønsker at tilbagekalde sit fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop, vil den pågældende sundhedsperson skulle informere alle de involverede sundhedspersoner i det aktuelle behandlingsforløb om denne beslutning.”

Hvordan i alverden skal det foregå i praksis? Ældre patienter med mange sygdomme, som hjertestop patienter typisk er, ses af mange forskellige sundhedsfaglige som ikke sundhedsfaglige personer, hvordan skal ÉN sundhedsperson informere alle andre? Hvis det skal være elektronisk skal det 'overrule' den centrale register, hvordan gøres det? En beslutning om at gå i gang med hjerte-lunge-redning skal ske straks, hvis det skal føre til mulig vellykket genoplivning. For hvert minut der går inden hjerte-lunge-redning på begyndes mindskes ikke alene chancen for overlevelse men også chancen for at overleve uden alvorlige følgetilstande. Så der er ikke tid til opslag eller at spørge rundt, hvis en patient uventet på en akutafdeling eller andetsteds pludselig får hjertestop.

2)

2.3.2 S22

"De registrerede oplysninger vil skulle kunne tilgås digitalt af det personale, som skal kende og efterkomme sådanne fravalg, hvorfor der sikres integration til de fagsystemer, som personalet benytter til daglig og organisatorisk implementering, så de registrerede oplysninger gøres tilgængelige og under- støtter sundhedspersonalets arbejdsgange. Dette gælder f.eks. personale på AMK-vagtcentraler, ambulancereddere, sygehuspersonale, sundheds- og plejepersonale i kommuner og praktiserende læger."

Og side 25:

Det er Sundhedsministeriets opfattelse, at den foreslåede bestemmelse om registrering af fravalg af genoplivningsforsøg er nødvendige af hensyn til udførelse af en opgave i samfundets interesse, jf. artikel 6, stk. 1, litra e. Det bemærkes endvidere, at det vil blive fastsat ved bekendtgørelse, hvem der kan få adgang til oplysninger i registeret om beslutninger om fravalg af genoplivningsforsøg. Ud over den pågældende selv, vil det være de personer, som skal efterkomme en beslutning om fravalg af genoplivningsforsøg, der skal have adgang til registeret, herunder AMK-vagtcentraler, ambulancereddere m.fl.

Det er godt at AMK-vagtcentraler er tænkt ind, men hvordan skal de kunne bruge og handle derefter i praksis? Beslutning om at gå i gang med hjerte-lunge-redning skal ske straks, hvis det skal føre til mulig vellykket genoplivning. For hvert minut der går inden hjerte-lunge-redning på begynder mindskes ikke alene chancen for overlevelse men også chancen for at overleve uden alvorlige følgetilstande. Derfor vil den sundhedsfaglige visitator ved 112-opkald om hjertestop hurtigst muligt vejlede i at give hjerte-lunge-redning på stedet og evt. tilkalde førstehjælpere og hjertestarter. Hvordan skal de kunne nå at tjekke noget register uden at udsætte vejlede i hjerte-lunge-redning og evt. forsinke ambulanceafsendelse? Dertil kommer at sikker personidentifikation først kan laves på stedet ved ambulancens ankomst og måske ikke engang der.

I et ikke ubetydeligt antal er hjertestop først opstået eller konstateres først, når ambulancen er fremme, og her må personalet ligeledes gå i gang med det samme og ikke bruge tid på at slå op nogen steder. Ved bestilte og planlagte ambulancekørsler vil det kunne bruges, men her vil der meget blive tale om at patienten har hjertestop i ambulancens varetægt, men får de det, vil det – forudsat et sikkert system - være nyttigt.

Hvis denne lovændring skal fungere efter hensigten for de borgere, der fravælger genoplivning, bør dette lovforslag ledsages af informationskampagner om åbenhed om denne problemstilling, så pårørende og andre, såsom plejehjems-personale kender til borgerens ønske, og undlade at ringe 112 når patienter får hjertestop/og eller dør.

Til slut en mindre kommentar:

2.1.2.2 side 10 2. afsnit: om Journalføring

" Hvis patienten helt eller delvist fravælger tilbudt undersøgelse eller behandling, herunder genoplivningsforsøg, skal dette journalføres. Den givne in- formation om, hvilke eventuelle konsekvenser, fravalget kan medføre, skal journalføres i nødvendigt omfang. Dette kan f.eks. være helbredsmæssige eller økonomiske konsekvenser."

Hvad menes med " økonomiske konsekvenser"

Venlig hilsen

Erika Frischknecht Christensen

Overlæge, professor i præhospital og akutmedicin

Aalborg Universitet og Aalborg Universitetshospital

30. juni 2023

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringsvar vedrørende Lovforslag om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

DSAM takker for muligheden for at kommentere på Lovforslag om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Grundlæggende mener DSAM, at det er et godt og nødvendigt lovforslag. Det er ikke værdigt, at habile ældre ikke har ret til at dø fredeligt af alderdom uden forsøg på genoplivning. Der er også kommet flere forbedringer siden sidste forslag, blandt andet muligheden for at tilgodese de personer, der ikke har mulighed for digital tilgang og i stedet ønsker at benytte en blanket.

Der er siden sidste forslag ændret fra, at personen skal være habil til at personen "er i stand til at varetage sine helbredsforhold". Det er en bred formulering. Hvem vurderer dette og på hvilket tidspunkt? Der kan opstå mange interessante situationer, hvor pårørende er uenige i en registrering, og man måske skal vurdere med 10 års tilbagevirkende kraft, om personen var "i stand til at varetage sine helbredsforhold", da krydset blev sat.

"Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at denne nye rettighed, der er baseret på et objektivt alderskriterium, vil være let for borgeren at forstå, samtidig med at den sikrer lighed for alle ældre borgere. Fravalget vil kun blive aktuelt, hvis borgeren får hjertestop."

Her vil DSAM erklære sig uenige i, at det er let at forstå konsekvenserne af et fravalg af genoplivning ved hjertestop. Men rettigheden er selvfølgelig meget nem at forstå. Fordele og ulemper er langt sværere. Det kunne anbefales, at dette forslag følges op af grundig information om, hvad et fravalg kan have af betydning.

Der er siden sidste forslag tilføjet: *"Stk. 4. Borgerens ønske i medfør af stk. 1 er bindende for sundhedspersonen, medmindre denne har kendskab til, at registreringen er foretaget på et tidspunkt, hvor borgeren utvivlsomt ikke var i stand til at varetage sine helbredsforhold."*

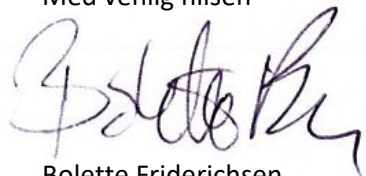
Dette er sådan set fint nok og i tråd med resten af sundhedslovgivningen. Der kan dog opstå situationer, der sætter læger og andre sundhedspersoner i en uheldig situation juridisk set.

Hvis for eksempel en person har registreret sit ønske om ikke at blive genoplivet, bliver indlagt og mundtligt giver udtryk for, at vedkommende gerne vil genoplives. Derefter får personen hjertestop.

Det naturlige ville her være at genoplive, men hvordan forholder lovgivningen sig så til den sundhedsperson, der iværksætter genoplivning på baggrund af et mundtligt ønske, når der står, at vedkommende har pligt til ikke at genoplive, når det står i registeret. Optimalt set kan den tekniske løsning rumme historikken i patientens ønske, og at der kan tilføjes af en sundhedsperson, at patienten har ændret sit ønske, men ikke længere selv kan redigere det.

Vi vil anbefale, at det tilføjes at hvis der er diskrepans mellem register og personens ønske, er det det nyligst opdaterede, der er gældende.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

18. august 2022

Sundhedsministeriet

Høringsvar til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på dette vigtige lovforslag. Grundlæggende mener DSAM, at det er et godt og nødvendigt lovforslag. Det er ikke værdigt, at habile ældre ikke har ret til at dø fredeligt af alderdom uden forsøg på genoplivning, medmindre de befinder sig i en lægefagligt vurderet aktuel "sygdomssituation".

Der er i dag et ønske om øget selvbestemmelsesret og dermed behov for, at den ældre kan foretage et fravalg af genoplivningsforsøg, uden at der er behov for en læges vurdering af sygdomssituationen, habiliteten og skriftlige dokumentation.

Aktuel sygdomssituation

DSAM mener imidlertid, at der fortsat er behov for, at begrebet "aktuel sygdomssituation" uddybes, så det står klart, om den aktuelle sygdomssituation også kan dreje sig om mindre alvorlige sygdomme, eller om den kan have en karakter, hvor hjertestop er en betydelig sandsynlighed.

Information i forbindelse med fravalget

DSAM mener desuden, at det er vigtigt, at den information, som borgeren modtager ved sin digitale underskrift, er tydelig, og at det klart fremgår, at der er tale om et fravalg af genoplivningsforsøg, som træder i kraft, straks efter betænkningstiden på syv dage er udløbet.

Deling af informationer om fravalg

Når der er tale om hjertestop og genoplivning, er der behov for hurtig adgang til oplysninger om evt. fravalg. Der er over de seneste år etableret et stort netværk af hjertestartere og hjerteløbere. Vil beslutningerne om fravalg blive delt med f.eks. hjerteløberappen/hjertestarterappen, så man kender til valget af behandlingsniveau i disse situationer?

Digital ulighed i sundhed

I forhold til den tekniske del af lovforslaget kan DSAM være bekymret for en yderligere skævvridning i sundhed. Vi er i DSAM meget opmærksomme på at give mest til dem, der har størst behov, jf. vores pejlemærker. Og vi oplever i daglig klinisk praksis, at mange patienter klarer sig godt med de elektroniske løsninger, men der er en stor del af befolkningen – både unge og især ældre – der har problemer med det digitale i hverdagen. Vi ser aktuelt store problemer med MitId, og derfor skal dette lovforslag følges op med hjælp og støtte til den del af befolkningen, som ikke er så IT-kyndige, men som alligevel skal have mulighed for at fravælge genoplivningsforsøg.

Specifikke kommentarer

Den foreslåede § 25 a, stk. 3

Habile borgere skal ved den nye ordning med digital registrering af fravalg af genoplivningsforsøg til enhver tid kunne trække deres ønske tilbage. Dette skal enten administreres digitalt af patienten selv eller jf. 2.3.1. af lægen i en aktuel sygdomssituation, hvor en patient tilkendegiver over for en sundhedsperson, at vedkommende ønsker at tilbagekalde sit fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer, at beslutningen skal ændres, skal lægen informere de relevante øvrige sundhedspersoner og behandlingssteder.

Hvis patientens beslutning i en aktuel situation skal gives videre til øvrige behandlingsinvolverede personer, vil der være behov for at kunne sætte patientens fravalg på "pause". Ved udskrivelsen eller ved afslutning af et ambulantly behandlingsforløb skal patientens fravalg justeres, så det er patientens aktuelle ønske, der fremgår.

Hvis patientens tilstand forbedres væsentligt, er der ikke længere tale om den samme sygdomssituation, som da patienten fravalgte genoplivningsforsøg. De øvrige sundhedspersoner skal derfor afklare, om patienten fastholder sit ønske i den nye sygdomssituation og i det tilfælde kontakte den behandlingsansvarlige læge med henblik på fornyet vurdering af habilitet og information m.v.

Vi har i DSAM den erfaring, at man ikke kan forvente, at det sundhedsfaglige personale i hjemmepleje eller på plejehjem vil reagere på en forbedring i borgerens tilstand i forhold til registrering af patientens fravalg af genoplivningsforsøg. Der vil derfor let opstå tvivl om, hvornår personalet skal kontakte den praktiserende læge, i værste fald vil dette ikke ske.

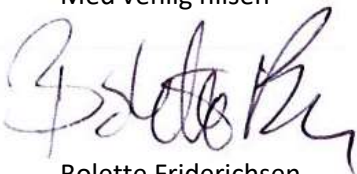
DSAM mener i stedet, at den læge, der "godkender" den habile borgers aktuelle sygdomssituation og habilitet, bør være konkret i angivelsen af, hvornår der er behov for revurdering – i lighed med andre ordinationer. Fravalget bør følges op af en revurdering af, om der forventes en væsentlig bedring inden for en begrænset tidsperiode, eller om den aktuelle behandlings situation forventes langvarig (f.eks. ved kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes mellitus (DM) eller mere kroniske cancersygdomme).

Hos den alvorligt syge og døende skal det overvejes, om der kan foretages et lægefagligt behandlingsfravalg, som kan erstatte selvbestemmelsesretten. Fordelen ved den +60-åriges fravalg og det lægefaglige fravalg er, at de begge vil gælde, i tilfælde af at borgeren/patienten bliver inhabil.

Ikrafttrædelse, jf § 2

DSAM mener, at denne lovændring er en væsentlig forbedring af muligheden for fravalg af behandling, og vi undrer os derfor over, at lovforslaget først træder i kraft i december 2024. Hvad er begrundelsen for dette? DSAM foreslår, at man finder en midlertidig løsning, f.eks. via FMK-online, til registrering af relevante oplysninger omkring fravalg af genoplivningsforsøg.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
formand for DSAM

Høringssvar til lovforslag om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

Dansk Selskab for Patientsikkerhed takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi henviser til vores høringssvar 16. august 2022 til det tidligere fremsatte lovforslag, men vil fremhæve en af de tidligere bemærkninger og tilføje en ny på baggrund af de nye bemærkninger til det aktuelle lovforslag.

Den digitale løsning bør også omfatte det lægelige fravalg

Det er ikke ekspliciteret i bemærkningerne til lovtæksten, men det er erfaret via PS!' deltagelse i styregruppen og følgegruppen for udviklingen af det digitale værktøj, der er en del af lovforslaget, at dette digitale værktøj kun vil omfatte de fravalg, der er sket i forbindelse med den løsning, som den ny lov vil indføre.

Det er således ikke muligt at føje andre typer af fravalg til – de fravalg, man kan samle under betegnelsen "det lægelige fravalg", hvor en læge skriver i borgerens journal, at genoplivningsforsøg ikke skal foretages. Enten på baggrund af borgerens eget ønske eller som følge af en lægelig vurdering af, at genoplivningsforsøg ikke bør foretages under hensyn til en vurdering af helbredstilstanden.

Der er næppe tvivl om, at det vil være ressourcemæssigt fornuftigt at sikre, at disse andre fravalg kommer med i løsningen, mens man i forvejen arbejder på at løse diverse tekniske udfordringer. Og der er slet ikke tvivl om, at det vil løse langt størstedelen af de betydelige udfordringer, der er med at gøre fravalgsbeslutninger tilgængelige for de sundhedspersoner, der skal reagere på dem i den konkrete situation, hvor borgeren dør eller findes livløs.

Vi må endnu en gang opfordre til, at dette løses under den aktuelle udvikling af det digitale værktøj – det kan vel kun blive mere omkostningsfuldt at skulle gøre det senere.

Det nye fravalg gælder alle situationer – også ulykker

Som en sundhedsjuridisk nyskabelse fremgår det af bemærkningerne til lovforslaget, at der heller ikke skal forsøges genoplivning i tilfælde af ulykker.

Efter den foreslåede ordning vil borgerne kunne tilkendegive, at de ikke vil forsøges genoplivet, hvis de får hjertestop. Fravalget vil være gældende i alle situationer, hvor borgeren får hjertestop, herunder i ulykkestilfælde m.v. Det er således ved registreringen af fravalget ikke muligt alene at fravælge genoplivningsforsøg i bestemte situationer. Det kan f.eks. ikke registreres, at man ønsker genoplivningsforsøg, hvis hjertestoppet sker som følge af et ulykkestilfælde, og kun i øvrige situationer ikke ønsker genoplivningsforsøg.

Dette er i modsætning til de gældende bestemmelser ved fravalg af genoplivningsforsøg, hvor det netop gælder, at udsættes borgeren for en ulykke, skal der ydes førstehjælp. Ved det nye fravalg skal dette ikke ske, hvilket fx betyder, at der ikke skal ydes førstehjælp, hvis en borger er blevet kvalt i et æblestykke, eller hvis borgeren køres over af en bil – og vel heller ikke, hvis borgeren har begået selvmord. Det finder vi i Dansk Selskab for Patientsikkerhed er en dårlig beslutning, som forringer patientsikkerheden. Også fordi der så vil eksistere forskellige regler ved forskellige typer af fravalg – hvilket kun vanskeligt lader sig håndtere med sikkerhed i det kliniske arbejde.

På vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Ove Gaardboe
Overlæge/konsulent
Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
20.juni

Dansk Selskab for Patientsikkerheds høringsvar til lovforslag om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

Dansk Selskab for Patientsikkerhed takker for muligheden for at afgive svar til lovforslaget.

I Dansk Selskab for Patientsikkerhed er vi meget tilfredse med, at lovforslaget fremsættes, så der bliver taget højde for, at det i "Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg" fra 29. oktober 2019, blev præciseret, at almen alderdomssvækkelse ikke længere var et tilstrækkeligt grundlag for på forhånd at fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Med den ny lov er en aktuel sygdomssituation ikke længere en nødvendig forudsætning for fravalg af genoplivningsforsøg.

Det er endvidere meget tilfredsstillende, at der nu etableres et register, som integreres med alle relevante fagsystemer, så sundhedspersonalet i den konkrete situation, hvor en borger falder om eller findes livløs, hurtigt kan tilgå informationen om, at genoplivningsforsøg er fravalgt.

Vi vil dog gerne fremhæve enkelte punkter, hvor lovforslaget kunne skærpes:

1. Dansk Selskab for Patientsikkerhed har deltaget i høringer om lovforslaget, og derigennem ved vi, at det fra politikernes side har været vigtigt, at forudgående sundhedsfaglig rådgivning ikke skal være en forudsætning for fravalget, fordi man har ønsket at udvide selvbestemmelsesretten på dette punkt markant.

Det er fremhævet, at man i informationsmaterialet vil opfordre til, at borgeren drøfter fravalget med sin læge eller anden relevant sundhedsperson.

Man kunne supplere dette med en opfordring til sundhedspersonalet - og især lægerne, at de drøfter fravalget med borgeren, når de bliver opmærksom på, at der er registreret et sådant.

2. Den med lovforslaget betydelige udvidelse af selvbestemmelsesretten gælder for alle, der er fyldt 60 år, men så vidt vi kan se det, er der ingen objektiv begrundelse for, at grænsen skal være netop der. Det burde have endnu en overvejelse.
3. Den vigtigste kritik, vi har af lovforslaget, er imidlertid, at registreringsdelen af loven kun omfatter borgerens eget fravalg via sundhed.dk.

Vi erfarer, at dette primært er besluttet af økonomiske hensyn, da midlerne til datadelen er begrænsede, idet der kun er afsat 26,7 mio. kr. til formålet i regi af Aftale om udmøntning af midlerne afsat til Det gode ældreliv.

Alle fagligt relevante organisationer på sundhedsområdet har ønsket, at man i samme moment optimerer registreringen også af fravalg i en aktuel sygdomssituation og af det lægelige fravalg.

En sådan registrering har været efterspurgt i mange år og vil gøre anvendelsen af registreringen optimal.

Det forekommer ikke hensigtsmæssigt, at (begrænset) økonomi skal forhindre, at løsningen fra starten omfatter alle typer fravalg af genoplivningsforsøg.

På vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Ove Gaardboe
Overlæge
Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
16. august, 2022

Sundhedsministeriet
sum@sum.dk , csk@sum.dk, adt@sum.dk, sagl@sum.dk

Dansk
Sygeplejeråd



Den 30. juni 2023

Høring over lov om ændring af sundhedsloven (Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringsvar over lov om ændring af sundhedsloven (Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop).

Vi er positive overfor, at der nu foreligger en mulighed for forudgående at fravælge genoplivningsforsøg, så ældre borgere (uanset sygdomssituation) har ret til at fravælge genoplivningsforsøg ved livets afslutning. Ud fra et fagligt og etisk perspektiv skal vi sikre, at patienter og borgere får en værdig afslutning på livet, og med denne lovgivning kan vi undgå at iværksætte genoplivningsforsøg på ældre (over 60 år), som udtrykkeligt har ønsket at få lov til at dø, hvis de falder om med hjertestop.

De valgte kriterier

Vi ville have foretrukket, at fravalget af genoplivningsforsøg var gjort betinget af en forudgående drøftelse med en sundhedsperson for at sikre, at ønsket om fravalg ikke skyldes forhold, der kan afhjælpes.

Vi savner også fortsat en faglig forklaring på, at aftalepartierne er landet på netop 60 år.

Nem adgang til oplysningen om fravalg

Som nævnt i vores høringsvar af 12. august 2022, er det meget væsentligt, at oplysningerne om fravalg bliver nemt tilgængelige for sundhedspersonerne. Registeret skal integreres med de øvrige opslags- og journalsystemer, sundhedspersonerne allerede anvender.

Samtidig er det væsentligt, at informationen om alle typer fravalg fremgår samme sted og meget tydeligt i selve journalsystemet, så sundhedspersonen hurtigt kan handle på informationen.

Krav om kendskab til fravalg

Fravalget skal naturligvis være bindende for sundhedspersonerne, men det er ikke nok, at oplysningerne "skal kunne tilgås" (bemærkningernes side 18, sidste afsnit), og at sundhedspersonerne har "adgang" til oplysningerne (bemærkningernes s. 18, sidste afsnit) for at

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

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

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

gøre fravalget bindende. I tilfælde af hjertestop vil der være situationer, hvor den korrekte reaktion er straks at iværksætte HLR, uden forinden at foretage opslag i journalen/FMK. I de tilfælde giver det ikke mening at kritisere eller straffe den sundhedsperson, der har forsøgt at redde liv uden at spille dyrebare sekunder på opslag i journalen.

Det rimelige må være, at sundhedspersonen er bundet af fravalget, når vedkommende "har kendskab til" fravalget, eller der har været tilstrækkelig tid til at undersøge, om der er foretaget et fravalg, fx fordi der er flere sundhedspersoner til stede.

(U-)Kendskab til ugyldighed

Vi er bekymrede for den retsstilling afgrænsningen af målgruppen skaber for sundhedspersonerne i forhold til de midlertidigt inhabile. Vi anerkender undtagelsen i § 25 a, stk. 4, men denne er ikke tilstrækkeligt.

Der vil være situationer, hvor det er umuligt for en sundhedsperson at vide, at fravalget er foretaget på et tidspunkt, hvor borgeren var midlertidigt inhabil, og hvor fravalget dermed er ugyldigt. Denne situation synes ikke at blive opfanget af undtagelsen i § 25 a, stk. 4.

Når man fra aftalepartiernes side ikke har lyttet til organisationernes ønske om, at borgeren forinden bør drøfte sin beslutning om fravalg med en sundhedsperson, er det ikke rimeligt at lægge risikoen for ugyldigt fravalg på sundhedspersonerne i en situation, hvor de ikke kan have kendskab til det.

Det er meget uheldigt, at man i bemærkningerne blot konstaterer, at situationen kan opstå, men ikke forholder sig til dens konsekvenser i øvrigt, herunder fx undtager sundhedspersonerne for strafansvar i denne situation (bemærkningernes side 19, 1. afsnit, sidste sætning).

Inhables tilbagekaldelse

Det er et svært dilemma, om inhabile patienter bør kunne tilbagekalde en beslutning om unkladelse af genoplivning, der er truffet, mens vedkommende var habil.

Samtidig vil der være situationer i praksis, hvor det er svært at vurdere, om der foreligger en reel tilbagekaldelse, hvis borgeren er konfus og inhabil.

Fastholdes tilbagekaldelsesmuligheden for inhabile, bør man lave en ordning, hvor man inddrager patientens læge og evt. øvrige sundhedspersoner, pårørende mv., så man sikrer, at man så vidt muligt følger patientens ønske.

Der bør også tages mere konkret stilling til, hvordan sundhedspersonerne skal forholde sig i disse situationer. Sundhedspersonerne vil ikke have mulighed for at ændre borgerens registrering, da denne skal ændres i det nye register. Så hvem skal foretage afregistreringen af inhabile patienter.

Bosteder og andre institutioner med blandet personale

Vi savner stadig en stillingtagen til, hvad der gælder på bosteder og andre steder, hvor der både er sundhedspersonale og ikke-sundhedspersonale ansat, fx på bostederne. Hverken borgere, sundhedspersoner eller andre faggrupper kan leve med, at der gælder forskellige regler de ansatte imellem, således at nogen er bundet af borgernes fravalg, mens andre ikke er.

Venlig hilsen



Grete Christensen
Formand

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: csk@sum.dk, adt@sum.dk og
sagl@sum.dk

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslaget om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop. Vi noterer os, at der er tale om en genfremsættelse af et lovforslag fra 2022, hvor Danske Patienter også afgav høringssvar. Da lovforslagets indhold, formål og kommentarer ikke har ændret sig væsentligt, finder vi det relevant at genfremsætte vores kommentarer fra sidste høring med enkelte tilføjelser.

Danske Patienter mener principielt, at det er en god ide, at habile, voksne danskere selv bliver inddraget i beslutningen om, om der skal foretages genoplivningsforsøg ved hjertestop. Det er en god idé at flere får muligheden for at frabede sig genoplivning, fordi det principielt ikke giver mening at tvinge voksne mennesker til genoplivning. Danske Patienter er derfor positive over for at udvide retten, så det ikke kun, som i dag, er mennesker i en alvorlig, aktuel sygdomssituation, der kan tage stilling til ønsket til- eller fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Aldersgrænse

Danske Patienter er positive over for lovforslaget, men mener ikke, at det giver mening, at retten til at fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop har en bestemt aldersgrænse. Af høringsmaterialet fremgår det, at den foreslåede rettighed skal gælde enhver, der er habil og er fyldt 60 år. Danske Patienter undrer sig over aldersgrænsen på 60 år. I høringsmaterialet argumenteres for, at aldersgrænsen på 60 år er valgt af en række årsager – bl.a. at det er *"i nærheden af en alder, hvor borgeren kan anses for at være ældre"*, at risikoen for inhabilitet er mindre end ved 70 år, og at retten til genoplivning gøres tilgængelig for en bredere befolkningsgruppe ved at vælge 60 år frem for fx 70 år. Dette er en tilføjelse i forhold til høringsmaterialet ved seneste høring. Valget af aldersgrænsen på 60 år synes dog stadig at være arbitrært og uden de nødvendige etiske eller sundhedsfaglige bevæggrunde.

Der kan være forskellige årsager til, at også habile, myndige personer under 60 år ønsker til- eller fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop. Danske Patienter savner en nuanceret stillingtagen med inddragelse af etiske overvejelser om, hvorvidt der skal være en aldersgrænse, og i så fald hvad denne skal være. Danske Patienter mener i udgangspunktet, at den enkelte, uanset alder, selv skal kunne træffe beslutning om man vil genoplives eller ej.

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 24 medlemsforeninger, der repræsenterer 105 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- og Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, Gigtforeningen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Polioforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

Dato:
30. juni 2023

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
jk@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/2

Til sammenligning kan nævnes, at man for at kunne oprette et behandlingstestamente skal være fyldt 18 år og habil, dvs. i stand til at tage vare på sig selv og forstå konsekvenserne af sin beslutning. Ved et behandlingstestamente kan man på forhånd tilkendegive, at man ikke ønsker genoplivningsforsøg ved hjertestop i visse situationer, hvis man en dag skulle blive varigt inhabil.

Heller ikke ved konkret fravalg af behandling i aktuel sygdomssituation gælder der en særlig aldersgrænse. Man har således altid ret til at sige nej til behandling i forbindelse med en bestemt sygdom eller indlæggelse, hvis man er habil og fyldt 18 år. Det gælder fx hvis man er uhelbredeligt syg, og der kun kan tilbydes livsforlængende behandling. Man har herunder ret til at sige nej til at blive genoplivet i den aktuelle situation, hvis man skulle få hjertestop.

Oplyst grundlag – et essentielt aspekt

Beslutninger, der vedrører borgeres liv, sundhed og trivsel, skal altid tages på baggrund af et oplyst grundlag. Det gælder i særdeleshed beslutninger som til- eller fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop, idet til- eller fravalget har store implikationer for den enkelte og dennes pårørende. Derfor mener Danske Patienter, at det er meget vigtigt, at den enkelte ved udfyldning af oplysninger om til- eller fravalg af genoplivningsforsøg bliver tilbudt en let tilgængelig samtale med en sundhedsprofessionel. På den måde sikres det bedst muligt, at valget bliver truffet på et oplyst grundlag.

Evalueringsperiode

Danske Patienter foreslår, at der i lovforslaget bliver indskrevet en evalueringsperiode på to år. Det er vigtigt, at lovændringer, der som denne har så store indvirkninger på den enkelte og dennes pårørendes liv, bliver evalueret.

Centralt register

Danske Patienter under sig over, at der lægges op til udvikling og etablering af et nyt centralt register for registrering af forudgående fravalg af genoplivningsforsøg. Der er i forvejen etableret et system til registrering af behandlingstestamente. Det foreslås, at en eventuelt udvidet adgang til at fravælge genoplivningsforsøg sker som led i ordningen om behandlingstestamente, som mange borgere i forvejen har kendskab til.

Mulighed for ændring på ethvert tidspunkt

Danske Patienter vil gerne understrege, at det ved afgivelse af oplysningerne om ønsket til- eller fravalg af genoplivningsforsøg, skal være tydeligt for den enkelte, at man kan ændre sit til- eller fravalg på ethvert givet tidspunkt.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

DANSKE
REGIONER



27-06-2023

EMN-2022-01026

1639815

Høringssvar – Lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 6. juni 2023 anmodet Danske Regioner om bemærkninger til lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop. Danske Regioner fremsender samlet høringssvar på vegne af regionerne. Derudover har Region Sjælland sendt særskilt høringssvar direkte til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse ved næste møde den 31. august 2023.

Danske Regioner støtter borgernes ret til selv at bestemme over deres eget liv. Vi hilser derfor lovforslaget velkomment og finder det positivt, at sundhedsvæsenet nu får bedre rammer for at bidrage til borgernes muligheder for at bestemme over eget liv.

Formål og instrukser

Det er centralt for Danske Regioner, at det i lovgivningen sikres, at der ikke opstår en "behandlingstøven" eller tvivl hos sundhedsfaglige medarbejdere om det rigtige i altid at træde til og starte genoplivningsforsøg. Det må fortsat være udgangspunktet, at der skal ske hurtig og kvalificeret genoplivning, og retten til fravalg må ikke påvirke dette udgangspunkt i en akut situation.

Et ønske om fravalg af genoplivning kan stille sundhedspersonalet i situationer, som kan være fagligt eller etisk usikre. Det er derfor positivt, at der i lovforslaget lægges op til, at det centrale register med borgerens ønske om fravalg af genoplivning skal kunne kobles automatisk til sundhedspersonalets it-fagsystemer. Derved kan det sikres, at sundhedspersonalet i en akut situation handler i overensstemmelse med borgerens ønske, som enten kan være et fravalg af genoplivning eller et ønske om genoplivning, hvis borgeren siden har fortrudt sit fravalg.

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Desuden er det vigtigt at sikre, at det sundhedsfaglige personale ikke ifalder et eventuelt strafansvar, hvis de ikke handler i overensstemmelse med borgerens ønske, såfremt der er en fejlagtig registrering af borgerens ønske.

Spørgsmål om borgerens ønske til genoplivning er særlig gældende for medarbejdere på det præhospitale område, som ofte står i genoplivningssituationer, som er opstået akut. Her er det helt afgørende, at informationen om borgerens ønske er opdateret og umiddelbart tilgængelig, så det ikke giver anledning til tvivlsspørgsmål i den akutte situation.

Centralt register og implementeringen af den tekniske løsning

Teknisk set er det væsentligt, at den digitale nationale løsning kan tilgås med system-til-systemkald, så det lokale fagsystem opdateres tidstro med borgerens registrering, (når den frigives efter 7 dage), og data er tilgængelige i lokal patientjournal, når denne åbnes. Tilgængelighed er en altafgørende forudsætning for, at sundhedsvæsnen kan komme til at efterleve borgerens ønske.

Med det nye forslag om et register til fravalg af genoplivning kan der opstå modsatrettede tilkendegivelser af patientens ønske om genoplivning i andre registre eller journaler. F.eks. hvis patienten i registret om fravalg af genoplivning har valgt, at borgeren ikke ønsker genoplivning – og i Livs- og behandlingstestamentet har valgt, at det er de pårørende, som skal tage stilling i situationen.

Lovgivningen bør tydeligt beskrive, at registreringen i fravalg af genoplivning har forrang for andre kilder til tilkendegivelse af genoplivning, så personalet ikke er forpligtet til at undersøge andre informationer om evt. fravalg, eller risikerer at blive usikre og miste afgørende tid i den akutte situation eller senere risikere at ifalde straf.

Regionerne vurderer, at implementeringen af den tekniske løsning på hospitalerne (i regionernes EPJ-systemer) vil være relativt enkel, da patientjournalerne allerede er tilkoblet Fælles Stamkort. Men det præhospitale område er endnu ikke tilkoblet Fælles Stamkort, og det er derfor vanskeligt at vurdere de samlede udgifter og ressourcetræk i forbindelse med implementeringen. Dertil vurderes den organisatoriske implementering (på begge områder) at være kompleks. Danske Regioner vil derfor påpege vigtigheden af, at der ved ændring i lovgivningen vil medfølge en tydelig vejledning. Se bilag for uddybning.

Kontekst for fravalg af genoplivningsforsøg

Det bør i forslaget præciseres, at kontekst for efterlevelse af borgerens ønske om fravalg af genoplivning udelukkende gælder for sundhedsvæsenet. Det er dermed udelukkende i en kontekst med adgang til oplysningerne i det nye centrale register, at borgerens ønske kan efterkommes. Indtræffer hjertestoppet i et supermarked, vil der blive forsøgt genoplivning, uanset hvilke ønsker den pågældende person har registreret i et nationalt register.

Aldersgrænse

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på, at lovforslagets aldersgrænse på 60 år ikke er baseret på en faglig vurdering af et menneskes chancer for at komme sig efter et hjertestop. Et raskt menneske på 60 år vil under de rette omstændigheder have gode chancer for at komme tilbage til en fin funktion og til at kunne klare sig selv efter hjertestop.

Økonomiske konsekvenser

Danske Regioner forventer, at der vil være betydelige økonomiske konsekvenser som følge af lovændringen, der på ingen måde kan dækkes af de 7 mio. kr., der er afsat til lokal implementering i regionerne via bloktilskud. Sagen ønskes derfor medtaget på Lov- og Cirkulærepragrammet med henblik på forhandling af lovforslagets konsekvenser for regionernes økonomi, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

Venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner

Bilag

Instrukser, vejledning og kommunikation

Spørgsmålet om fravalg af genoplivningsforsøg stiller generelt sundhedspersoner i svære situationer med både faglig og etisk usikkerhed. For det Præhospitale system, hvor hjertestop blandt borgere opleves i første række, er det således helt afgørende, at der til ændringen i lovgivningen medfølger en tydelig vejledning, som ikke giver anledning til tvivlsspørgsmål.

En borgers ønske om fravalg af genoplivning kan kun følges, hvis borgeren kan identificeres med sikkerhed. Kun i 65-75% af alle 112-opkald til AMK-vagtcentralen er det muligt at få oplysninger om cpr.nr umiddelbart. Dette er i høj grad gældende i forbindelse med hjertestop, da borgeren her ikke selv er i stand til at give denne oplysning, samtidig med at der er tale om afgørende tid, som bruges på behandling af borgeren fremfor identificering. I det tilfælde hvor der oplyses cpr. Nr., opstår der derudover et spørgsmål om validering, og hvordan denne opnås korrekt. Afståelse fra genoplivning på et forkert grundlag vil være fatalt.

Disse situationer, hvor det ikke er muligt at få et valideret cpr.nr., vil derfor tolkes som bl.a. beskrevet under afsnit 4.1, hvor det beskrives, at den forudgående tilkendegivelse i registret alene vil være bindende for sundhedspersoner, som har adgang til oplysningen om en borgers fravalg i registret. Det er vigtigt for Præhospitalet at gøre opmærksom på, at der forventelig vil være tale om en stor del af de 112-opkald der modtages vedr. hjertestop, hvor det således ikke vil være muligt at efterleve borgerens registreret fravalg.

Afklaring af brugsscenerier

Som påpeget i sidste høringssvar fra regionerne, udestår der afklaring af en række brugsscenerier, som når f.eks. 1) en pårørende ønsker genoplivning af en borger, der har registreret et fravalg, 2) håndtering af intensiv behandling efter succesfuld genoplivning af en borger, der har registreret et fravalg og 3) håndtering af teknisk og organisatorisk tilbagekaldelse af fravalg i komplekse behandlingssituationer.

Behandling af borgere på specialområdet

Det er vigtigt for regionernes socialområde, at der tages stilling til, hvordan personale til borgere, der bor i socialpsykiatri, informeres om borgeres fravalg, eller hvordan man som personale kan tilgå registreret, samt om man som personale kan hjælpe borgere med registrering.

Bemærkninger til lovforslag fremsat i 2022

Der henvises desuden til Danske Regioners hørings svar af den 22. august 2022. Danske Regioner afgav sidste år hørings svar til et lignende lovforslag om fravalg af genoplivning. Bemærkninger her er fortsat gældende for nærværende høring.

Til Sundhedsministeriet

DANSKE
REGIONER



22-08-2022

EMN-2022-01026

1569641

Morten Wiese

Høringssvar – Lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop

Sundhedsministeriet har anmodet Danske Regioner om bemærkninger til lovforslag om fravalg af genoplivning ved hjertestop. Danske Regioner fremsender samlet høringssvar på vegne af de fem regioner. Derudover har Region Syddanmark sendt særskilt høringssvar direkte til Sundhedsministeriet.

Høringssvaret er fremsendt med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse ved næste møde den 29. september 2022.

Danske Regioner bakker overordnet op om lovforslagets hensigt om at understøtte borgernes selvbestemmelse over eget liv. Danske Regioner har dog en række væsentlige bekymringer og bemærkninger til lovforslagets konkrete udformning. Se også de uddybende bemærkninger i bilag til høringssvaret.

Formål og instrukser

Et ønske om fravalg af genoplivning stiller sundhedspersonalet i en række svære situationer med både faglig og etisk usikkerhed. Særligt for medarbejdere på det præhospitale område er det helt afgørende, at der til ændringen i lovgivningen medfølger en tydelig instruks, som ikke giver anledning til tvivlsspørgsmål i akutte situationer samt sikrer de sundhedsfaglige for eventuelt strafansvar ved manglende efterlevelse af en borgers registrering i en akut situation.

Det er centralt for Danske Regioner, at der ved ny lovgivning gøres en indsats for, at der ikke opstår en "behandlingstøven" eller tvivl hos sundhedsfaglige eller befolkningen om det rigtige i altid at træde til og starte genoplivningsforsøg. Retten til hurtig og kvalificeret genoplivning må ikke påvirkes eller formindskes ved introduktionen af retten til fravalg.

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Registerets relation til allerede eksisterende former for fravalg

Danske Regioner finder det problematisk, at denne tilføjelse til lovgivningen på flere punkter ikke ser ud til at være tænkt sammen med den eksisterende lovgivning, når der udvikles et centralt register med integration til de dagligt anvendte fagsystemer, der ikke omfatter alle typer af beslutninger om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling, herunder livstestamente, behandlingstestamente, lægeligt fravalg af genoplivning og borgerens fravalg i en aktuel sygdomssituation.

Danske Regioner ønsker, at de allerede eksisterende muligheder for fravalg sammentænkes med lovforslaget, da patientsikkerheden for den enkelte borger kan blive påvirket, hvis informationerne er spredt over forskellige kilder og registre. Der bør etableres ét centralt register til de forskellige muligheder for fravalg.

Borges rettigheder – herunder midlertidig fortrydelse af fravalg

Danske Regioner ønsker en præcisering af borgerens rettigheder i forbindelse med fravalg af genoplivning. Herunder situationer, hvor:

- pårørende ønsker genoplivning af en borger, der har registeret fravalg
- en eventuel livsnødvendig intensiv behandling skal håndteres efter en succesfuld genoplivning af en borger, der har registeret fravalg af genoplivning
- der skal ske en teknisk og organisatorisk håndtering af midlertidig tilbagekaldelse af fravalg i komplekse behandlingssituationer.

Målgruppen for lovforslaget

Danske Regioner mener, at det bør tydeliggøres yderligere, hvem der er den konkrete målgruppe for lovforslaget, samt hvorvidt en borger er habil i forbindelse med sin registrering af ønsket om fravalg af genoplivning.

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på, at lovforslagets aldersgrænse på 60 år ikke er baseret på en faglig vurdering af et menneskes chancer for at komme sig efter et hjertestop. Et raskt menneske på 60 år vil under de rette omstændigheder have gode chancer for at komme tilbage til en fin funktion og kunne klare sig selv efter hjertestop.

Den tekniske it-løsning

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på en række tekniske udfordringer som lovforslaget medfører for den regionale implementering. Særligt tre forhold:

- tilbagekaldelse af fravalg og det følgende behov for tidstro data i de regionale systemer
- udfordringer ved manuelle opslag i registret i akutte situationer

- alle sundhedspersoner skal have disse oplysninger tilgængeligt, når loven træder i kraft. Det betyder, at der skal laves en bred "big bang" implementering i hele sundhedsvæsenet.

Ikrafttrædelsestidspunkt

Loven planlægges at træde i kraft den 1. december 2024. Danske Regioner gør opmærksom på, at udviklings- og implementeringsarbejdet for så store og komplekse integrationer vil kræve minimum 18 måneder. Det betyder, at regionernes implementering er dybt afhængig af, at det centrale register og endelige snitfladebeskrivelser forelægges regionerne senest april 2023, for at fristen den 1. december 2024 kan efterleves.

Økonomiske konsekvenser

Danske Regioner forventer, at der vil være betydelige økonomiske konsekvenser som følge af lovændringen, der på ingen måde kan dækkes af de 15 mio. kr., der er afsat. Sagen ønskes derfor medtaget på Lov- og Cirkulæreprogrammet med henblik på forhandling af lovforslagets konsekvenser for regionernes økonomi, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

Venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand



Stephanie Lose
Næstformand

Bilag

Instrukser, vejledning og kommunikation

Det er i lovforslaget beskrevet, at pligten til at følge en borgers ønske om fravalg af genoplivning forudsætter, at borgeren kan identificeres med sikkerhed. Afståelse fra genoplivning på et forkert grundlag vil være fatalt. Kun i 65-75% af alle 112-opkald til AMK-vagtcentralerne er det muligt at få oplysninger om cpr.nr. umiddelbart. Dette gælder især ved hjertestop, da borgeren ikke selv er i stand til at give oplysningen, samtidig med, at tiden bruges på behandling af borgeren frem for identificering. I de tilfælde, hvor cpr.nr. oplyses, opstår der efterfølgende et spørgsmål om validering, og hvordan denne opnås korrekt.

Danske Regioner gør derfor opmærksom på, at det for en stor del af de 112-opkald der modtages vedr. hjertestop bør forventes, at det jf. ovenstående ikke vil være muligt at efterleve borgerens registrerede fravalg. Det er således afgørende for Danske Regioner, at udfordringerne mht. korrekt validering af cpr.nr. ved 112-opkald tydeliggøres i vejledningen.

Danske Regioner ønsker derudover en præcisering af, hvordan sundhedspersonalet skal agere optimalt og i praksis ved 112-opkald vedr. formodet hjertestop. Chancen for overlevelse falder 10% per minut fra kollaps til defibrillering iværksættes. Derfor er tidlig hjertestop-erkendelse vigtig, for hurtigst muligt at guide i hjerte-lungeredning (HLR) og evt. frembringelse af nærmeste hjertestarter (AED) (enten guidet over telefonen eller via Hjerteløberordningen).

Registrets relation til allerede eksisterende former for fravalg

Registrets manglende relation til eksisterende former for fravalg øger kompleksiteten på et område, hvor kommunikationen på tværs af sektorer i forvejen er udfordret af, at alle oplysninger om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling ikke er samlet ét sted. Det på trods af, at der kunne argumenteres for, at denne type af beslutninger har karakter af stamdataoplysninger, der har en grundlæggende betydning for behandlingen af en borger.

- Vedr. behandlingstestamenter og livstestamenter: I afsnit 2.1.1.1 om behandlingstestamenter og livstestamenter er forskellen på de 2 typer af selvbestemmelse ikke nævnt, idet et livstestamente alene er vejledende for en sundhedsperson mens et behandlingstestamente er bindende evt. under forudsætning af de pårørendes accept. Desuden må testamenterne alene tilgås, når borgeren vurderes at være varigt inhabil, hvilket betyder, at der ofte vil skulle foretages opslag i en akut situation. Det er i forvejen svært for sundhedspersoner at navigere i, at der er 2 typer af testamenter og nu vil kompleksiteten blive øget yderligere, hvis en borger kan træffe en ny type af beslutning, der fremgår et helt andet sted og har andre

regler for opslag.

- Vedr. et lægeligt fravalg af genoplivning: I afsnit 2.1.3 er de eksisterende regler i vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg opridset. I forhold til undtagelse 3 om en behandlingsansvarlig læges fravalg i forbindelse med en aktuel sygdomssituation, så er bl.a. pligten til journalføring og til at videregive en beslutning til andre sektorer samt revurdere en beslutning beskrevet. I disse sammenhænge er det svært at opnå en sikker overlevering til alle relevante parter grundet de mange forskellige journalsystemer i sundhedsvæsenet. Det er også svært at være sikker på, at en beslutning fortsat er gyldig og ikke er blevet revurderet, hvis der er gået noget tid siden beslutningen blev truffet, når der ikke er ét samlet sted, hvor alle sektorer kan genfinde en beslutning. Derfor findes det problematisk, at disse udfordringer ikke er søgt løst i tilknytning til, at der oprettes et centralt register, hvor de over 60-åriges beslutning vil fremgå. Dermed bliver det mere komplekst at holde styr på, hvad der gælder for den enkelte borger.
- Vedr. borgerens fravalg i en aktuel sygdomssituation: I afsnit 2.1.3 er undtagelse 4 om en borgers fravalg af genoplivning i forbindelse med en aktuel sygdomssituation også angivet samt at lægen skal vurdere patientens habilitet og videregive en sådan beslutning til andre sektorer mv. Igen øges kompleksiteten ved, at disse beslutninger fortsat skal findes i journalerne og videregives manuelt på tværs af sektorer i stedet for at blive en del af et centralt register. Det øger også kompleksiteten, at regelsættet er forskelligt for borgere over og under 60 år.

Borges rettighed til at fravalg efterleves

Lovforslaget om af efterleve et fravalg af genoplivning gælder udelukkende for sundhedspersonale med autorisation eller sundhedspersonale, som handler på delegation. I hospitalsregi er der behov for, at information om fravalg af genoplivning kan videregives til andre end autoriserede sundhedspersoner, f.eks. personale, som indgår i transport af patienter, og som også skal kunne handle efter fravalget. Dette kan også gælde for pædagogisk personale på bosteder og lignende.

Alt personale med patientkontakt bør kunne handle på baggrund af fravalget uanset om fravalget er taget med baggrund i nuværende [vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg \(retsinformation.dk\)](#) eller i det kommende afsnit af Sundhedsloven.

Danske Regioner mener lovforslaget bør indeholde en præcisering af tilfælde, hvor pårørende til en patient med hjertestop ringer 1-1-2, og hvor det viser sig, at patienten har fravalgt genoplivning. Det opleves ofte, at pårørende på trods af patientens eget valg ønsker akuthjælp, når et hjertestop indtræder. Det skal i lovforslaget tydeliggøres, at det er patientens eget fravalg af genoplivning der prioriteres.

Mange af de patienter som succesfuldt genoplives (evt. trods eget ønske) har ofte behov for efterfølgende intensivt indlæggelsesforløb. Derfor forventer Danske Regioner, at forslaget juridisk vil tydeliggøre forventningerne til behandlingen og de sundhedsprofessionelles ageren de første dage efter indlæggelsen, såfremt den genoplivede viser sig at have tilmeldt sig registret, men efter hjertestoppet er inhabil/bevidstløs og ikke vil overleve, hvis intensiv behandling fortsættes.

I situationer hvor en patient i et aktuelt behandlingsforløb overfor en sundhedsperson tilkendegiver, at vedkommende ønsker at tilbagekalde sit fravalg i den specifikke behandlingssituation, ser Danske Regioner en risiko for fejl og misforståelser, hvis aftalen stadig fremgår af registret, men ikke er gældende i det aktuelle behandlingsforløb. Lovforslaget fordrer, at sundhedspersonen informerer alle de involverede sundhedspersoner i det aktuelle behandlingsforløb om patientens beslutning og dette kan skabe uklare situationer, hvis fravalget fortsat fremgår af registret.

Lovforslaget lægger op til, at borgerens valg skal være digitalt. Det er vigtigt, at der tages højde for, at ikke alle ældre borgere (60+) kan anvende digitale løsninger. Det er derfor nødvendigt, at der beskrives en fremgangsmåde, så "ikke-digitale" borgere også kan fravælge genoplivning.

Ligeledes kan afmelding fra registret blive omstændigt for "ikke-digitale" borgere, da lovforslaget stiller krav om, at dette skal ske digitalt eller via blanket.

Målgruppen for lovforslaget

Det bør f.eks. beskrives, hvordan det sikres, at en borger er habil i forbindelse med sin registrering af ønsket om fravalg af genoplivning. Det vil f.eks. være svært at vurdere om en patient med bipolar lidelse, der i enten en manisk eller depressiv fase har registreret et fravalg af genoplivning, er fuldt ud habil på registreringstidspunktet. Det bør ligeledes afklares, hvem der undersøger og sikrer habiliteten på registreringstidspunktet.

Det bør samtidig tydeligt fremgå af lovforslagets bemærkninger, at en sundhedsperson ikke vil kunne ifaldes strafansvar, hvis borgeren ved sin tilkendegivelse ikke har været habil og/eller forstået konsekvenserne af sin handling og på trods heraf alligevel har foretaget en tilkendegivelse om fravalg af genoplivning. Sundhedspersonen skal ikke i den akutte og aktuelle behandlingssituation foretage en vurdering heraf.

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på, at lovforslagets aldersgrænse på 60 år ikke er baseret på en faglig vurdering af et menneskes chancer for at komme sig efter et hjertestop. Et rask menneske på 60 år vil

under de rette omstændigheder have gode chancer for at komme tilbage til en fin funktion og kunne klare sig selv efter hjertestop. Hvis formålet med loven er at sætte en aldersgrænse, hvor overlevelsen efter hjertestop er meget ringe, bør man lave en lægefaglig gennemgang af området og deraf fastsættelse af en acceptabel grænse.

Den tekniske it-løsning og understøttelse af lovforslaget

- Sundhedsdatastyrelsen, som opretter det centrale register for registrering af forudgående fravalg af genoplivningsforsøg efter sundhedslovens § 25 a, stk. 1, skal være opmærksom på, hvorledes oplysningspligten varetages, jf. databeskyttelsesforordningens artikel 13-14, herunder om en af undtagelserne til oplysningspligten finder anvendelse (eksempelvis om patienterne i alle tilfælde er bekendt med, at der sker behandling af de relevante personoplysninger).
- Bemærkning til definitionen af habile borgere (s. 18)

”Ved habile borgere forstås borgere, der er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret i konkrete situationer, og dermed borgere, der kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v. Det betyder også, at borgerrettigheden ikke gælder for borgere under værgemål, der omfatter personlige forhold.”

Det er svært rent teknisk at udelukke de borgere, der er under værgemål og måske endnu sværere at udelukke borgere under værgemål, der omfatter personlige forhold.

- Vedr. tilbagetrækning af fravalg § 25 a., stk. 3
Det bør overvejes, om det skal præciseres, at hvis en borger trækker sit fravalg af genoplivning tilbage, vil dette fravalg umiddelbart træde i kraft. Forskellen på ”undtagelse fra fravalget” (i konkrete situationer) samt ”tilbagetrækning af fravalg” bør også beskrives nærmere, herunder hvordan forskellen i disse ”straks-tilbagetrækninger” kan understøttes IT-mæssigt.
- Sammenhæng til eksisterende frabedelsesregler
Lovforslaget tager ikke stilling til en situation, hvor borgeren er dækket af frabedelsesregler for sundhedsoplysninger. Som det er nu, er det fx muligt at registrere et Livs- og behandlingstestamente, men frabede sig sundhedspersoners adgang til data (deling fra den nationale infrastruktur til de lokale fagsystemer). I sådanne situationer skal sundhedspersoner (med behandlerrelation) lave et værdispring for at kunne tilgå dem direkte på sundhed.dk, da oplysningerne ikke vil blive vist i det lokale fagsystem. Danske Regioner vil derfor gøre

opmærksom på de udfordringer der kan være hvis der er foretaget privatmarkering af fravalg og sundhedspersonalet derfor i praksis kan have vanskeligt med at følge borgerens ønske i de lokale fagsystemer.

- Afklaring vedr. udenlandske EU/EØS borgere
Af lovforslaget fremgår det, at borgerne forventes at kunne registrere deres fravalg af genoplivning ved at logge ind ved brug EU/EØS-lande løsning, eID, som f.eks. det danske NemID. Det er vigtigt at få afklaret, hvad regionerne forventes at stille op med de udenlandske EU/EØS borgere, som i f.eks. Sundhedsplatformen typisk vil blive kendt via et såkaldt erstatnings-cpr, men som i det kommende register forventes at blive registreret via et andet ID end erstatnings-cpr. Det skal afklares, hvordan denne sammenhæng sikres, og hvem der er forpligtiget til at sikre denne sammenhæng.
- Integration til fagsystemer
Danske Regionerne forstår lovforslaget sådan, at der lægges op til, at al registrering i registret skal udføres af borgeren selv direkte i registret via eID (fx NemID), og at integrationen til regionernes og kommunernes systemer skal være en en-vejs integration, dvs. at EPJ og EOJ skal kunne give et opdateret billede af borgerens valg vedrørende genoplivning ved hjertestop. Danske Regioner opfordrer til, at dette præciseres, så der ikke er nogen forventning om en to-vejs integration a la FMK. Dette særligt med tanke på de vide rammer, som Sundhedsministeriet får med §25 b stk. 2.
- Tilgængelighed af information for præhospitale funktioner
Det er vigtigt at påtænke en "åben" løsning, således integrationen til de lokale systemer kan genbruges til at hente anden relevant data, herunder f.eks. information om livs- og behandlingstestamente. Oplysninger fra registret skal kunne fremkomme automatisk i de præhospitale systemer. Manuel fremsøgning og opslag i et eller flere registre er uforenelig med de præhospitale opgavers natur.

Øvrige kommentarer, herunder tekstnære bemærkninger

I høringsbrevet står:

Dette gælder f.eks. personale på AMK-vagtcentraler, ambulancereddere, sygehuspersonale, sundheds- og plejepersonale i kommuner og praktiserende læger.

Her skal tilføjes Regioner.

Dette er vigtigt, da der ellers vil være tvivl om, hvorvidt aftalen gælder på de regionale bosteder og institutioner.

I Udkast til lovforslag, s. 3 står:

At understøtte en værdig afslutning på livet handler bl.a. om at respektere den enkelte borgers livssyn og personlige ønsker, herunder borgerens eventuelle ønske om at sige nej tak til at blive forsøgt genoplivet på et tidspunkt, hvor hjertet holder op med at slå, og hvor livet og genoplivningsforsøg opleves som uværdigt.

Dette er modstridende med, at borgeren, med det nye lovforslag, skal have mulighed for at fravælge genoplivningsforsøg uafhængigt af helbredstilstanden og der er derfor ikke grundlag i lovforslaget at der skal foretages vurdering af helbredstilstand eller værdighed på den anden side af genoplivning.

I udkast om lovforslag, s. 5. står:

... ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke...

Samtykket forudsættes at være et resultat af en tovejskommunikation mellem patient og sundhedsperson.

Danske Regioner vil bede om en præcisering af hvorvidt den skriftlige registrering i registeret vil kunne foretages af borgere, uden forudgående samtale med en sundhedsperson?

Til Sundhedsministeriet

Den 18. august 2022

Høring vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Fravalg af genoplivning ved hjertestop)

Danske Ældreråd kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslag om ændring af sundhedsloven – fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Danske Ældreråd er positive over for, at lovforslaget giver ældre mennesker, der er svækkede af alderdom efter et langt liv, muligheden for at frasige sig genoplivning ved hjertestop. Det vil give en mere værdig afslutning på livet, og det vil gøre det lettere for det sundhedsfaglige personale omkring borgeren at give den rette pleje og omsorg i livets sidste tid.

Det er meget positivt, at der som led i lovændringen udvikles en digital løsning, der skal gøre det muligt for al sundhedspersonale at opnå viden om borgerens eventuelle fravalg af genoplivning ved hjertestop.

Når muligheden for at fravælge genoplivning ikke længere er betinget af en diagnose eller svækkelse, mener vi, at behovet for en forudgående dialog med en sundhedsprofessionel er særlig vigtig, så borgeren hjælpes til at træffe beslutning på et oplyst grundlag. Vi læser, at borgeren undervejs i registreringen af sit fravalg vil blive mødt med en tekst, der leder gennem overvejelser om at tale med egen læge eller anden sundhedsprofessionel. Vi er bekymrede for, om denne tekst er tilstrækkelig information til borgere, der kunne have brug for at tale med en sundhedsprofessionel forud for at registrere sit fravalg, fx hvis borgeren træffer beslutning om fravalg som følge af depression eller lignende.

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmen 10-12, 1216 København K

Til: Sum@sum.dk
Kopi: csk@sum.dk, adt@sum.dk, sagl@sum.dk

Dato: 30. juni 2023
Sagsnr.: 2308510
Dok.nr.: 2740025
Sagsbeh.: ABP.DKETIK

Høring over udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)

Det Ethiske Råd takker for ovennævnte i høring, der vedrører aftale om udmøntning af midlerne afsat til 'Det gode ældreliv' af den 18. december 2020. Aftalen er senere justeret og konkretiseret i februar 2022.

Der har pågået et løbende arbejde med løsninger på området, og Det Ethiske Råd har, sammen med øvrige aktører med interesse for området, benyttet sig af de muligheder, der har været, for at bidrage med input, betragtninger og etiske overvejelser, i de forskellige sammenhænge. Rådet har således løbende vendt nogle problematikker i forlængelse af arbejdet, og høringssvaret er ikke en individuel medlemspositionering, men beror på de overvejelser, der er fremkommet i de løbende snakke.

Døden er uomgængelig og et af menneskelivets grundlæggende vilkår, men fordi lægevidenskaben udvikles og vi kan så meget, betyder det også, at et hjertestop ikke altid er forbundet med døden. Et hjertestop fører altså kun med sikkerhed til døden, hvis ingen forsøger at genoplive én. Nogle gange kan vi bringe livet tilbage efter et hjertestop og dette til stor glæde og taknemmelighed for den der blev genoplivet. Men det er også hændt, at der har været situationer hvor sundhedsprofessionelle har været tvunget til at iværksætte genoplivningsforsøg på ældre alment alderdomssvækkede mennesker, som ellers udtrykkeligt har givet udtryk for ikke at blive genoplivet, hvis de skulle falde om af et hjertestop, og en sådan handling kan forekomme både uværdig og uetisk.

Det gælder for den nuværende retstilstand, at alle raske personer, som udgangspunkt vil blive forsøgt genoplivet i tilfælde af hjertestop. Videre at det kun er habile borgere, der befinder sig i en *aktuel sygdomssituation*, eller som

har oprettet et behandlingstestamente, som på forhånd kan tilkendegive et ønske om, at der ikke foretages genoplivningsforsøg i tilfælde af hjertestop.

Det betyder, at der er aktuelt et vakuum for fx de habile ældre mennesker, som ikke befinder sig i en *aktuel sygdomssituation*, men dog er **alment alderdomssvækkede** og ”**mætte af dage**”. De som har et ønske om at dø naturligt, når kroppen siger stop, og ikke ønsker de eventuelle komplikationer og gener, der risikerer at opstå, hvis de bliver genoplivet i tilfælde af hjertestop i en sen alder, de som har givet udtryk for, at når dagen kommer hvor hjertet stopper med slå, så ønsker de, at vi lader dem dø i fred. Her finder rådet, at det er uetisk at trodse dette og alligevel starte genoplivning.

Det Ethiske Råd er opmærksom på, at vejledningen på området tidligere har indeholdt ordlyden *almen alderdomssvækkelse*, som beroede på en lægefaglig vurdering, mens den nuværende vejledning og retstilstand er foruden. Dette vakuum bør behandles.

Det følger af lovudkastets indledning, at formålet med aftalen er, at give alle ældre borgere mulighed for en værdig afslutning på livet, herunder at respektere den enkelte borgers livssyn og personlige ønsker, såsom et eventuelt ønske om at fravælge at blive forsøgt genoplivet i tilfælde af hjertestop.

Rådet finder derfor overordnet set, at der er tale om en forbedring af den nuværende retstilstand derved, at det kan blive en mulighed at registrere et ønske om at frasige sig genoplivningsforsøg i tilfælde af hjertestop.

Et skøn eller objektive krav:

Selvom det kan være vanskeligt, at beskrive hvilke almene eller generelle træk ved en situation, der ville berettige, at nogle mennesker skal have mulighed for at undgå forsøg på genoplivning, så er det nødvendigt, hvis man ønsker klarhed herom i loven. Man kan også lade lægen foretage den sundhedsfaglige vurdering af fx hvornår man er alment alderdomssvækket eller som i det foreslåede lade det bero på objektive kriterier.

Det Ethiske Råd er på det rene med, at det politiske ønske har været at lave en model med objektive kriterier, for hvornår borgerrettigheden kan indtræde – i form af et alderskriterium, så lægen ikke er involveret. Det fremgår, at alderskravet er let at forstå for borgerne, og at det samtidig vil sikre lighed for alle borgere - vel at mærke fra 60 år. Rådet er opmærksom på, at en sådan model også kan forekomme lettest at håndtere juridisk.

Men rådet mener også, at det ville være muligt at finde håndterbare løsninger, som knytter an til et sundhedsfaglig skøn.

Digital løsning:

Det Etske Råd støtter arbejdet med det digitale centrale register, der skal understøtte retstilstanden, så sundhedspersonalet får hurtig og nem adgang til oplysningerne i tilfælde af hjertestop, og så borgerens ønsker kan registreres og fortrydes på en sikker og pålidelig måde, der slår igennem i hele sundhedsvæsenet (personale på AMK-vagtcentraler, ambulanceddere, sygehuspersonale, sundheds- og plejepersonale i kommuner og praktiserende læger).

Rådet finder det også væsentligt og godt, at det skaber større sikkerhed for sundhedsprofessionelle, som i højere grad kan efterleve borgernes ønsker, når de hurtigt kan få kendskab hertil og uden at frygte for, om de lever op til deres faglige forpligtelser og ikke handler i strid med autorisationslovens § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed, § 42 stk. 1 om hjælpepligt eller straffelovens § 250 og § 253 om ansvar for passivitet og hjælpepligt.

Alderskriteriet

Det Etske Råd har haft en overvejende undren, i forhold til at aldersgrænsen på 60 år som virker vilkårlig, trods lovudkastet anfører, at grænsen skal være i nærheden af en alder, hvor borgeren "kan anses for at være ældre", at en aldersgrænse på 60 år frem for 70 år udgør en "bredere rettighed for borgerne", som vil "medføre væsentlig mindre risiko for, at den enkelte borger, f.eks. som følge af demens, er nået at blevet inhabil".

Rådet gør opmærksom på det uheldige i, at ikke alle i den tænkte målgruppe har rundet 60 årsalderen og derfor vil stå udenfor rettigheden, mens andre der omvendt ikke var tænkt som en del af målgruppen, vil kunne anvende registreringsretten til andet af det tiltænkte.

Samråd med læge eller borgerrettighed

Det Etske Råds overvejelser har omhandlet, hvilket afsæt man bør have for at drøfte den foreslåede fravalgsmulighed. Bør problemstillingen behandles som rettighed, eller er problemstillingen rettelig forbundet med den sundhedsfaglige vejledning (samtale) og vurdering (habilitet)? Det er to forskellige afsæt for drøftelserne og dermed også for løsningerne.

Det fremgår i høringsmaterialet, at der er politisk enighed om, at det er en rettighedsdiskussion, som alene skal være betinget af borgerens alder og habilitet og uden krav om forudgående dialog med fx læge eller pårørende.

Samråd med læge og habilitet

Et flertal blandt rådets medlemmer mener dog fortsat, at det ville være hensigtsmæssigt, hvis man forud for en sådan stillingtagen og registrering skulle konsultere egen læge eller tilsvarende. Dels for at sikre habilitet og dels for at tage udgangspunkt i borgerens forståelse af valget og sundhedslovens § 15 om informeret samtykke.

Den foreslåede ordning stiller hverken krav om at en myndighed har foretaget en vurdering af habilitet eller om samråd med læge eller tilsvarende forud for registrering. Pårørende kan heller ikke modsætte sig. Betydningen heraf er, at borgere der ikke har den lovmæssige ret, alligevel kan lade sig registrere, til trods for at de ikke er habile i registreringsøjeblikket.

Det kan rådet godt bekymre sig om. Særligt i forhold til de borgere, der befinder sig i en særlig psykisk sårbar situation, hvor de måske kortvarigt tvivler på livet og kan finde på at forcere en ulykke – fravalget gælder også for hjertestop i ulykkestilfælde

Habile borgere, som forslaget gælder, skal i lovens forstand forstås som borgere der er i stand til at varetage deres helbredsforhold, kan udøve deres selvbestemmelsesret i konkrete situationer, kan forstå konsekvenserne af deres beslutninger, og dermed kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v. Men det bringer systemet i en anden form for usikkerhed, om hvad det vil sige, at "man ikke er i stand til at varetage sine helbredsforhold" eller ikke kan "forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.v." Der vil således også/alligevel skulle foretages en sundhedsfaglig vurdering her.

Det fremgår videre af § 25 a stk. 4, at "*ønsket er bindende for sundhedspersonen, medmindre denne har kendskab til, at registreringen er foretaget på et tidspunkt, hvor borgeren utvivlsomt ikke var i stand til at varetage sine helbredsforhold.*"

Registreringstidspunktet, som er afgørende for vurderingen, skal således gøres tilgængelig for sundhedspersonerne, hvis bestemmelsen skal være virksom i hjertestop-situationen. Hvis man foretog en sundhedsfaglig vejledning og vurdering forud for et registreringsønske, ville man være ude over de usikkerheder, der knytter an til at foretage vurderinger om, hvorvidt en borger har været habil på et tidligere tidspunkt – på registreringstidspunktet.

Forsinket i ikrafttrædelse

Med den senere justerede og konkretiserede aftale 'Det gode ældre liv' af februar 2022, følger det at fravalget vil træde i kraft syv kalenderdage efter, at borgeren har registreret sit fravalg. Det følger videre, at et fravalg til enhver tid kan fortrydes af borgeren. Det Ethiske Råd støtter betænkningstiden og den forsinkede ikrafttrædelse i § 25 a stk. 2.

På vegne af Det Ethiske Råd

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leif Pedersen', with a long horizontal flourish extending to the right.

Leif Vestergaard Pedersen
Formand for Det Ethiske Råd

FOAs høringssvar vedrørende Fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

FOA afgav i august 2022 høringssvar på lovforslaget om fravalg af genoplivningsforsøg ved Hjertestop.

Her slog vi fast, at FOA støtter op om muligheden for, at borgere i højere grad kan fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop. Der er alt for mange borgere, som genoplives eller forsøges genoplivet, selvom de ikke ønsker det. Det er uværdigt for borgeren, men også for de medarbejdere, som skal stå for genoplivningen, selvom de ved, at det er imod borgerens ønske.

FOA ser positivt på, at der nu etableres et register, som integreres med alle relevante fagsystemer, så sundhedspersonalet i den konkrete situation, hvor en borger falder om eller findes livløs, hurtigt kan tilgå informationen om, at genoplivningsforsøg er fravalgt. Det er stadigvæk FOAs holdning til lovforslaget.

FOA har en række opmærksomhedspunkter, som bør stå helt klart. Det drejer sig især om, hvordan man sikrer, at personalet har viden om borgerens fravalg/valg af genoplivning, og hvad man gør hvis man ikke har mulighed for hurtigt at få den viden. Når tingene går stærkt, kan det være svært for personalet at skulle tjekke disse valg. Man kan derfor ikke stille personalet til ansvar på en baggrund.

1. Afklaring af sundhedspersoners ansvar

Det er positivt, at det står så klart i lovforslaget, at medarbejderne skal genoplive, hvis de er i tvivl, og at der kan være gode grunde til, at man ikke kan slå op i journalen (fx at der kun er én medarbejder til stede). Men sundhedspersoners ansvar bør beskrives endnu tydeligere.

- ❖ Det bør stå helt klart, at man ikke kan forvente af medarbejderne, at de kan huske et fravalg af genoplivning.
- ❖ Medarbejderne kan have genoplivet ved tvivl, selvom de teoretisk set kunne have undgået en genoplivning, hvis de ikke har mulighed for i den givne situation at få adgang til relevant information.

2. Fravalget skal stå med "flammeskrift"

Der står mange informationer i de elektroniske patient- og omsorgsjournaler. Da oplysningen om en borgers eventuelle fravalg hurtigt skal kunne findes frem af personalet, er det afgørende, at det står meget tydeligt i journalerne. Fx med en anden tekst-farve.

3. Ikke-autoriserede medarbejdere

Flere steder i lovforslaget omtales sundhedspersoner som dem, der har en autorisation. For FOA står det uklart, hvad det betyder for alle de medarbejdere, som ikke er autoriserede. Det gælder bl.a. social- og sundhedshjælpere og ufaglærte, som udgør en meget stor procentandel af de ansatte i ældreplejen.

Heilsumálaráðið (2023)

From: Aud í Soylu <aud.soylu@hmr.fo>
Sent: 14-06-2023 11:30:52 (UTC +02)
To: DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>
Cc: Christine Stausholm Schjødt <CSK@SUM.DK>; Sabine Godsvig Laursen <SAGL@SUM.DK>; Anne Dahlgard Thuesen <ADT@SUM.DK>; Rigsombuddet <ro@fo.stm.dk>
Subject: Høringsvar: Høring over lovforslag om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

Til Sundhedsministeriet

Heilsumálaráðið har modtaget ovenfornævnte lovforslag i høring.

Eftersom der er tale om et lovforslag der skal forelægges Folketinget, og ikke en kongelig anordning, der skal forelægges Lagtinget, tager de færøske myndigheder foreløbigt stilling til ikrafttrædelsesbestemmelsen.

Iht. § 3 i lovforslaget, kan loven ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som færøske forhold tilsiger.

Heilsumálaráðið har noteret sig, at der her er tale om et område, der ikke er overgået til færøske myndigheder som særanliggende iht. hjemmestyrelovgivningen.

Det er derfor muligt at sætte loven i kraft for Færøerne ved kongelig anordning og ikrafttrædelsesbestemmelsen er derfor korrekt.

Med venlig hilsen

På vegne af det færøske Sundhedsministeriet

/Aud í Soylu
Koordinator



Heilsumálaráðið/Ministry of Health
Eirargarður 2 • 100 Tórshavn • Faroe Islands
Tel. +298 304050 • Mobile +298 734004
aud.soylu@hmr.fo • www.hmr.fo

Fra: Sabine Godsvig Laursen <SAGL@SUM.DK>

Sendt: 2. juni 2023 15:01

Til: da@da.dk; dts@organtransplantation.dk; Helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk; info@genoplivning.dk; formand@dasams.dk; kontakt@dasem.dk; dsam@dsam.dk; Lotte.Engell-Noerregaard@regionh.dk; Gorm.Greisen@regionh.dk; gib@dadl.dk; info@patientsikkerhed.dk; heang@rn.dk; dsr@dsr.dk; dasys@dasys.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; info@danske-aeldreraad.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; info@demens-dk.dk; Det Etske Råd kontakt <kontakt@etiskraad.dk>; info@fagligsenior.dk; foa@foa.dk; Hjerteforeningen

<post@hjertereforeningen.dk>; Heilsumálaráðið <hmr@hmr.fo>; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; lev@lev.dk; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; pebl@patienterstatningen.dk; plo@dadl.dk; pf@psykiatrifonden.dk; regionh@regionh.dk <regionh@regionh.dk>; kontakt@rm.dk; REGION@RN.DK; regionsjaelland@regionsjaelland.dk; kontakt@rsyd.dk; info@sufo.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk
Cc: Christine Stausholm Schjødt <CSK@SUM.DK>; Anne Dahlgaard Thuesen <ADT@SUM.DK>
Emne: Høring over lovforslag om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

Til høringsparterne på vedlagte høringsliste

Se venligst vedhæftede høringsbrev og udkast til lov om ændring af sundhedsloven (mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop).

Eventuelle bemærkninger bedes sendt til sum@sum.dk med kopi til csk@sum.dk, sagl@sum.dk og adt@sum.dk senest den **30. juni 2023**.

Venlig hilsen

Sabine Godsvig Laursen

Specialkonsulent, Jura og Lovkvalitet

–

M 2912 2469

@ sagl@sum.dk



INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk

[Twitter](#) • [LinkedIn](#) • sum.dk





Hørings svar fra KL vedr. udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop).

KL bakker op om intentionen om at give habile borgere, som er fyldt 60 år, mulighed for at tilkendegive et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop på enten sundhed.dk for de digitale borgere eller via en papirblanket for de ikke digitale borgere.

I kommunerne vil det være hensigtsmæssigt, at spørgsmålet om fravalg af genoplivningsforsøg tages op i forbindelse med en indflytningssamtale på plejehjem eller ved et visitationsbesøg ved hjemme(sygepleje) m.v. Op mod 80% af borgerne på plejehjem har demenssygdomme i varierende grad, men de fleste er ikke klinisk udredt. I praksis betyder dette, at kommunernes sundhedspersonale kan komme i tvivl om borgerens habilitet. Ved tvivl om borgernes habilitet skal borgernes praktiserende læger ind over i forhold til habilitetsspørgsmålet. Kommunernes sundhedspersonale kan i mange tilfælde ikke vurdere om borgeren forstår spørgsmålet og rækkevidden af fravalget af genoplivningsforsøg ved hjertesvigt.

Kommunerne så gerne, at alle typer fravalg af genoplivningsforsøg automatisk kom ind i den elektroniske omsorgsjournal på den samme måde. Dette er uanset om det er borgerens egen registrering af fravalg i forbindelse med hjertesvigt eller et lægeligt fravalg m.v. Dette af hensyn til at undgå fejl ved at medarbejderne skal orientere sig flere forskellige steder afhængigt af typen af fravalg af genoplivning. Dette vil kræve, at der ses på en samlet digital understøttelse i forbindelse med udviklingen af en digital løsning i regi af Sundhedsdatastyrelsen. Endvidere skal det fremhæves, at det bekesteligt at udvikle it-integration drypvist fremfor en samlet løsning.

KL er på baggrund af lovforslaget usikker på, hvem i kommunerne som kan afgøre om en borger er hjertedød? Er det alene medarbejdere med en sundhedsfaglig autorisation? (sygeplejersker, SOSU-assistenten, fysioterapeuter og ergoterapeuter). Eller er det også rengøringsmedarbejderen, madbuddet og andre faggrupper uden sundhedsfaglig autorisation som kommer løbende i borgerens hjem? Eller skal medarbejdere uden en

Dato: 22. juni 2023

Sags ID: SAG-2022-03420
Dok. ID: 3349362

E-mail: PRK@kl.dk
Direkte: 3370 3156

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 1



sundhedsfaglig autorisation under alle omstændigheder påbegynde genoplivning?

Det fremgår af lovforslaget, at fravalget af genoplivning først er bindende efter 7 kalenderdage af hensyn til at fravalget kan være sket i affekt og borgeren derfor ønsker at omgøre det. Hvordan skal det forstås når der skal bygges it-understøttelse? Grunden til spørgsmålet er, at det er dyrt og giver et langsomt virkende system, hvis en kommunal it-løsning 24/7 uafbrudt skal forespørge om der er foretaget et fravalg som har passeret de 7 kalenderdage? Eller om en kommunal it-løsning en gang i døgnet får en samlet oversigt med cpr nr., som har passeret de 7 kalenderdage?

Det fremgår af høringsmaterialet, at udgangspunktet er, at en sundheds-person har pligt til at se i sit it-fagsystem om en borger har fravalgt genoplivning ved hjertesvigt. I en del situationer i kommunerne er dette ikke muligt. Fx hvis der ikke er mobildækning og en opdateret mobil it-løsning ikke kan tilgås, hvis medarbejderen ikke har en mobil it-løsning eller hvis der anvendes vikarer eller ikke fast tilknyttet personale, som først orienterer sig i it-systemet på borgernes bopæl. Eksemplerne er ikke udtømmende. Der vil være mange situationer, hvor sundhedspersonale (og andre) først orienterer sig i it-systemet på bopælen, hvor de er alene med borgeren eller hvor de ikke har mobil adgang til oplysningerne. I disse tilfælde regner KL med at det ikke er forventningen at de forudgående har orienteret sig i it-systemet? Derfor vil medarbejderne i disse og lignende situationer påbegynde genoplivning. Hvis medarbejderne skal orientere sig om fravalg forud for de skitserede og lignende situationer vil det kræve en meget omfattende og økonomisk kostbar omlægning af arbejdsgange i den samlede hjemme(syge)pleje.

Der er samlet afsat 15 mio. kr. til kommunernes, regionernes m.fl. fagsystemtilpasninger ift. opkobling til registeret med fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertesvigt for borgere som er fyldt 60 år. Det er på nuværende tidspunkt ikke fastlagt, hvad omkostningerne er til tilpasning af de kommunale EOJ-systemer og derfor ikke om der er afsat tilstrækkeligt med midler til systemintegration, omlægning af arbejdsgange og uddannelse heri. Herudover er der ikke afsat midler til løbende drift og vedligeholdelse af system mv., som erfaringsmæssigt udgør ca. 20% af anlægsudgifterne/etableringsomkostningerne. KL forbeholder sig derfor muligheden for at rejse en senere DUT-sag når de samlede kommunale udgifter ved ordningen er kendt og klarlagt.

KL tager forbehold for senere politisk behandling og økonomiske konsekvenser.

Med venlig hilsen

Poul Erik Kristensen
Chefkonsulent
Center for sundhed- og ældre, KL

Dato: 22. juni 2023

Sags ID: SAG-2022-03420
Dok. ID: 3349362

E-mail: PRK@kl.dk
Direkte: 3370 3156

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2



30. juni 2023

EMNE: Høringssvar vedr. Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)

Positivt at borgernes selvbestemmelsesret styrkes

Lægeforeningen ser positivt på lovforslaget om, at borgernes selvbestemmelsesret udvides, således at kravet om en aktuel sygdomssituation ikke længere er et krav ved fravalg af genoplivningsforsøg.

Lægeforeningen er dog fortsat af den opfattelse, at borgeren bør opfordres til at drøfte deres overvejelserne omkring fravalget og konsekvenserne heraf med egen læge.

Lægeforeningen lægger desuden vægt på, at der - for at den udvidede rettighed kan blive en realitet for alle borgere i målgruppen - på tværs af landet etableres en it-infrastruktur, som let kan tilgås i lægers daglige arbejde. Det er desuden vigtigt, at den digitale adgang til oplysninger om borgerens fravalg bliver et let tilgængeligt redskab for alle relevante aktører i sundhedsvæsenet i øvrigt. I den forbindelse er det væsentligt, at der afsættes de midler, som er nødvendigt for, at borgerens fravalg kan registreres i et landsdækkende system.

Man bør desuden på sigt arbejde hen imod, at også lægers forudgående fravalg af genoplivning efter gældende regler slår igennem på tværs af registre og sektorer i sundhedsvæsenet.

Læger og andre sundhedspersoner må ikke kunne komme i klemme

Det fremgår af det fremsendte udkast til lovforslag, at et forsøg på genoplivning trods borgerens forudgående fravalg kun fritager for ansvar, i den situation, hvor lægen eller sundhedspersonen tilfældigt er til stede og af den grund ikke har adgang til oplysningerne i registret. Det er imidlertid afgørende for lægers og andre sundhedspersoners retssikkerhed, at de ikke kan stilles til ansvar for at have forsøgt genoplivning i andre typer af situationer, hvor der ikke har været mulighed for at tilgå oplysningerne. Det kunne fx være i tilfælde, hvor den pågældende læge eller sundhedsperson af tekniske eller andre årsager har været hindret adgang til oplysningen. Dette bør præciseres i lovforslagets bemærkninger.

Endelig er det væsentligt, at borgeren i forbindelse med fravalg af genoplivningsforsøg vejledes om risikoen for, at der kan opstå situationer, hvor oplysningen om fravalg ikke er tilgængelig for sundhedspersonen, og at det derfor i de situationer ikke kan udelukkes, at borgeren vil blive forsøgt genoplivet, selvom borgeren har registreret et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg.



Med venlig hilsen

Anna Mette Nathan
Næstformand for Lægeforeningen



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendt til:
sum@sum.dk; csk@sum.dk; adt@sum.dk; sagl@sum.dk

23. juni 2023
Dokumentnummer: 23PEBL-91081

Høringssvar – Lovforslag om fravalg af genoplivningsforsøg – Ministeriets sagsnr. 2306243

Ved brev af 2. juni 2023 har Sundheds- og Indenrigsministeriet bedt om bemærkninger til et udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop).

Med lovforslaget indføres en ny borgerret, der giver enhver habil person, der er fyldt 60 år, adgang til at fravælge at blive forsøgt genoplivet i tilfælde af hjertestop. Borgerens ønske er bindende for sundhedspersonalet.

Patienterstatningen foreslår, at der i lovforslagets bemærkninger bliver taget stilling til de erstatningsretlige konsekvenser af manglende overholdelse af borgerens ønske.

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at sundhedspersonalet på hospitaler, i ældreplejen, i almen praksis mv. har pligt til at påse, om patienten har fravalgt genoplivningsforsøg ved hjertestop. Det må forventes, at der vil opstå sager, hvor pligten ikke er overholdt.

Der tænkes her på tilfælde, hvor behandlingsstedet havde kendskab til patientens ønske, men hvor sundhedspersonalet i den konkrete situation, fx på grund af travlhed, forglemelse mv., har foretaget genoplivning i strid med patientens ønske.

Hvis genoplivningsforsøget har ført til patientens overlevelse, men medført alvorlig fysisk skade, fx brækkede ribben eller hjerneskade, kan det tænkes, at patienten vil rejse erstatningssag med påstand om, at skaden skal erstattes, fordi genoplivningen blev foretaget uretmæssigt i strid med patientens registrerede ønske. I de mest alvorlige tilfælde kan erstatningskravet udgøre et større millionbeløb.

Det er efter vores opfattelse meget tvivlsomt, om et sådant krav er omfattet af de gældende regler i klage- og erstatningsloven, da lovens skadebegreb ikke omfatter krænkelse af patientens selvbestemmelse.

Hvis det ønskes politisk, at der skal kunne tilkendes erstatning i det nævnte eksempel, opfordrer vi til, at det eksplicit kommer til at fremgå af lovbemærkningerne.

For så vidt angår den modsatte situation, hvor sundhedspersonalet følger patientens registrerede ønske og undlader genoplivning, vil de pårørende ikke kunne rejse krav om erstatning for dødsfaldet.

Med venlig hilsen

Peter Jakobsen
chefkonsulent

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Direkte 20528648

Journal-nr.: 23034560

Dato: 4. juli 2023

Hørings svar til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)

Region Hovedstaden finder det positivt, at der med lovforslaget gives mere selvbestemmelse til patienten, således at ældre borgere over 60 år, der ønsker at dø naturligt ved hjertestop, kan fravælge genoplivning. Region Hovedstaden har dog en række bemærkninger til lovforslaget i dets nuværende form, der bør tages i betragtning for at sikre både sundhedspersonens retsstilling og patientsikkerheden, særligt i situationer hvor borgeren har begået selvmord i affekt eller pga. psykisk sygdom.

Registrering og visning af fravalget

Det fremgår af udkast til lovforslaget s. 17 og s. 35, at der vil blive udviklet og etableret et centralt register, hvor borgerens fravalg automatisk bliver synligt i sundhedspersonalets it-fagsystemer.

Efter Region Hovedstaden opfattelse er denne centraliseringen af registeret og automatiseringen af visningen i sundhedspersonens fagsystem helt afgørende for, at ordningen skal fungere i praksis.

Tilsvarende er det helt afgørende, at fravalget gøres umiddelbart tilgængelig i det fagsystem, der anvendes til dagligt af det relevante sundhedspersonel, og at fravalget gøres tilgængelig på en måde, der understøtter sundhedspersonalets arbejdsgange.

Særligt vedrørende implementering af ordningen i hospitalsregi bemærkes, at det er afgørende, at registreringen af fravalg af genoplivning er umiddelbart tilgængelig for personalet allerede ved indlæggelsen, så fravalget kan følge pa-

tienten under hele indlæggelsen. Hjertestop er i sagens natur en akut situation, og hvis det tager bare få minutter at fremsøge fravalget, vil genoplivningsforsøg sandsynligvis allerede være igangsat. I sådanne tilfælde vil det udelukkende være en hjælp til afslutning af det allerede igangsatte genoplivningsforsøg.

Særligt vedrørende implementering af ordningen præhospitalt (i form af hjertestop på gaden, i eget hjem, på plejehjem eller i almen praksis mv.) bemærkes, at den umiddelbare tilgængelighed af fravalget er en nødvendighed, da personaleressourcer ofte er begrænset. Der vil derfor ikke vil være tid til at slå op i et register med hverken MitID eller anden to-faktor autorisation. Informationen bør fremgå direkte af (PPJ)skærmen, når man trykker cpr nummer ind, ellers vil det ikke blive anvendt, da man i situationen vil være nødt til at prioritere behandlingen. Der gøres herudover opmærksom på, at man præhospitalt i visse situationer ikke har adgang til fulde personoplysninger, hvorfor et registreret fravalg i disse situationer vil være ukendt.

Håndtering af opslag ved hjertestop i praksis

Det fremgår af lovforslagets s. 21 og s. 36f, hvordan bemyndigelsesbestemmelsen i § 25b, stk. 2 forventes at blive anvendt til at fastsætte regler om ansvaret for benyttelsen af og adgangen til registeret, samt hvilket personale, der skal kunne tilgå oplysningerne samt sundhedspersonalets pligt til at tilgå de registrerede oplysninger.

På lovforslagets s. 32 fremgår, at borgerens fravalg er bindende for sundhedspersonen, men at der kan opstå konkrete situationer, hvor sundhedspersonen undtagelsesvist ikke har mulighed for at se, om borgeren har fravalgt genoplivning ved hjertestop, herunder ved IT-nedbrud, og hvis sundhedspersonen er alene med borgeren.

Efter Region Hovedstaden opfattelse, vil det være hensigtsmæssigt i den forbindelse, at det også uddybes, hvordan sundhedspersonen konkret skal forholde sig ved hjertestop i andre situationer end de opridsede, f.eks. hvis man er flere til stede, og helt lavpraktisk om behandling igangsættes før/efter/samtidig med opslaget. Det bemærkes, at der er tale om akut tilstand, hvor tid er en vigtig faktor, og det er Region Hovedstaden opfattelse, at der bør formuleres helt tydelige retningslinjer til sundhedspersonalet omkring håndtering af opslag i praksis, hvor der opstår hjertestop.

Akutberedskabets håndtering af opkald omkring hjertestop

Det fremgår af lovforslagets s. 34, at borgerens fravalg af genoplivning ikke er bindende for sundhedspersoner, der tilfældigt er til stede, og derfor ikke har adgang til oplysningerne i registeret. Herudover fremgår det, at fravalget ikke er gældende for almindelige borgere, herunder f.eks. hjerteløbere.

Region Hovedstaden bemærker, at det alligevel bør uddybes, hvordan almindelige borgere, der ringer ind omkring hjertestop og formodede hjertestop skal håndteres af akutberedskabet, herunder om hjertelungeredning skal anbefales, samt hvordan opslag og information om fravalg skal håndteres i disse situationer.

Tydeliggørelse af sundhedspersonens ansvar

Region Hovedstaden finder det positivt, at sundhedspersoners ansvar i tilfælde af hjertestop er beskrevet grundigt i lovforslaget, men Region Hovedstaden foreslår alligevel, at afsnittet omkring sundhedspersonens kendskab til inhabilitet og undersøgelsespligt med fordel kan uddybes og konkretiseres yderligere.

Uddybning af håndteringen af hjertestop ved de 5 døds måder

Af lovforslagets s. 19 fremgår, at fravalget af genoplivning er gældende i alle situationer, hvor borgeren får hjertestop. Genoplivningsforsøg kan, ifølge bemærkningerne, ikke fravælges i bestemte situationer. Som eksempel i bemærkningerne nævnes naturlig død og ulykker.

Region Hovedstaden bemærker, at det i bemærkningerne med fordel kan fremhæves yderligere, at fravalget gælder ved alle fem døds måder: naturlig død, ulykke, selvmord, drab/vold og uoplyst. jf. vejledning nr. 10101 af 19/12/2006 om ligsyn, indberetning af dødsfald til politiet og dødsattester m.v.

Særligt finder vi det dog problematisk, at lovforslaget ikke forholder sig til tilfælde af hjertestop, hvor patienten har begået selvmord. Ved selvmordsforsøg, der involverer et stort blodtab eller forgiftning kan hjertestop opstå undervejs i den akutte behandlingssituation. Selvmordsforsøg kan være planlagte men er ofte impulsive. I begge tilfælde er det essentielt, at patienten kan behandles, idet patienten efter behandling ikke ønsker at dø.

Det er derfor Region Hovedstaden anbefaling, at lovforslaget forholder sig til og præciserer, hvordan psykisk syge borgers patientsikkerhed kan tilgodeses i den foreslåede ordning om fravalg af genoplivning, samtidig med at der er klarhed over sundhedspersoners ansvar.

Vurdering og registrering af habilitet

Det fremgår af lovforslagets s. 19, at fravalget kan registreres, uden at en sundhedsperson eller pårørende er involveret, eller en myndighed i øvrigt har taget stilling til borgerens habilitet i registreringsprocessen, samt at dette kan føre til at borgere, der ikke er habile, kan registrere et fravalg af genoplivning uden at have ret til det.

Region Hovedstaden bemærker, at det alligevel bør indtænkes og præciseres, hvordan det i ordningen kan forebygges, at borgere der varigt eller midlertidigt ikke lever op til habilitetskravene afholdes fra at registrere et fravalg af hensyn til patientsikkerheden. Ordningen vil som den ser ud på nuværende tidspunkt

kunne føre til registrering af fravalg af genoplivning i tilfælde, hvor borgeren ikke var i stand til at handle fornuftmæssigt. Der bør også tages stilling til, om borgere, der er psykotiske eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed, betragtes som habile eller inhabile i denne henseende.

Herudover fremgår det af lovforslagets s. 20, at formålet med de 7 dages karensperiode er at sikre, at borgere der handler i affekt, kan nå at omgøre deres valg inden det træder i kraft. Hertil bemærkes det, at 7 dages karensperiode efter Region Hovedstadens opfattelse ikke vil forebygge registrering af fravalg af genoplivning, der er baseret på en beslutning taget i affekt. Det er dog positivt, at fravalget til enhver tid kan trækkes tilbage, herunder at en patient i en konkret aktuel behandlingssituation kan tilbagekalde sit fravalg.

Att.: Sundhedsfagligt Råd

Input til høring om lovforslag om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

Det Nære Sundhedsvæsen er blevet anmodet om at indgive input til samlet høringssvar fra Region Sjælland om lovforslag om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Lovforslaget lægger op til, at enhver habil borger på 60 år og derover kan lade sig registrere i et centralt register, hvor borgeren frabeder sig forsøg på genoplivning ved hjertestop uden, at personen forudgående har talt med en sundhedsfaglig person om dette.

I bemærkningerne til loven står anført mange steder, at borgere på 60 år og derover betragtes som ældre. Dette til trods for, at vi har et samfund, hvor det politisk er besluttet, at pensionsalderen skal være stigende. At slå fast at en alder på 60 år falder i kategorien som ældre, harmonerer derfor ikke med det øvrige samfunds og den øvrige lovgivning i forhold til alder.

Udfordringen med en alder på 60 år er også, at mange borgere på 60 år og ældre i dag er fysisk og mentalt mere velbevaret en blot for få årtier siden. Samtidig overlever flere og flere hjertestop, der sker uden for hjemmet, fordi hjertestartere er tilgængelige mange steder, og mange borgere overlever desuden hjertestop efter indførelse af hjerteløbere. Langt de fleste, der overlever et hjertestop, får efterfølgende et godt liv.

Hvis mange borgere lader sig registrere i et register om, at de ikke vil genoplives efter hjertestop, kan virke demotiverende for folk, der melder sig som hjerteløbere, da det vil virke meget demotiverende, hvis hjerteløbere oplever, at sundhedsprofessionelle, der når frem til en person, der

Dato: 20. juni 2023

Sags ID: EMN-2023-05124

Dokument ID: 10969693

Politisk Sekretariat

Alléen 15

4180 Sorø

Tlf.: 57875627

www.regionsjaelland.dk

Direkte tlf.: +45 40880255

E-mail: boe@regionsjaelland.dk

er faldet om med hjertestop, stopper alle forsøg på genoplivning, når de når frem, da de har haft mulighed for at slå op i registret.

Der lægges i lovforslaget op til, at borgeren ikke behøver at tale med en sundhedsprofessionel, før de laver sig registrere. Det er borgeren selv, der skal vurdere, om de er habile. Det vil således ikke blive "fanget", hvis en borger, der er begyndende dement eller lider af depression.

I afsnit 7 om økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet mv., er der ikke anført, at lovforslaget vil kunne betyde, at borgere, der er fuldt erhvervsaktive, vil kunne dø, selv om de efter et hjertestop stadig kunne være et aktiv på arbejdsmarkedet, hvilket er problematisk i en tid, hvor der mangler arbejdskraft.

Under "Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser" står der på side 30 bl.a. følgende:

"Det indebærer, at der vil kunne blive registreret fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop af borgere, som ikke har ret hertil. Det foreslås endvidere, at sundhedspersonen ikke er forpligtet til at efterleve et registreret fravalg, hvis vedkommende har kendskab til, at registreringen er foretaget på et tidspunkt, hvor borgeren utvivlsomt ikke var i stand til at varetage sine helbredsforhold."

Med denne bemærkning skabes der usikkerhed, for hvordan sikres det, at en sundhedsprofessionel ikke kommer i klemme, fordi vedkommende skal kunne dokumentere, hvorfor borgeren ikke var habil i forhold til at kunne varetage sine helbredsforhold, hvis den sundhedsprofessionelle foretager et genoplivningsforsøg, selv om borgere har ladet sig registrere i registret.

I lovforslaget står der ikke noget om hvilke sanktioner, der er, hvis en sundhedsprofessionel ikke efterlever en registrering i registret.

På side 32 står anført følgende:

"Den forudgående tilkendegivelse i registret om fravalg af genoplivningsforsøg vil alene være bindende for sundhedspersoner, som har adgang til oplysningen om borgerens fravalg af genoplivningsforsøg fra registret. Sundhedspersonerne vil som det klare udgangspunkt have pligt til at se i sit it-fagsystem, om borgeren har fravalgt genoplivningsforsøg ved hjertestop, ligesom sundhedspersonerne vil have pligt til at følge borgerens ønske om fravalg af genoplivningsforsøg."

Hastigheden hvormed genoplivning iværksættes har en betydning for borgerens prognose for risiko for varige men. Hvis hjertestoppet sker uden for et sygehus, vil paramedicinere kunne nå at slå op i registret under transporten. Sådan forholder det sig dog ikke, hvis hjertestoppet sker under indlæggelse, hvor f.eks. hjertestoppet ikke har noget af gøre med patientens aktuelle sygdomssituation. I de situationer, kan opslag i registreret udgøre et forsinkende led på eventuel genoplivning. Dette gælder for både personer, der er registreret i registret og dem, som ikke er. Som lovforslaget er udformet, skal forsøg på genoplivning først ske efter, at de sundhedsprofessionelle har sikret sig, at borgeren ikke findes i registret. Der er i lovforslaget ikke taget højde for, hvad der skal ske med sundhedsprofessionelle, der iværksætter genoplivningsforsøg, før de

når at slå op i registret ej heller, hvis det faktisk lykkes dem at genoplive personen med hjerte-stop.

Venlig hilsen

Britta Ortiz Echeverria
Lægelig chefkonsulent, MSA



Vanløse, d. 27. juni 2023

**Høringssvar over udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven
(Mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)**

sum@sum.dk med kopi til csk@sum.dk, adt@sum.dk og sagl@sum.dk

SUFO takker for muligheden for at afgive høringssvar på udkastet. Bestyrelsen fastholder de fleste af pointerne fra tidligere fremsendt høringssvar d. 18. august 2022 og uddyber herunder.

Bestyrelsen finder lovforslaget dilemmafyldt. På den ene side skal den enkeltes ret til selvbestemmelse vægte tungt. På den anden side er livet omskifteligt, og hvor det for det enkelte menneske i en periode af livet kan være indlysende at fravælge genoplivning ved hjertestop, som f.eks. ved svær sygdom, kan det i en anden periode være det modsatte. Bestyrelsen bifalder derfor ordningen, hvor borgeren modtager en årlig notifikation om, at den pågældende har registreret et fravalg og dermed har mulighed for at ændre dette.

En beslutning om fravalg af genoplivning kan ikke sidestilles med de fleste andre offentlige IT-services, som f.eks. at bestille et pas eller en bog på biblioteket. Det her er et spørgsmål om liv og død, der selvsagt kræver flere overvejelser end blot et klik på tastaturet. Bestyrelsen fastholder, at det er vigtigt, at der altid - forud for registreringen af fravalg - er en samtale med en læge, så den enkelte er opmærksom på dilemmaer og konsekvenser.

Bestyrelsen stiller sig stadig undrende i forhold til aldersgrænsen på 60 år, som virker arbitrær.

Pt. tilsiger den demografiske udvikling, at halvdelen af alle nyfødte kan se frem til at blive 100 år, så 60 år er snart det, man kan kalde "midt i livet".

På vegne af SUFOs bestyrelse,

Janni Amstrup Hansen
Formand



Vanløse, d. 18. august 2022

Høringssvar over lovforslag om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop

sum@sum.dk; kopi til csk@sum.dk og sagl@sum.dk

SUFO takker for muligheden for at afgive høringssvar på udkastet.

Bestyrelsen finder lovforslaget dilemmfyldt.

På den ene side skal den enkeltes ret til selvbestemmelse vægte tungt.

På den anden side er livet omskifteligt, og hvor det for det enkelte menneske i en periode af livet kan være indlysende at fravælge genoplivning ved hjertestop, som f.eks. ved svær sygdom, kan det i en anden periode være det modsatte. Bestyrelsen stiller sig tvivlende overfor, om den enkelte altid husker eller overskuer at omregistrere sit valg, hvis det er det, man ønsker.

En beslutning om fravalg af genoplivning kan ikke sidestilles med de fleste andre offentlige IT-services, som f.eks. at bestille et pas eller en bog på biblioteket. Det her er et spørgsmål om liv og død, der selvsagt kræver flere overvejelser end blot et klik på tastaturet. Derfor anbefaler SUFOs bestyrelse, at der altid - forud for registreringen af fravalg - er en samtale med en læge, så den enkelte er opmærksom på dilemmaer og konsekvenser.

Bestyrelsen stiller sig i øvrigt undrende i forhold til aldersgrænsen på 60 år, som virker arbitrær. Pt. tilsiger den demografiske udvikling, at halvdelen af alle nyfødte kan se frem til at blive 100 år, så 60 år er snart det, man kan kalde "midt i livet". Derfor virker det misvisende, når alderskriteriet i udkastet kobles på vendinger som "alderssvækket", "mæt af dage" m.m.

På vegne af SUFOs bestyrelse,

Anne Dorthe Prisak

Formand

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk, csk@sum.dk, adt@sum.dk og sagl@sum.dk

21. juni 2023 • AW

Høring over udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop)

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringsvar.

Overordnet er Ældre Sagen meget positiv over for lovændringen, der vil give alle borgere, der er fyldt 60 år, og som er i stand til at varetage sine helbredsforhold, ret til at registrere sit ønske om at fravælge at blive forsøgt genoplivet i tilfælde af hjertestop. Det er en lovsikret borgerret, som Ældre Sagen har kæmpet for i flere år.

Nye regler kræver målrettet formidling

For at sikre, at flest muligt får gavn af lovændringen, kræver det, at informationen når bredt ud til både borgere, pårørende, medarbejdere i ældreplejen, praktiserende læger, sygehuspersonale og andre relevante medarbejdere, der har meget borgerkontakt.

Der ligger dermed en vigtig opgave hos myndighederne i at udarbejde god, lettilgængelig og letforståelig information. Det kan for eksempel være skriftlige materialer, kampagner, videoer mv., der kan bruges til formålet. Det er oplagt at samarbejde med relevante organisationer, foreninger og andre aktører for at nå bredt ud. Ældre Sagen stiller sig naturligvis til rådighed.

Kommunikation skal forebygge misforståelser

Der skal ikke herske tvivl om, hvornår en borger har ret til at fravælge genoplivning. Derfor skal det i kommunikationen fremgå helt tydeligt, i hvilke situationer og for hvem ordningen gælder, og at alt sundhedspersonale skal følge og respektere den enkelte borgers beslutning. Der må ikke forekomme lokale fortolkninger af lovgivningen. Det kræver klar og tydelig kommunikation – både til sundhedsprofessionelle og borgere.

Samtidig er det vigtigt at tydeliggøre, at forpligtelsen til at undlade genoplivning kun gælder for sundhedspersoner, der har adgang til den enkelte borgers oplysninger i registret. Da det for mange borgere vil kunne opfattes som en ordning, der i alle situationer vil kunne sikre dem mod at blive genoplivet, bør det tydeligt fremgå, i hvilke konkrete situationer fravalget kan efterleves.

Det er for eksempel vigtigt at tydeliggøre, at pligten til at følge borgerens ønske om fravalg af genoplivningsforsøg ikke gælder for sundhedspersoner, som er tilfældigt til stede og/eller ikke har adgang til oplysningerne. Det er ligeledes vigtigt tydeligt at fremhæve, at de nye regler ikke omfatter almindelige borgere, der fx er vidne til et hjertestop i det offentlige rum, herunder også hjerteløbere.

Der bør afsættes tid og ressourcer til oplæring

Der ligger også en vigtig opgave i at sikre sig, at samtlige sundhedspersoner med borgerkontakt har kendskab til de nye regler og kan informere om disse. Det er ligeledes

afgørende, at samtlige sundhedspersoner har kendskab til, hvordan man slår op i registret, og hvor oplysningerne om den enkelte borgers ønske findes.

Det vil kræve, at der både i kommuner, i almen praksis og på sygehusene afsættes tid og ressourcer til oplæring og instruktion. Det vil ligeledes kræve, at ledelser sikrer, at der foreligger faste rutiner, der aktiveres i de akutte situationer, der opstår ved et hjertestop. Således at samtlige sundhedspersoner ved, hvad de skal foretage sig. Rutinerne skal naturligvis formidles til samtlige relevante medarbejdere, også vikarer og lignende.

Tydeligere information om behandlingstestamenter

I lovforslaget bliver der foreslået en præcisering af ordlyden af bestemmelsen om livs- og behandlingstestamenteordningen, således at de er i overensstemmelse med den foreslåede bestemmelse om mulighed for forudgående fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Ældre Sagen erfarer, at mange tror, at de er sikret mod at blive genoplivet, hvis de har udfyldt et behandlingstestamente. Derfor har vi i flere år foreslået, at der bliver udarbejdet mere udførlige vejledninger til oprettelse af behandlingstestamente end den nuværende, der er udarbejdet til borgere og pårørende af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det er en oplagt mulighed at få gjort dette i forbindelse med en præcisering af ordlyden af bestemmelsen om livs- og behandlingstestamenteordningen, hvor der også kan henvises til muligheden for at registrere sit ønske i det nye register.

Registrering af borgerens ønsker

Det fremgår af den foreslåede ordning, at borgeren vil kunne registrere sit fravalg via Sundhed.dk eller ved en fysisk blanketordning. I begge tilfælde gælder, at fravalget træder i kraft syv dage efter registreringen, og at den udskudte ikrafttræden er sat ind for at give borgeren betænkningstid i forhold til fravalget.

Det er i den forbindelse relevant at være opmærksom på, at for de borgere, som foretager fravalget via den fysiske blanketordning, vil retten til fravalg i så fald træde i kraft på et senere tidspunkt, end for de borgere, som foretager en digital registrering. Ældre Sagen lægger til grund, at det digitale fravalg medfører en øjeblikkelig digital registrering af borgerens fravalg, hvorimod et fravalg fremsat via fysisk blanket skal håndteres via flere fysiske led (herunder myndighed og fx PostNord). Dette vil medføre en markant længere håndteringstid fra fravalget udfyldes på blanketten, og indtil det faktisk bliver registreret; man kan nemt forstille sig op mod yderligere syv dage i forhold til den digitale registrering (måske endnu længere, hvis blanketten modtages under ferieperioder mv.).

Ældre Sagen foreslår derfor, at for så vidt gælder fravalg, der foretages via den fysiske blanket, skal selve "rejsetiden" for blanketten tælle med, således at fravalget er gældende syv dage efter dateret underskrift.

Bemærk dertil, at det fremgår, at borgere fritaget for Digital Post vil modtage kvitteringer med almindelig post samt en årlig notifikation. Vi mener, at ordet notifikation relaterer sig til en elektronisk handling og foreslår, af hensyn til den sproglige forståelse, at årlig notifikation i stedet omtales som en årlig påmindelse per brev.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør