

Sundheds- og ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

København, den 21. december 2015

Vedr.: Høringssvar om udkast til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Alzheimerforeningen takker for den modtagne høringsskrivelse af 26. november 2012 vedr. ovennævnte lovudkast.

Alzheimerforeningen hilser udkastet til ændringer i sundhedsloven velkommen, idet ændringerne skal sikre, at hospitalsindlagte demenspatienter, der pga en fremskreden demenssygdom ikke er i stand til at samtykke til behandling, bl.a. ved hjælp af GPS og andet pejle- og alarmudstyr ikke forlader sygehuset og derved risikerer at komme til skade. Derved gives tilsvarende muligheder for beskyttelse af demenspatienter inden for sundhedslovens område som i dag findes inden for servicelovens område.

Alzheimerforeningen har med tilfredshed noteret, at anvendelse af tryghedsteknologi ikke må erstatte personlig pleje og omsorg, og at det af bemærkningerne til §27b udtrykkeligt understreges, at anvendelsen af de nye teknologiske muligheder ikke må ske med henvisning til personalemæssige ressourcer. Alzheimerforeningen vil derfor foreslå, at der i bekendtgørelse og vejledning gøres udtrykkeligt opmærksom på dette forhold, og at det samtidig får særlig opmærksomhed i forbindelse med den foreslåede evaluering.

Det er samtidig Alzheimerforeningens opfattelse, at bestemmelserne i udkastet vedr. de foreslåede indgreb i selvbestemmelsesretten, både er betryggende for demenspatienter og pårørende og samtidig sikrer, at personalet hurtigt kan gribe ind hvis der er risiko for demenspatientens helbred.

Alzheimerforeningen har dog bemærket at der i lovudkastet ikke gives patienter og pårørende samme adgang til at rette henvendelse til Folketingets udvalg i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, om tilsyn med personer, der er underkastet administrativ frihedsberøvelse, som er tilfældet hvis indgreb i selvbestemmelsesretten var sket

ifølge servicelovens bestemmelser i §127 vedr. tilbageholdelse i bolig (jf. §15 i bekendtgørelse om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne mm. efter serviceloven). Alzheimerforeningen vil derfor bede Sundheds- og ældreministeriet overveje om samme adgang også skal finde anvendelse i forbindelse med tilbageholdelse efter lovudkastets bestemmelser.

Alzheimerforeningen ser frem til den videre behandling af lovforslaget og deltager gerne i en yderligere dialog herom.

Har ministeriet spørgsmål eller kommentarer til ovenstående bemærkninger står vi naturligvis til rådighed herfor.

Med venlig hilsen



Birgitte Vølund
Landsformand
Alzheimerforeningen



Nis Peter Nissen
Direktør
Alzheimerforeningen



Til
Sundheds- og Ældreministeriet

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m.
(personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførelse af
patienter).

Ankestyrelsen har ingen bemærkninger.

Venlig hilsen

Ankestyrelsen

Den 4. december 2015

J.nr. 2015-0017-55576

Ankestyrelsen
Teglholmegade 3
2450 København SV

Tel +45 3341 1200
Fax +45 3341 1400
ast@ast.dk
sikkermail@ast.dk
www.ast.dk

EAN-nr:
57 98 000 35 48 21

Åbningstid:
man-fre kl. 9.00-15.00

Fra: Børnesagens Fællesråd <bf@boernesagen.dk>
Sendt: 10. december 2015 13:34
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse; Frederik Rechenback Enelund
Emne: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m.
(personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)

Børnesagens Fællesråd afgiver ikke høringssvar vedr. ovennævnte høring.

Venlige hilsener

 **Beskrivelse:**
cid:image002.jpg@01D12D8
5.9199C7C0

Inge Marie Nielsen
Sekretariatschef

 **Beskrivelse:** BF_Logo2012-english-redBold

Dronningensvej 4, 1.
2000 Frederiksberg
Tlf. 24626229
bf@boernesagen.dk
www.boernesagen.dk

Mød os på Facebook og følg os på <https://twitter.com/Boernesagen/>

 **Beskrivelse:** logo v7

Fra: Katrina Feilberg Schouenborg <kfs@danskerhverv.dk>
Sendt: 18. december 2015 11:14
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse; Frederik Rechenback Enelund
Cc: Lotte Holmstrup
Emne: SV: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)

Til Frederik Rechenback Enelund

Dansk Erhverv takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter).

Dansk Erhverv har ingen bemærkninger til forslaget.

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg Schouenborg
Sundhedspolitisk chefkonsulent

MOBIL: +45 6010 1018
DIREKTE: +45 3374 6382
KFS@DANSKERHVERV.DK



**DANSK
ERHVERV**

Dansk Erhverv er erhvervsorganisation og arbejdsgiverforening for fremtidens erhverv. Vi repræsenterer 17.000 virksomheder og 100 brancheorganisationer inden for handel, rådgivning, oplevelse, transport og service.

DANSK ERHVERV
BØRSEN
DK-1217 KØBENHAVN K
WWW.DANSKERHVERV.DK

T. +45 3374 6000
CVR NR. 43232010
INFO@DANSKERHVERV.DK

D. 21. december 2015

Vedr. Høringsvar til forslag om lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglige virksomhed.

Dansk Selskab for
Patientsikkerhed

c/o
Hvidovre Hospital, P610
Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Tlf. +45 3862 2171
Fax +45 3862 3607

info@patientsikkerhed.dk
www.patientsikkerhed.dk

Dansk Selskab for Patientsikkerhed afgiver hermed sit svar til høring om forslag om lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglige virksomhed.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed mener, at sundhedsvæsenet skal være et trygt sted, hvor patienter og pårørende kan have tillid til, at patienter modtager den nødvendige pleje og beskyttelse i forbindelse med en indlæggelse. Vi mener, at forslaget om at kunne udstyre personer med varigt nedsat psykisk funktionsevne med et personligt alarm- og pejlesystem vil kunne bidrage til et mere sikkert og trygt sundhedsvæsen for patienter med varigt nedsat psykisk funktionsevne og deres pårørende. For patienternes sikkerhed og sundhed kan det desuden være nødvendigt at kunne tilbageholde eller tilbageføre dem.

Ved beslutning om indgreb i patientens selvbestemmelsesret i forhold til personlige alarm- og pejlesystemer er det Dansk Selskab for Patientsikkerheds opfattelse, at patienten altid skal informeres og inddrages i det omfang, det er muligt. Derudover bør den ansvarlige læge altid have et samtykke fra en pårørende eller en værge. I forhold til tilbageholdelse og tilbageførsel er Dansk Selskab Patientsikkerhed opmærksomme på ikke kun patientens sikkerhed, men også personalets. For Dansk Selskab for Patientsikkerhed er det vigtigt, at sundhedspersonalet får de rette redskaber og metoder til at kunne foretage fysisk tilbageholdelse af patienter. Vi foreslår, at personalet får uddannelse i håndtere tilbageholdelse af patienter på en måde, der skåner patienten mest muligt og samtidig sikrer sundhedspersonalet et så sikkert arbejdsmiljø som muligt. Dansk Selskab for Patientsikkerhed er sammen med Danske Regioner, Trygfonden og Det Obelske Familiefond i gang med projektet Sikker Psykiatri, hvor der er udviklet en tvangspakke (<http://www.sikkerpsykiatri.dk/media/1471/pakken-for-tvang.pdf>), der skal bidrage til færre tvangsfikseringer i psykiatrien. En del af denne pakke er bl.a. kompetenceudvikling og uddannelse af personale i konflikthåndtering, deeskalering, mestring, selvkontrol og walk through øvelser med rollespil. Vi håber, at sygehusene vil kigge mod dette, når lovgivningen bliver stadfæstet og skal implementeres.

Derudover vil vi opfordre til, at sygehusene i forbindelse med lovgivningen overvejer, hvordan man ellers kan sikre mere sikre forhold for patienter med varigt psykisk funktionsevne. En del af tvangspakken er f.eks. et fokus på de fysiske rammer som patienten oplever.

På vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Jens Christian Reventlov

Konsulent

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

E-mail: jens.reventlov@patientsikkerhed.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Dansk Sygeplejeråd



Høringssvarene bedes sendt pr. e-mail til: primæjur@sum.dk
kopi til fre@sum.dk.

Den 21. december 2015
Ref.: MEJ
Sagsnr.: 1511-0041

The Danish Nurses'
Organization

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:
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

Dansk Sygeplejeråds høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Tak for muligheden for at kommentere på høringen vedrørende *Udkast til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed* Dansk Sygeplejeråd har følgende bemærkninger:

Ønske om en mere præcis bestemmelse

Dansk Sygeplejeråd vurderer, at det er nødvendigt at bemærkningerne til den nye § 27 e uddybes, eftersom det på nuværende tidspunkt er uklart i hvilke situationer det er tilladt at tilbageholde/tilbageføre de varigt inhabile patienter. Uklarheden går ud over patienternes retssikkerhed og i høj grad også sundhedspersonalet, som er underlagt individuelt autorisationsansvar for et "forkert" skøn.

Problematikken

Vi mener, at det er kritisk at vurderingen af hvornår "øjeblikkelig" tilbageholdelse er "absolut påkrævet" i høj grad afhænger af en individuel fortolkning af disse ord.

Dansk Sygeplejeråd ønsker, at bemærkningerne til lovforslaget i højere grad præciserer hvilke situationer, lovgiver vurderer, at et indgreb i den personlige selvbestemmelsesret er absolut påkrævet ved eksempler eller andet.

Er det fx bevidst, at patienten skal være på vej til at forlade "sygehuset" og ikke "afdelingen", og hvad er i givet fald hensynet bag dette? Forestiller man sig, at plejepersonalet "forfølger" patienten ud af hos-

pitalets område for derefter at føre vedkommende tilbage? Hvor konkret en risiko for skade skal der foreligge? Skal der være konkret risiko for, at patienten fx bliver påkørt af en bil eller er det nok, at patienten går forvirret rundt på fortovet? Hvad gælder, hvis den konkrete farerisiko opstår inden for sygehusets område?

Reguleringen kan ikke overlades til nævns- og retspraksis
Dansk Sygeplejeråd mener, at det vil være særdeles urimeligt at overlade det til praksis at fylde bestemmelsen ud.

Det skyldes, at det er den enkelte sundhedsperson, der ifalder individuelt autorisationsansvar for den uklarhed, bestemmelsen er født med, hvis det viser sig, at Disciplinærnævnet vurderer, at sundhedspersonen har truffet en "forkert" beslutning. I værste fald bliver sundhedspersonen hængt ud i "gabestokken" i to år.

Økonomiske midler til implementering

Dansk Sygeplejeråd vurderer ikke, at lovforslaget er udgiftsneutralt for regionerne. Det er helt afgørende for både patienter og sundhedspersoners retssikkerhed, at der afsættes tid og midler til at informere og oplære sundhedspersonerne i de nye regler og anvendelsen af dem. Ellers risikerer man, at selvbestemmelsesretten krænkes i videre omfang, end lovgiver har haft til hensigt, hvilket ikke er i nogens interesse.

Samtidig bemærkes det, at der er tale om endnu en opgave, der pålægges et i forvejen meget presset sundhedsvæsen, uden at der tilføres økonomiske midler.

Med venlig hilsen



Grete Christensen
Formand



Danske Handicaporganisationer

Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
Fax: +45 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Taastrup, den 21. december 2015

Sag 17-2015-00750 – Dok. 229771/tk_dh

Høringssvar om ændring af sundhedsloven mv. (personlige alarm- og pejlesystemer)

DH takker for det tilsendte udkast til lovforslag.

Ifølge forslaget er det hensigten at gribe ind i en gruppe patienters selvbestemmelsesret med det formål at yde omsorg for og beskytte de pågældende bedst muligt. Lovforslaget gør det muligt at anvende personlige alarm- og pejlesystemer og fastholde indlagte patienter på sygehuset eller føre dem tilbage til dertil – mod deres vilje.

Den persongruppe, lovforslaget omhandler, er patienter, som savner kompetence til at samtykke til behandling og ikke er i stand til at tage vare på sig selv.

DH vil i det følgende dels kommentere lovforslaget som sådan, dels kommentere konkrete punkter i lovforslaget.

1. Overordnet vurdering af lovforslaget

Forslaget indfører magtanvendelse i det somatiske sundhedsvæsen - noget som ellers i helt overvejende grad alene gælder i psykiatrien. Forslaget er derfor af principiel og etisk karakter og må også vurderes på, om retsbeskyttelsen er af samme omfang, som tilfældet er for patienter omfattet af psykiatriloven.

Forslaget rummer en vanskelig afvejning. På den ene side står principperne om selvbestemmelse og om respekten for den enkelte patients værdighed. På den anden side står omsorgspligten og det forhold, at mennesker med psykiske og kognitive handicap har krav på sundhedsbehandling på lige fod med alle andre.

Forslaget stiller en række værn op og søger at begrænse magtanvendelsen mest muligt.

For DH er det afgørende, at den foreslåede magtanvendelse alene anvendes med patientens bedste for øje og ikke af ressourcemæssige, personalemæssige og økonomiske hensyn.

Persongruppen er afgrænset til alene at omfatte varigt inhabile patienter, hvilket DH støtter.

For DH er endvidere det vigtigt, at enhver form for indgriben i patienters selvbestemmelsesret skal ske ud fra proportionalitets- og mindste middels-principper, sådan som det kendes fra reglerne om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien.

DH kan overordnet set støtte forslaget hensigt, men mener, at forslaget skal styrkes på en række punkter.

Det skal sikres, at forslaget er belyst ud fra Danmarks forpligtelser i henhold til FN's Handicapkonvention. Der skal bl.a. lægges mere vægt på at fremme alternativer til magtanvendelse, og retsbeskyttelsen bør styrkes yderligere. Der skal desuden mere fokus på implementeringen, herunder kompetenceudvikling af personalet.

2. Forholdet til FN's Handicapkonvention skal belyses

DH er stærkt forundret over, at lovforslaget ikke indeholder en juridisk vurdering af, om forslaget er i overensstemmelse med internationale konventioner, Danmark har ratificeret.

Vi tænker særligt på, hvordan forslaget stiller sig i lyset af i FN's Handicapkonvention, som Danmark har forpligtet sig til at leve op til.

For der er slet ingen tvivl om, at lovforslagets personkreds - personer med varigt nedsat psykisk funktionsevne på grund af fremskreden demens, alvorlig hjerneskade e.l. - er omfattet af Handicapkonventionen.

Der vil være flere artikler, som er relevante at inddrage i en redegørelse. Vi vil her trække et par af dem frem.

Artikel 12 fastslår bl.a., at mennesker med handicap har retlig handleevne på lige fod med alle andre, og at staten har pligt til at støtte dem i udøvelsen heraf.

Artikel 25, stk. 1 fastslår, at personer med handicap har ret til den højst opnåelige sundhedstilstand uden diskrimination på grund af handicap.

DH foreslår:

Det endelige lovforslag skal indeholde en udførlig redegørelse for de menneskeretlige aspekter, herunder forholdet til FN's Handicapkonvention.

3. Forudgående vurdering af habilitet inden beslutning om anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer

Ifølge den foreslåede § 27 d er det overlægen, der beslutter, om der skal anvendes personlige alarm- og pejlesystemer på en indlagt patient.

Personkredsen er, som beskrevet i § 27 c, patienter, der varigt mangler evnen til at samtykke til behandling.

DH mener, at det af retssikkerhedsmæssige grunde bør fremgå eksplicit, at der skal foretages en egentlig vurdering af den pågældende patients habilitet eller evne til at tage vare på sig selv.

Det skal ske for at eliminere risikoen for, at nogle grupper af indlagte patienter per automatik og uden undersøgelse antages varigt at mangle samtykkekompetence.

DH foreslår:

Det skal fremgå af § 27 d, at overlægen som led i beslutningen om anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer skal foretage en vurdering af den indlagte patients evne til at afgive samtykke.

4. Mere fokus på tillidsskabende foranstaltninger og alternativer til magtanvendelse

Der er undersøgelser, der tyder på, at der er en sammenhæng mellem anvendelse af magt og plejepersonalets uddannelse, kompetencer og viden om, hvad magtanvendelse har af psykiske og fysiske følger. Personalets viden om alternativer til magtanvendelse synes også at spille en rolle.¹

Det er derfor vigtigt, at sundhedspersonalet har den fornødne praktiske og teoretiske viden om, hvad magtanvendelse betyder for den enkelte patient, og hvilke alternativer der er.

Der er også en mere overordnet dimension, som handler om, hvordan sygehuse indrettes imødekommende og trygt for borgere med psykiske og kognitive handicap.

¹ "Makt og afmakt. Rettighetsbegrænsninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre". Knut Engedal m.fl. Nationalt Kompetansesenter for aldersdemens (2002), s. 14.

Det fremgår af bemærkningerne (afsnit 2.1.3.1), at hvis almindelig kontakt og kommunikation med patienten er nok til at nå det ønskede resultat, vil det ikke være lovligt at foretage indgreb.

Det fremgår ligeledes, at patienten skal inddrages, i det omfang det er muligt, og at der før indgreb iværksættes, skal være forsøgt tillidsskabende tiltag.

DH lægger meget vægt på, at patientens vilje, som den kommer til udtryk i ord og handlinger, er vigtig at få frem, og den skal, så vidt det overhovedet er muligt, respekteres.

Det er endvidere helt afgørende, at der ikke skrives til indgreb, før alle muligheder er udtømt. Derfor skal tillidsskabende tiltag være prøvet af først.

Tillidsskabende foranstaltninger kan antage mange former. Det kan være samtale, beroligelse, inddragelse af pårørende mv. De fleste af patienterne i målgruppen vil have et omfattende behov for støtte og omsorg både på og uden for sygehuset, og derfor kan inddragelse af pædagogisk personale samt pleje- og omsorgspersonale også kan være en central kilde til oplysninger om den enkelte borger i forhold til at undgå indgreb i selvbestemmelsesretten.

DH foreslår:

Det skrives ind i selve lovteksten, at tillidsskabende foranstaltninger over for patienten skal være forsøgt, inden der skrives til at magtanvendelse.

Der skal laves en vejledning (og gerne andet oplysende materiale) til brug for de ansatte i sygehusvæsenet. Formålet med vejledningen mv. skal være at beskrive, hvordan magtanvendelse kan undgås ved hjælp af tillidsskabende foranstaltninger som kommunikation, inddragelse af pårørende, inddragelse af pædagogisk personale og pleje- og omsorgspersonale mv.

En vejledning skal også beskrive, hvordan der kan skabes et trygt og imødekommende miljø for patienter med psykiske og kognitive handicap.

5. Klarere afgrænsning af magtbeføjelser

En vigtig del af de nye beføjelser er angivet i § 27 e. Det er her, hjemmelen til at tilbageholde eller tilbageføre patienter, der er på vej til at forlade eller har forladt sygehuset, findes.

Det er præciseret i lovteksten, at fastspænding ikke er tilladt, ligesom det heller ikke er tilladt at låse patienten inde.

DH er naturligvis helt enig i disse præciseringer. Men vi vurderer, at denne præciserende fremhævelse af ikke-tilladte magtmidler bør udvides. Det bør også fremgå, at det ikke er tilladt at anvende beroligende medicin med det sigte at nedsætte risikoen for, at patienter forlader sygehuset.

Man kan endvidere i bemærkningerne til § 27 e (side 27) læse, at ”*..førergreb og slag mv. ikke må anvendes*”.

Det er da en glædelig præcisering, som DH er helt enig i. Men den viser også, at der er behov for en stærkere retlig indramning af, hvad der er rent faktisk er tilladt, og den skal ikke gemmes væk i bemærkningerne i lovforslaget.

Endelig er der behov for klare retningslinjer for ledelsen og det sundhedspersonale, der i praksis skal håndtere disse situationer fremover.

Det handler om at sikre værdigheden for de berørte patienter, der kan være meget skrøbelige fysisk og psykisk, og yde dem maksimal beskyttelse. Men naturligvis er det også en hjælp for sundhedspersonalet, hvis de rammer, de forventes at løse en vanskelig opgave indenfor, gøres klare og skæres ud i pap.

DH foreslår:

Det skal tilføjes i § 27 e, at det ikke er tilladt at anvende beroligende medicin med sigte på at hindre patienter i at forlade sygehuset.

Det skal præciseres nærmere i lovteksten – alternativt i en bekendtgørelse – hvad der er tilladt og ikke tilladt i forhold til selve tilbageholdelsen og tilbageførslen. Det skal fremgå, at egentlig fysisk vold ikke er tilladt.

Det skal – fx i den vejledning og andet materiale, der er nævnt i afsnit 4 ovenfor – fremgå, hvordan personalet på en skånsom måde kan håndtere påsætning af gps-chips e.l. samt tilbageholdelse og tilbageførsel.

6. Tidsmæssig afgrænsning

Det er overlægen, som ifølge den foreslåede § 27 d, stk. 1, træffer beslutning om at anvende personlige alarm- og pejlesystemer på en patient.

Der er ikke sat en tidsmæssig afgrænsning på varigheden af denne beslutning. Det kan der være en række grunde til – bl.a. at sygehusindlæggelser ofte er af kortere varighed.

Alligevel er det værd at overveje, om der ikke af retssikkerhedsmæssige grunde bør sættes en frist for varigheden af en autorisation af magtanvendelse. En frist betyder, at overlægen ved udløbet af fristen skal træffe en ny beslutning, hvis indgreb stadig vurderes nødvendigt.

Det bør desuden overvejes, om lovforslaget i tilstrækkelig grad tager højde for de situationer, hvor tilbageholdelse antager karakter af frihedsberøvelse. Spørgsmålet er, om lovforslaget giver hjemmel til at tilbageholde patienter, der gennem længere periode intensivt prøver at komme væk fra sygehuset.

DH foreslår:

Overlægens beslutning om at anvende personlige alarm- og pejlesystemer på indlagte patienter gøres tidsbegrænset (fx 14 dage). Forlængelse kan ske, men vil kræve en ny beslutning af overlægen.

Det bør afklares, om lovforslaget giver hjemmel til at tilbageholde patienter, der gennem længere periode intensivt prøver at komme væk fra sygehuset.

7. Hurtig klageadgang og vejledning

Den foreslåede klageadgang samt adgangen til klagevejledning og -bistand bør efter DH's mening forbedres i lyset af, at der er tale om indgreb i selvbestemmelsesretten, som ofte vil blive oplevet som en voldsom krænkelse af patienternes værdighed.

DH mener ikke, det vil være hensigtsmæssigt med en almindelig klageadgang, bl.a. fordi sagsbehandlingstiden kan være lang, ofte mere end et år.²

Lovfastsatte tidsfrister kendes fra klagesagsbehandlingen inden for psykiatrien.³ Der bør under inspiration herfra indføres en passende ordning, hvor en klage skal behandles inden for en tidsfrist, eksempelvis 14 dage.

² Jf. COWI-rapport om evaluering af patientklagesystemet fra februar 2015. Her opgøres den gennemsnitlige sagsbehandlingstid til mere end 13 måneder. Ved klager til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn er den endnu længere (over 17 måneder i gennemsnit).

Det vil endvidere være hensigtsmæssigt i at indføre en hurtig adgang til vejledning om klagemuligheder og bistand til at klage. Det bør overvejes, om patientvejledere, parallelt med patientrådgivere inden for psykiatrien, kan løse en sådan opgave i tilpasset form.

DH foreslår:

En klage over indgreb nævnt i lovforslaget fra en patient eller dennes nærmeste pårørende eller værge skal behandles inden for en tidsfrist på 14 dage.

Patienterne bør sikres en passende og hurtig adgang til vejledning om klagemuligheder og bistand til at klage.

8. Adgang til erstatning skal nævnes

Lider en patient skade som følge af magtanvendelse, skal vedkommende (eller dennes pårørende eller værge) kunne rejse erstatningskrav ved Patientforsikringen efter de gældende regler.

Det fremgår ikke af lovforslaget, og det mener vi er en fejl.

DH foreslår:

Det skal fremgå af bemærkningerne, at der er adgang til at rejse erstatningskrav i tilfælde af skader opstået som en følge af de indgreb, lovforslaget omfatter.

9. Styrket forberedelse og implementering

Med lovforslaget indføres nye redskaber, nye opgaver, nye beføjelser der har med magt at gøre. Der er reelt tale om en kulturændring, en ændring af sundhedspersonalets roller, en ændring af relationen mellem patienter med nedsat psykisk funktionsevne, pårørende mv. og sundhedspersonale.

Hvis patienter og pårørende skal bevare tilliden til sygehusvæsenet og dets personale, er det vigtigt, som det også er inden for psykiatrien, at der ikke opstår tvangskulturer, og at sådanne modvirkes fra begyndelsen af.

Det kræver, at der er ledelsesmæssigt fokus på at forebygge dette.

³ Jf. de forskellige tidsfrister for klagesagsbehandlingen i § 34, stk. 3, i bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien af 29. september 2015.

Evalueringen af "Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien" fra 2006 har vist gode resultater med at nedbringe tvang i psykiatrien gennem faglig refleksion, holdningsbearbejdning, samt udvikling af fælles termer. I forbindelse med implementeringen af lovforslaget bør erfaringerne fra dette projekt inddrages med henblik på at modvirke udviklingen af u hensigtsmæssige tvangskulturer.

Personalet inden for psykiatrien er trænet og oplært i at håndtere patienter rent fysisk i situationer, hvor magtanvendelse kan være nødvendig. Lovforslaget forholder sig beklageligvis ikke til, hvordan den åbenbare risiko for skader på patienter og personale, der kan opstå ved tilbageholdelse og tilbageførsel, skal håndteres.

DH mener, at det vil være i alles interesse at sikre, at den fornødne oplæring og kompetenceudvikling finder sted, og lovforslaget bør derfor forholde sig hertil.

Endvidere er det hensigtsmæssigt med god tid til at sikre en ordentlig implementering, herunder at vejledningsmaterialet er på plads og formidlet bredt ud, inden loven træder i kraft.

DH foreslår:

Vejledninger mv. skal være på plads i et passende antal måneder, inden lovforslaget træder i kraft.

Der skal sættes ressourcer af til kompetenceudvikling af personalet.

Datoen for lovens ikrafttræden skydes fra 1. august 2016 til 1. januar 2017 for at sikre tid til en ordentlig implementering.

10. Både midtvejsstatus og evaluering

Lovforslaget lægger op til evaluering efter to år. Det er DH positive overfor.

DH ser dog gerne, at der gives en midtvejsrapportering til Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg efter et år på baggrund af de indkomne indberetninger om indgreb.

DH foreslår:

Det skal fremgå af bemærkningerne, at Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg modtager en midtvejsstatus efter et år.

Med venlig hilsen

Thorkild Olesen, *formand*

For yderligere bemærkninger kan chefkonsulent Torben Kajberg kontaktes på tk@handicap.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Att: primaejur@sum.dk; fre@sum.dk

**Høringsvar om ændring i sundhedsloven, lov om klage og
erstatningsadgang m.v. vedr. indgreb i varigt inhabiles
selvbestemmelsesret.**

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på det fremsatte lovforslag om indgreb i selvbestemmelsesretten for varigt inhabile.

Overordnede kommentarer

Danske Patienter støtter de forslåede principper om, at indgreb i selvbestemmelsesretten skal ske i henhold til proportionalitets og mindstemiddelsprincipperne, som kendes fra psykiatriloven.

Danske Patienter ønsker, at forholdene er velregulerede, hvis der i enkelte tilfælde er behov for anvendelse af indgreb i selvbestemmelsesretten.

Hensynene bag lovforslaget er bedre muligheder for at kunne hjælpe og tage vare på varigt inhabile patienter. Imidlertid resterer der fortsat patienter, der har samme behov for såvel behandling som beskyttelse, men som ikke er varigt inhabile.

Disse patienter omfattes ikke af lovforslaget, hvilket afstedkommer et spørgsmål om, hvorledes denne gruppe bedst kan og skal hjælpes.

Danske Patienter noterer sig med stor tilfredshed, at der på s. 5 i bemærkningerne til lovforslaget er indskrevet, at regeringen finder det hensigtsmæssigt, at der udarbejdes en evaluering efter to år. Det sikrer, at der følges op på, om lovforslaget virker efter intentionen.

Det fremsatte lovforslag indeholder i hovedtræk nedenstående ændringer:

1. Indgreb i selvbestemmelsesretten hos varigt inhabile patienter, herunder tilbageholdelse.
2. Pligt til indberetning og journalføring af ovenstående indgreb i selvbestemmelsesretten.
3. Adgang til at klage over ovenstående indgreb i selvbestemmelsesretten.

Dato:
21. december 2015

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
aw@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/1

Ad 1.

Med det fremsatte lovforslag får personalet på sygehusene adgang til at anvende milde former for tvang, der dog ikke er tvang i psykiatrilovens forstand.

Side 2/4

Udfordringen herved er, at der gives adgang til at benytte tvangsforanstaltningstilsvarende indgreb i selvbestemmelsesretten, uden at der samtidig er det fintmaskede net af retssikkerhedsforanstaltninger, som kendes fra psykiatriloven.

Risikoen herved er, at der i bedste intention gives adgang til, at personalet gør indgreb i selvbestemmelsesretten, men uden at situationerne er tænkt helt igennem og uden at de fornødne foranstaltninger er iværksat med henblik på at sikre den bedste retssikkerhed for patienten og for personalet.

Et eksempel herpå er muligheden for at tilbageholde en varigt inhabil patient på et hospitalsafsnit mod vedkommendes vilje. Når personalet i psykiatrien anvender tvang, sker det på baggrund af en grundig oplæring, bl.a. i psykomotoriske greb. Herved minimeres risikoen for, at der opstår skader på patienten og personalet. Hvis en sygeplejerske på et somatisk afsnit skal hindre en velvoksen mandlig patient, der varigt er inhabil og så kognitivt svækket, at det ikke er muligt at korrigere hans adfærd verbalt, kan det blive nødvendigt fysisk at tilbageholde patienten.

Hvis sygeplejersken ikke er trænet i psykomotoriske greb eller lign. er der en reel risiko for, at en eller begge parter kan komme fysisk til skade, hvis patienten bliver udadreagerende. En grundig oplæring og uddannelse af personalet er derfor helt nødvendig for at sikre patientsikkerheden.

På de psykiatriske afsnit er der tillige alarmer på personalet, der sikrer, at kolleger hurtigt kan komme en sundhedsperson til undsætning. Samme sikkerhedsforanstaltninger er der ikke lagt op til, at de somatiske afsnit skal udstyres med, jf. vurderingen af udgifter forbundet med lovforslaget.

Det bør overvejes om adgangen til at iværksætte indgreb i selvbestemmelsesretten giver anledning til afklaring af særlige sikkerhedsmæssige forhold for personalet.

I tilfælde hvor en patient er tilbageholdt, men fortsat er dørsøgende, vil tilbageholdelsen skulle gentages og opretholdes, muligvis igennem flere timer. I henhold til psykiatriloven er det lovligt at tvangstilbageholde en patient, der ikke er frihedsberøvet og ikke er sindssyg i op til ca. 6 timer i henhold til domstolens og Det Psykiatriske Patientklagenævns praksis. Men efter dette tidsrum skal patienten opfylde betingelserne for en frihedsberøvelse, det vil sige være sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed og enten være til fare for sig selv eller til fare for andre.

Med henvisning til reglerne om tvangstilbageholdelse og domstolenes praksis hvorefter tvangstilbageholdelse i mere end ca. 6 timer konstituerer en frihedsberøvelse i forhold til grundlovens § 71, synes der at være et behov for en særskilt hjemmel til at tilbageholde en varigt inhabil patient igennem en længere periode.

Såfremt indgrebet ikke er intenderet at skulle have en længere varighed, bør dette fremgå tydeligt af bestemmelserne.

Med lovforslaget får personalet på den somatiske afdeling ikke mulighed for at benytte fysisk magt og akut beroligende medicin. Spørgsmålet er, hvad personalet skal stille op med den udad reagerende dørsøgende stærke patient, hvis patienten ikke lader sig berolige. Regulering heraf vil således være nødvendig.

I relation til iværksættelse af indgreb i selvbestemmelsesretten fremgår det af LF, at det som altovervejende hovedregel er en overlægebeslutning, der imidlertid kan delegeres til en anden kompetent læge eller til det øvrige personale ved behov for hurtigt iværksættelse af indgrebet.

Overlægen skal efterfølgende tage stilling og godkende indgrebet. Det fremgår ikke af loven, hvor hurtigt herefter dette skal ske. Da den efterfølgende godkendelse er væsentlig og medvirkende til at sikre patientsikkerheden, er der et behov for en regulering af fristerne eller grundig vejledning, såfremt der skal udøves et konkret skøn.

Ad 2.

Hvad angår dokumentation for indgreb i selvbestemmelsesretten, kan det overvejes, om der er et særskilt behov for en protokol over iværksatte indgreb i selvbestemmelsesretten i lighed med tvangsprotokollen.

I psykiatrien føres en tvangsprotokol og en almindelig patientjournal, og tvangen indberettes til sundhedsmyndighederne. Protokollen er med til at skærpe vurderingen af, om der er et behov for at iværksætte tvangen, ligesom den tidsmæssige udstrækning af tvangen ligeledes tydeliggøres og dermed sikrer den bedst mulige patientsikkerhed. På baggrund heraf synes der at være et behov for en særskilt protokol, også når der iværksættes indgreb i selvbestemmelsesretten.

Ad 3.

For så vidt angår bistand ved behov for klage, er det nærliggende at overveje, om der i lighed med patientrådgiverne, der hjælper patienter, der ønsker at klage over tvang, skal være en særlig adgang til hjælp eksempelvis fra patientvejlederne til de varigt inhabile patienter.

Et indgreb i selvbestemmelsesretten kan opleves som voldsomt indgribende og behovet for hjælp og vejledning om klageadgang er mere uopsætteligt end eksempelvis generel vejledning om ret til behandling og befodringsregler.

Af den grund bør der være adgang til hurtigt bistand, vejledning og klage for de varigt inhabile patienter.

I den forbindelse bemærkes det, at det er problematisk, hvis sagsbehandlingstiden af klager over indgreb i selvbestemmelsesretten bliver lige så lang som sagsbehandlingstiden over rettigheds- og behandlingsklager er for indeværende.

Side 4/4

Klager over indgreb i selvbestemmelsesretten - i særdeleshed klager over tilbageholdelse - bør behandles hurtigt i lighed med sagsbehandlingstiderne ved Det Psykiatriske Patientklagenævn, der typisk behandles indenfor 1-2 uger.

Afslutningsvis bemærkes det, at der også i relation til reglerne om magtanvendelse på det sociale område kan være nyttige erfaringer, som kan bringes i anvendelse i relation til regulering af indgreb i selvbestemmelsesretten.

Med venlig hilsen



Morten Freil

Direktør

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Att.: Frederik Rechenback Enelund

DANSKE
REGIONER



21-12-2015

Sag nr. 15/2460

Dokumentnr. 65080/15

Jane Brodthagen

Tel. 35 29 82 21

E-mail: Jnb@regioner.dk

Svar på høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)

Regionerne har modtaget høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter).

Med lovforslaget foreslås mulighed for at foretage indgreb i selvbestemmelsesretten, en pligt for regionerne til at indberette indgreb og en pligt til at føre journal over indgrebene samt klagemuligheder for patienten til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Midlertidig inhabile

Generelt er det positivt, at der er mulighed for at regionerne kan yde omsorg over for patienter, som er varig inhabile. Denne mulighed ønskes dog også for patienter, som er midlertidig inhabile. Hensyn om beskyttelse og omsorg er lige så aktuelt for midlertidig inhabile patienter, og hvor hospitalerne i dag oplever, at de nuværende muligheder for behandling ikke slår til. Det kan f.eks. være ved patienter, som har pådraget sig en hjerneskade, hvor det hænder, at patienter de første 6 måneder efter skadestidspunkt, ikke kan overskue beslutninger af væsentlig karakter.

Behandling og andre indgreb af inhabile

Det opfattes desuden som utilstrækkeligt, at lovforslaget ikke omhandler udfordringen for mulighed for at behandle inhabile mod deres vilje. Der peges på følgende behov for indgreb:

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

1. Hjælp til indtagelse af medicin
2. Hjælp til indtagelse af mad og væske
3. Hjælp til personlig hygiejne
4. Kortvarig tilbageholdelse eller tilbageførsel til sengeafsnit, hvis der er fare for, at patienten udsætter sig selv eller andre for alvorlig personskade
5. Brug af personlige alarm/pejlesystemer og særlige døråbnere

Der peges på, at det vil betyde en bedre sikring af patienternes retssikkerhed, hvis der i højere grad end det foreslåede, indføres tilsvarende regler på sundhedsområdet, som gælder på det sociale område. Patientens funktionsniveau ændres jo ikke i positiv retning af, at patienten opholder sig på et sygehus, og vurderingen er derfor, at behovet for magtanvendelse ikke ændres væsentlig, fordi patienten opholder sig på sundhedsområdet i stedet for det sociale område.

Ovenstående to forslag om indgriben overfor midlertidig inhabile og de forskellige indgreb, kan jfr. princip om mindste indgriben være af midlertidig karakter, og eventuelt kun kunne ske efter indhentelse af forudgående tilladelse hos central instans (embedslægeinstitutionen eller lignende).

Afdeling

I forhold til forslaget om brug af personlige alarm/pejlesystemer er der behov for at kunne begrænse det område, hvor den inhabile patient må færdes i til en afdeling fremfor et helt sygehus. Sygehusene er i dag meget store med flere yderdøre patienten kan forlade sygehuset fra. Det anbefales derfor, at alarmer allerede aktiveres, når patienten forlader afdelingen. Endvidere opfattes det som politiets opgave at tilbageføre personer, som befinder sig uden for hospitalets matrikel.

Persongruppe

Det anbefales, at også andre persongrupper end sundhedspersoner kan gribe ind over for inhabile patienter, som er ved at forlade afdelingen/sygehuset f.eks. portører, receptionister. Det er sandsynligt, at det ikke er sundhedspersoner, som iagttager, at patienten er ved at forlade afdelingen/sygehuset, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt med at udvide persongruppen til andre ansatte.

Tilbageholdelse på formodning

Det kan i den konkrete situation være vanskeligt for personalet at vurdere om der er en reel og begrundet risiko for, at patienten vil lide personskade ved at forlade sygehuset. Det anbefales, at personalet må tilbageholde en

inhabil patient alene på formodningen om, at patienten udsætter sig for risiko for personskade ved at forlade sygehuset.

Side 3

Præciseringer

Det foreslås, at § 27 d, stk. 4 i lovforslaget præciseres til, at de pårørendes beslutning kan tilsidesættes, hvis beslutningen betyder, at patienten kan skade sig selv. Udtrykket ”patientens helbred og interesser” giver ikke mening.

I § 27 d, stk. 5 savnes en præcisering af hvad der menes med ”snarest mulig” svarende til, hvad der er gjort i reglerne for psykiatrien. Desuden savnes en præcisering af ”anden læge”. Det er opfattelsen, at erfaring skal vægtes over faglig indsigt, og at det bør fremgå af bestemmelsen.

Der savnes en præcisering af, hvor lang tid man må opretholde tilbageholdelse eller påsættelse af pejlesystemer. Det fremgår af forslaget, at det ikke er hensigten, at det skal være kontinuerligt.

Endelig nævnes der flere steder i lovforslaget, at man gerne vil give personalet rettlige rammer og redskaber til at gøre noget i forhold til patientgruppen. Der savnes eksempler på hvilke redskaber/metoder, der konkret menes.

I forarbejderne (pkt. 2.1.2) fremgår det, at man skal tillægge patientens tilkendegivelser vægt. Dette bør medtages i lovtekst – på samme måde, som at det fremgår, at pårørende så vidt muligt skal inddrages.

Økonomi

Lovforslaget anses for at få økonomiske konsekvenser for regionerne, hvorfor sagen ønskes behandlet ved DUT-høring.

Med venlig hilsen

Jane Brodthagen

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pleje- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)

Region Hovedstaden har følgende bemærkninger, som vi ønsker indgår i Danske Regioners høringssvar til Sundheds- og Ældreministeriet

Vi er generelt positive over for forslaget. Vi er enige i, at det er vigtigt, at både patienter og pårørende kan have tillid til, at alle patienter modtager den nødvendige personlige pleje og omsorg i forbindelse med indlæggelse, og at sygehusene sikrer trygge rammer og tager hånd om patienternes fysiske sikkerhed. I forlængelse heraf er det vigtigt, at der findes de nødvendige redskaber og retlige rammer til at håndtere varigt inhabile patienter, der ikke er i stand til at tage vare på sig selv.

Til selve lovforslaget har vi følgende bemærkninger:

Det fremgår af § 27 d, stk. 4, i lovforslaget, at de pårørende kan 'overrules' hvis deres beslutning åbenbart vil skade "patientens helbred eller interesser". Det er vores opfattelse, at der ikke er sammenhæng mellem helbred/interesser og personskade. Hvordan kan de pårørendes beslutning skade patientens interesser?

Da det handler om at afværge patienten skader sig selv, giver det ikke mening at skrive det sidste. I stedet bør der stå det samme, som skal beskyttes ved foranstaltningerne: altså at de pårørendes beslutning kan tilsidesættes, hvis beslutningen betyder, at det bliver afværget, at patienten kan skade sig selv.

I lovforslagets § 27 d, stk. 5, siges, at overlægen snarest muligt skal tage stilling til den beslutning, der er truffet af en anden læge – men der er ingen bemærkninger i forarbejderne, der giver indtryk af, hvor hurtigt det er. Ligesom i psykiatrien bør der sættes tid på, hvad der menes med snarest muligt, således at dette ikke kan være efter en uge, når overlægen er tilbage fra ferie eller er blevet rask efter længerevarende sygdom.

Fortsat vedr. § 27 d, stk. 5, her står der, at det kan være en "anden læge" i overlægens fravær. Der nævnes i forarbejderne, at det skal være en læge med indsigt i området – men chargen er ikke beskrevet. Det er vores opfattelse, at det er så stort et indgreb i

selvbestemmelsesretten, at det skal være en overlæge der beslutter det. Som lovforslaget er formuleret lægger det op til, at det kan være en yngste reservelæge. Vi er af den opfattelse, at erfaring skal vægtes over faglig indsigt. Hvis den faglige indsigt vægtes højest mener vi, at det skal overvejes, det skal tydeliggøres i selve bestemmelsen, hvilke læger det menes, at have dette, jf. afsnit 2.1.3.3 (hvor af det fremgår, at det fx kan være speciallæger i geriatri, psykiatri eller neurologi).

Vi savner overvejelser vedrører den midlertidig inhabil patienter, hvor der formentlig i visse tilfælde er et lige så stort behov for at kunne benytte de foreslåede foranstaltninger. Som eksempel kan nævnes en ældre patient, der indlægges i åndsfrisk tilstand, men som under indlæggelsen bliver midlertidig inhabil (fx tiltagende konfus). Disse patienter kan behandles akut, jf. sundhedslovens § 19, men de vil ikke være omfattet af dette lovforslag, da de ikke er omfattet af sundhedslovens § 18. Det er vores vurdering, at beskyttelseshensynet i dette lovforslag, som omfatter de varigt inhabile, i vid udstrækning også vil være relevant for en gruppe af de midlertidigt inhabile. Imidlertid vil der efter vedtagelsen af dette lovforslag, fortsat ikke være hjemmel til at benytte personlige alarm- og pejlesystemer eller tilbageholdelse og tilbageførsel af denne patientgruppe.

Vi har i øvrigt bemærket, at persongruppen, som dette lovforslag omfatter ikke er svarende til den persongruppe som er omfattet efter Lov om Social Service.

I lovforslaget mangler der en beskrivelse af tidsrummet for, i hvor langt tid man må opretholde tilbageholdelsen eller påsættelsen af pejlesystemer. Der fremgår af teksten, hvad der ikke er hensigten med det ("ikke hensigten, at det skal være kontinuerlig overvågning"), men der mangler at blive taget stilling til, hvor længe det må vare/en form for afgrænsning/om der skal ske en genovervejning af indgrebet efter en vis periode.

Der står flere steder i lovforslaget, at man gerne vil give personalet de retlige rammer og redskaber til at gøre noget i forhold til disse patienter – man forholder sig imidlertid ikke nærmere til hvilke redskaber, der konkret menes. Man kan fysisk tilbageholde en patient, der ønsker at gå, men man må ikke bruge fx slag. Tilbageholdelsen kan være et overgreb på patienterne, hvilket kan være meget grænseoverskridende for personalet at gøre. Der er behov for en nærmere redegørelse af, hvilke metoder/redskaber, der kan benyttes, når en patient fysisk tilbageholdes.

I forarbejderne (pkt. 2.1.2) står der, at man skal tillægge patientens tilkendegivelser vægt. Dette bør medtages i lovteksten, enten direkte eller ved en henvisning til sundhedslovens § 20, på samme måde, som man har skrevet, at man så vidt muligt skal inddrage de pårørende

Det fremgår af den foreslåede § 27 e, stk. 1 samt af forarbejderne (pkt. 2.1.), at tilbageholdelse skal kunne ske ved enhver sundhedsperson. Dette er efter vores opfattelse, den mest indgribende foranstaltning, da det kan ske med tvang (fysisk tilbageholdelse).

se). Som det er formuleret i lovforslaget, kan dette gøres ved f.eks. en social- og sundhedsassistent i en nattevagt. Det er vores opfattelse, at dette indgreb, ligesom de andre, kun bør kunne ske ved godkendelse af en overlæge. Det er desuden vores opfattelse, at der også bør overvejes, at lovforslaget forholder sig til alternative – mindre indgribende - muligheder, fx låsning af dør frem for at udføre fysiske tvang.

Vi savner, at der i lovforslaget bliver taget stilling til, hvor langt muligheden for at tilbageføre en patient rækker rent geografisk (der står tilbage til sygehuset), er det inden for matriklen, eller går det videre? Vi mener, at det er retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, hvis der med lovforslaget menes, at sundhedspersonen også skal kunne bevæge sig ud over matriklen, når der skal ske tilbageføring af en patient. Tilbageføring uden for matriklen er efter vores opfattelse en opgave for politiet.

Det er vores opfattelse, at i pkt. 2.1.3.1 vedr. "omhu og samvittighedsfuldhed" ikke giver mening. Det nævnes, at det vil være en overholdelse af sundhedspersonernes omhu og samvittighedsfuldhed, men det kan det ikke være, da denne udvises i en behandlingssituation og er reguleret af autorisationsloven. I den situation hvor man kan benytte personlige alarm- og pejlesystemer, er der næppe tale om en aktuel behandlingssituation

Vedr. klagemulighed står der i afsnit 2.5.3 *behandlingsstedets* beslutning om indgreb, men i lovforslaget står der *sundhedspersonen*. Dette stemmer ikke overens. Vi finder desuden, at der er behov for en klarificering af, hvornår klagefristen løber fra i de enkelte situationer.

Vi er positive overfor, at man vil evaluere ordningen efter 2 år. Vi synes, det er relevant at forholde sig til, om findes der en evaluering af det sociale område, efter man indførte reglerne dér. Hvad viste denne evaluering i så fald, kan erfaringer herfra inddrages?

Vi har bemærket, at der flere steder nævnes, at man vil genfremsætte lovforslaget om fremtidsfuldmægtige, hvorfor det vil være anbefalelsesværdigt, når man nu tænker det ind her, at man samtidig benytter sig af, at skrive fremtidsfuldmægtige ind i andre bestemmelser, som f.eks. Sundhedslovens § 18. Vi finder der dertil usædvanligt at formulere dele af et lovforslag ud fra en præmis om vedtagelsen af en andet lovforslag.

For så vidt angår den økonomiske vurdering, så mener vi, at der må laves beregninger vedr. hvor meget man på hospitalerne bruger på fast vagt på sådanne patienter, da det fremgår af lovforslaget, at der her vil være en besparelse. Det er vores opfattelse, at der vil være nogle økonomiske udgifter forbundet med indkøb til systemerne, betaling af klagesager på områder og i administration af indrapporteringen i regionen af brug af denne tvang (som skal oprettes). Der bør derfor foretages en beretning af udgifterne til fast vagt i forhold til de øgede udgifter til udstyr, klagesager og indrapporteringssystemet.

Vi bemærker endvidere, at det ifølge lovforslaget er en sundhedsperson, der må tilbageføre patienten, dermed er det alene visse personer, der må gennemføre dette. Det må forventes, at det i nogle tilfælde, vil tage betragtelig tid at tilbageføre en patient, særligt hvis patienten modsætter sig – i det tidsrum vil der mangle en ressource på afdelingen i den personalegruppe, som denne sundhedsperson tilhører.

Med venlig hilsen

Louise Kambjerre Scheel
Konsulent, cand.jur.

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

**Regionshuset
Viborg**

Regionssekretariatet
Skottenborg 26
Postboks 21
DK-8800 Viborg
Tel. +45 7841 0000
kontakt@rm.dk
www.rm.dk

midt
regionmidtjylland

Region Midtjyllands bidrag til høringssvar - udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)

Region Midtjylland har modtaget Danske Regioners anmodning om bidrag til bemærkninger i anledning af ovennævnte høring.

Dato 14-12-2015
Sagsbehandler Tina Leutholtz
TINLEU@rm.dk
Tel. +4578410165
Sagsnr. 1-10-70-61-15

Region Midtjylland har inddraget relevante dele af vores organisation i tilbagemeldingen.

Side 1

Indledningsvis bemærkes, at Region Midtjylland støtter op om lovforslaget. Vi har noteret os, at sammen med muligheden for at foretage indgreb i selvbestemmelsesretten følger indberetningspligt (til såvel regionsrådet, som de centrale sundhedsmyndigheder), pligt til journalføring af indgreb i selvbestemmelsesretten og kagemuligheder til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Regionen finder dog anledning til at bemærke, at det ville være ønskeligt og hensigtsmæssigt, hvis forslaget også indeholdt visse muligheder i forhold til **midlertidigt inhabile patienter**, idet f.eks. delirøse patienter ikke vil være omfattet af nuværende forslag.

Det er vores erfaring, at der består en helt særlig problemstilling i forhold til de midlertidigt inhabile patienter, som ikke løses med dette lovforslag, og hvor hospitalerne i dag oplever, at de nuværende behandlingsmuligheder i sundhedsloven og psykiatriloven ikke slår til.

Eksempelvis for patienterne på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Der er tale om mennesker, der på den ene eller anden måde har pådraget sig en hjerneskade. Størstedelen af patienterne behandles for følger efter blodprop, hjerneblødning, kranietraumer og sygdomme i centralhjernesystemet, herunder f.eks. hjerneskade efter hjertestop. Men der kan også være tale om en traumatisk hjerneskade, hvilket vil sige en hjerneskade, som er opstået ved ulykke,

f. eks. ved bilulykke, faldulykke, drukneulykke eller stød.

Der kan være mange forskellige følger af en pådraget hjerneskade, således ses ofte betydelige fysiske, følelses- og adfærdsmæssige vanskeligheder,

Fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter har vi modtaget følgende bemærkninger:

Det er relevant at gøre det muligt for sundhedspersoner på sygehuse i helt særlige tilfælde at foretage indgreb i indlagte patienters selvbestemmelsesret for at beskytte voksne patienter, som ikke kan tage vare på sig selv, eksempelvis. patienter med hjerneskade.

Regionshospitalet Hammel Neurocenters patienter er midlertidige inhabile, og derfor bør der også i forslaget være mulighed for midlertidige foranstaltninger med henblik på varetagelse af patientens tarv og sikkerhed, se eksempler 1-5 i nedenstående. Der kan være behov for gentagne behov for indgreb, og derfor er vi ikke dækket under akutte eller somatiske regler.

Det hænder, at patienter i de første 6 måneder efter skadestidspunkt, ikke kan overskue beslutninger af væsentlig karakter, og derfor kan det være nødvendigt at gribe ind.

Vi anbefaler, at der gives adgang til 5 indgreb i de indlagte voksnes selvbestemmelsesret:

- 1. Hjælp til indtagelse af medicin*
- 2. Hjælp til indtagelse af mad og væske*
- 3. Hjælp til personlig hygiejne*
- 4. Kortvarig tilbageholdelse eller tilbageførsel til sengeafsnit, hvis der er fare for at patienten udsætter sig selv eller andre for alvorlig personskade*
- 5. Brug af personlige alarm/pejlesystemer og særlige døråbnere*

Det er vores anbefaling, at mulighed for at foretage indgrebet gives midlertidigt, eksempelvis af 3 måneders varighed af hensyn til mindste middels princippet.

Patientens tilstand svinger ofte i løbet af indlæggelsen, og patienten kan under indlæggelse blive habil til at tage vare på sig selv i forhold til de ovennævnte områder efter 3 måneder.

I fald patienten ikke bliver habil kunne man forlænge tilladelsen med yderligere 3 måneder.

Det anbefales, at der er en central instans, afdelingen skal søge denne tilladelse ved. Dette kunne være hos embedslægeinstitutionen eller lignende.

Grunden til, at det anbefales er for

- 1. at sikre ensartet håndtering af, hvornår et indgreb sættes i værk, og*
- 2. at beskytte de behandlingsansvarlige læger i afdelingen, der har den løbende kontakt til patienten og pårørende.*

Alt i alt ligger vores anbefaling op ad den model som gælder i lov om social service. Det er dog væsentligt, at der ikke bliver givet en varig, men midlertidig tilladelse til indgriben.

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

Svar på høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter).

Region Nordjylland har modtaget Sundheds- og Ældreministeriets høring af 26. november 2015 over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter).

Behovet for yderligere regler:

Overordnet set finder Region Nordjylland, at det er hensigtsmæssigt at indføre regler om magtanvendelse på sygehuse som et naturligt supplement til de regler om magtanvendelse, som allerede findes på det sociale område og inden for psykiatrien. Den umiddelbare betragtning er dog, at det vil betyde en bedre sikring af patienternes retssikkerhed, hvis man i endnu højere grad end det foreslåede, indfører de regler, som gælder på det sociale område på sundhedsområdet.

Patientens nedsatte funktionsniveau ændres jo ikke i positiv retning af, at patienten opholder sig på et sygehus, og vurderingen er derfor, at behovet for magtanvendelse antagelig ikke ændres væsentligt, fordi patienten bevæger sig ind på sundhedsområdet i stedet for det sociale område. Der vil formentlig være behov for at tilpasse reglerne til sundhedsområdet af praktiske årsager, og f.eks. fordi pårørende er tillagt beføjelser inden for sundhedsområdet, hvilket ikke er tilfældet på for det sociale område.

Dertil kommer, at det ændringsforslag, som er fremsendt, alene indeholder regler om pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter, og det er ganske sjældent, at det er nødvendigt at tilbageholde og tilbageføre patienter, og når det sker i dag, så sker det inden for rammerne af nødret uden, at det giver anledning til væsentlige problemer i det daglige. Det er vanskeligt at vurdere i hvilket omfang, reglerne om anvendelse af pejle- og alarmsystemer vil vinde indpas, men umiddelbart er der ikke en opfattelse af, at der er noget særligt behov for denne form for magtanvendelse.

Jura og Forsikring

Niels Bohrsvej 30
9220 Aalborg Øst
Tlf.: 97648000
Fax: 98152009
region@m.dk

Fuldmægtig - Jurist
Anne Merethe Christensen
Direkte: 97648392
anmech@m.dk

Ref.:

Sagsnummer:
2015-025882

Dato
11. december 2015

Behovet for regulering vurderes umiddelbart at være størst i forhold til at kunne yde omsorg og pleje på samme vis, som det i dag sker på det sociale område – dvs. ved anvendelse af reglerne om magtanvendelse i hygiejnesituationer.

Behovet for at kunne behandle patienter, nævnes også som et område, hvor regler om magtanvendelse kunne anvendes, men det problem findes også på det sociale område og vil kræve en ændring af lovregler i sundhedsloven, som efterhånden har været gældende i en længere årrække nemlig reglerne i sundhedslovens §§15-21.

Inhabile patienter:

Det skal også bemærkes, at de foreståede regler alene kan anvendes i forhold til de varigt inhabile patienter, og dels er behovet det samme i forhold til en gruppe af midlertidig inhabile, og dels er der ofte patienter, som er indlagt, hvor det netop skal undersøges, hvorvidt der er tale om varig eller midlertidig inhabilitet. Endelig vil der også være mange ansatte på sygehuset, som kommer i kontakt med den enkelte patient og ikke ved, om der er tale om varig eller midlertidig inhabilitet og i de situationer, hvor der skal handles med det samme, vil det ikke være altid være muligt at nå at læse journalen, og så vil indgrebet fortsat ske i henhold til reglerne om nødret.

Det er lidt paradoksalt, at der fastsættes regler for, at man skal gribe ind over for den varigt inhabile for at beskytte dennes liv og helbred, men at der ikke er tilsvarende regler, som sikrer, at man griber ind over for den midlertidigt inhabile, som er lige så udsat. Det vil selvfølgelig ske efter reglerne om nødret, men i det øjeblik situationen opstår, vil man som ansat ikke nødvendigvis vide, om man befinder sig inden for det ene eller det andet regelsæt.

Beslutningskompetence:

Vi har ikke nogen bemærkninger til at det er overlægen eller en anden læge med den fornødne sundhedsfaglige indsigt, som skal træffe beslutning om brug af alarm- og pejlesystemer, men afgørelser om tilbageholdelse eller tilbageførsel vil ikke altid blive truffet af en sundhedsperson. Det kan være en af sygehusets øvrige ansatte f.eks. en socialrådgiver eller en portør, og det vil være uhensigtsmæssigt, hvis nogle ansatte skal handle i henhold til sundhedsloven og andre ud fra nødretsbetragtninger, når det reelt er det samme indgreb, der finder sted.

Yderligere bemærkninger:

Jeg har vedhæftet bemærkninger fra Psykiatrien i Region Nordjylland og den Kliniske Ethiske Komité ved Aalborg Universitetshospital. Bemærkningerne er delvist sammenfaldende med det ovenfor, men der er også selvstændigt indhold.

Med venlig hilsen

Anne Merethe Christensen
Fuldmægtig - Jurist

Notat

Bemærkninger fra Psykiatrien i Region Nordjylland til udkast til forslag til lov om ændring af Sundhedsloven m.m. (pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel.)

Psykiatriens bemærkninger:

Nå somatikken anmoder psykiatrien om akut psykiatrisk tilsyn, er der ofte tale om situationer, hvor patienten ikke er varigt inhabil. Patienten er på grund af akut somatisk sygdom i en tilstand af konfusion, eventuelt noget der ligner/er en delirtilstand, men når den akutte somatiske tilstand bliver behandlet er patienten igen habil og kan udøve sin selvbestemmelsesret.

I Psykiatrien vurderes således, at de nye bestemmelser ikke vil afhjælpe de situationer, hvor psykiatrien tilkaldes til somatikken ud fra et ønske om eventuel dobbeltindlæggelse – primært begrundet i et behov for en mere klar hjemme til at tilbageholde en konfus patient på somatisk sygehus. Reglerne er som anført ovenfor begrænset til at kunne anvendes overfor varigt inhabile - og eneste mulighed er alarm/pejle udstyr samt mulighed for at tilbageholde/tilbageføre. Der må ikke ske aflåsning af døre - og der kan ikke behandles med tvang. Reglernes anvendelsesområde vil dermed primært være i situationer, hvor fx demente patienter utilsigtet kommer til at forlade sygehuset - men som ellers det meste af tiden er accepterende overfor at være på sygehuset og modtage behandling.

Over for målgruppen vil reglerne jævnligt ikke adressere en problematik, hvor den demente patient tilsigtet ønsker at forlade sygehuset, ud fra et ønske om at tage hjem eller lignede – samt hvor den demente patient er afvisende over for behandling.

Vedrørende målgruppen:

I bemærkningerne er på side 6 under 1.3.1 en kort beskrivelse af reglerne i Norge. Det anføres, at disse regler gælder for patienter over 18 år, som ikke har samtykkekompetence. Denne beskrivelse må dække, at reglerne også gælder for midlertidigt inhabile.

Det kunne være en mulighed at udvide målgruppen til også at omfatte midlertidigt inhabile. Beskyttelse og omsorgsforpligtelse er ligeså aktuelt for en midlertidig inhabil patient (fx den konfuse patient) – hvor det hjemmelsmæssige grundlag for at sikre patientens forbliven på sygehuset p.t. må søges i nødretsregler.

Geografisk udstrækning:

§ 27 e hjemler mulighed for at føre patienten tilbage til sygehuset. Der er ikke i bemærkningerne nærmere beskrivelse af, hvor langt væk fra sygehuset, patienten må være kommet. På side 27 i bemærkningerne anføres, at reglen giver mulighed for at føre inhabile patienter tilbage til sygehuset, hvis de har forladt sygehuset.

Regionssekretariatet

Niels Bohrsvej 30
9220 Aalborg Øst
Tlf.: 97648000
Fax: 98152009
region@rn.dk

Fuldmægtig - Jurist
Anne Merethe Christensen
Direkte: 97648392
anmech@rn.dk

Sagsnummer:
2015-025882

8. december 2015

I psykiatrilovssammenhæng har der været diverse diskussioner om, hvor langt psykiatrilovens tvangsregler gælder/udstrækkes. Det er fastslået fra ministeriet, at psykiatriloven gælder på sygehusets område (matriklen) - men altså ikke ude på alfarvej (her kan nødret så evt. anvendes). Psykiatriloven har i § 10 a en særlig regel om tilbageførsel af frihedsberøvede patienter, men det er i situationer, hvor en frihedsberøvet patient ikke kommer tilbage efter udgang – tilbageførslen er ved politiets intervention.

Det kan overvejes at anbefales, at den geografiske udstrækning af den nye bestemmelse i sundhedsloven § 27 e skrives ind i lovtekst/bemærkninger.

Beslutningskompetence

Beslutningskompetencen er, jfr. § 27 d stk. 1, tillagt overlæge, - dog således at en anden læge kan træffe beslutning i overlægens fravær men hvor overlægen efterfølgende skal tage stilling til beslutningen, jfr. § 27 d stk. 5. Som der også henvises til i bemærkningerne er der tilsvarende regel i psykiatriloven (jfr. § 4 a)

I psykiatrilovssammenhæng er det præciseret, at henlæggelse af kompetencen i psykiatriloven til overlæge hindrer delegation af opgaven til fx en medicinstuderende. Overlægens godkendelse kan indhentes telefonisk.

Tilsvarende vil gælde for disse regler.

Tidspunkt for overlægens stillingtagen er fastsat til "snarest muligt" – jfr. forslaget § 27 d stk. 5.

Formuleringen er tilsvarende i psykiatrilovens § 4 a, - og der er tidligere domspraksis fra Østre Landsret om, at der ikke med "snarest muligt" kan indlægges et bestemt tidsmæssigt krav. Ikke desto mindre har Det Psykiatriske Ankenævn meddelt, at det i klagesager over tvang vil forvente, at der er overlæge stillingtagen indenfor 48 timer. Er der gået mere end 48 timer vil Patientklagenævnet afæske sygehuset en forklaring – og derefter vurdere, om denne forklaring kan begrunde, hvor Ankenævnet vil betragte som en udsættelse.

Det kan overvejes at anbefale, at der i bemærkningerne/kommende bekendtgørelse anføres en nærmere definition af "snarest muligt"

Småbemærkninger til udkastet

§ 27 b fastsætter mindstemiddels- og proportionalitetsprincip. Bl.a. anføres i 3. punktum, at: "Alle indgreb skal udføres med størst mulig hensyntagen til den pågældende patient og pårørende for at undgå unødige krænkelser og ulempe".

Psykiatriloven har lignende mindstemiddels- og proportionalitetsprincip (se § 4 og også de nye regler i § 2).

I psykiatrilovens bestemmelse, der ligner det citerede, er der kun anført størst mulig hensyntagen til patienten – der er ikke anført pårørende (jfr. § 4 stk. 3 i psykiatriloven, som fastsætter: "Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelse eller ulempe").

§ 27 b stk. 2 fastsætter, at indgreb ikke må erstatte personlig pleje og omsorg. I psykiatriloven er formuleringen, jfr. § 2 stk. 2, at "Tvang må aldrig erstatte omsorg, behandling og pleje".

Til rette vedkommende.

Aalborg den 9. december 2015.

Udtalelse vedr. høringsmateriale fra Sundheds- og Ældreministeriet, á den 26. november 2015, omhandlende udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed:

-det foreslås, at der på offentlige sygehuse mv. kan foretages indgreb i patienternes selvbestemmelsesret til beskyttelse af patienter, som ikke kan tage vare på sig selv, dels via anvendelse af overvågningsudstyr, dels via tilbageholdelse eller tilbageførelse. Lovændringen indeholder beskrivelse af pligt til journalføring og til indberetning samt om klageadgang.

Loven skal træde i kraft pr. 1. august 2016.

Med udgangspunkt i at sygehuse skal kunne sikre trygge forhold for patienterne, analog de lovlige muligheder inden for primær-sektor, ønsker man fra regeringens side at stille de nødvendige rammer og vilkår til rådighed for, at personalet kan yde den fornødne sikkerhed for patienterne. Da det beskrevne lovforslag hele tiden tager afsæt i omsorgen for patienten samtidig med at værdigheden søges bevaret, kan vi fra den Lokale Kliniske Etiske Komite kun anbefale, at lovforslaget vedtages.

Der henstilles kontinuerligt forslaget igennem om anvendelse af det mindst muligt indgribende tiltag, eksemplificeret ved at indgrebet skal være af kortest mulig varighed, skal være det mindst forstyrrende i forhold til patientens umiddelbare ønsker og livsførelse, og tiltaget må ikke være af varig karakter, men alene midlertidig med det formål at beskytte patienten mod at forvolde skade på sig selv. Det anføres endvidere, at der skal være forsøgt tillidsskabende adfærd fra behandleren, og dermed forsøgt indgåelse af en frivillig aftale, inden beslutningen træffes om indgriben i patientens selvbestemmelsesret.

Forslaget beskriver, at der som minimum skal være to personer, der træffer beslutningen. Den ene skal være en overlæge, den anden kan være en pårørende eller lignende relation. Der anvendes i forslaget begreber som "fremtidsfuldmægtig" og "fremtidsfuldmagt", hvilket er begreber, der foreslås vedtaget ved lov. Personer med den status, vil være relevante at medtage i beslutningen, beskrives det, hvilket igen tilkendegiver lovforslagets intension om at sikre patienterne mod unødvendige overgreb.

Endvidere er der i lovforslaget redegjort for, at indgrebet i patientens selvbestemmelsesret både skal journalføres og indberettes, og retssikkerheden er håndhævet via en beskrevet klageadgang.

Det eneste forhold der kan synes at mangle en beskrivelse af er patienter, der midlertidigt har brug for en skærpet omsorg, men som ikke er varigt inhabile. Der kan forekomme situationer under en indlæggelse, hvor patienten bliver midlertidig ude af stand til at foretage relevante vurderinger af konsekvenserne af deres ønsker og valg, men hvor situationen endnu ikke er blevet så alvorlig, at man kan tillade sig en tvangsbehandling. Denne patientgruppe kan have samme brug for den beskrevne omsorg og beskyttende tiltag, som de varigt inhabile tilbydes med dette lovforslag.

Samlet set kan vi fra Den Kliniske Etske Komite ved Aalborg Universitetshospital tilslutte os, at der lovgives omkring muligheden for en midlertidig indgriben i den varigt inhabile patients personlige frihed, ikke mindst fordi der flere steder i lovforslaget fremhæves en bevidsthed om bevarelse af patientens værdighed, integritet og retsstilling i det omfang, det overhovedet er muligt. Blot gør vi opmærksom på den "ikke varigt" inhabile patients sammenlignelige behov og dermed et behov for en analog legalisering af en midlertidig indgriben i disse patienters personlige frihed, - igen med det formål at yde omsorg og sikre mod tilskadekomst.

På vegne af Den Kliniske Etske Komite ved Aalborg Universitetssygehus,

Dorte Elise Møller Holdgaard

RN., exam.art., SD., MPA.

Funktionsleder ved Tværfaglig Smertecenter,

Formand for Den Lokale Kliniske Etske Komite.

Telefon 97 66 19 78 / 22 70 07 85

demh@rn.dk

**AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
KLINIK ANÆSTESI**

TVÆRFAGLIGT SMERTECENTER

Nybrogade 16, 3. sal
9000 Aalborg

www.smertecenter.rn.dk

Frederik Rechenback Enelund

Fra: Karin Råe Sroczynski <ks@regionsjaelland.dk>
Sendt: 22. december 2015 11:35
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse
Cc: Frederik Rechenback Enelund; Ea Busch-Petersen; Lene Jensen
Emne: svar på høring om ændring af sundhedsloven, lov om klage og erstatning og lov om autorisation

Region Sjælland har følgende bemærkninger til høringsudkastet:

Bekymring i forhold til den praktiske anvendelse af tilbageholdelse og tilbagehentning til sygehuset. Demente patienter er en patientgruppe, som er tilknyttet flere forskellige afdelinger, hvor ikke nødvendigvis alle kompetencer i forhold til tilbageholdelse er tilstede.

Der foreslås anden omtale end overlægen som beslutningskompetence, da de somatiske afdelinger oftest har flere overlæger ansat på en afdeling.

Beklager overskridelse af tidsfristen for høringssvaret.

Glædelig Jul

Venlig hilsen

Karin Sroczynski
Chefkonsulent

Region Sjælland
KU Plan
Alleen 15, 4180 Sorø

Tlf. +45 5787 5208
Mobil +45 2018 3892
Fax +45 5787 5298

Personlig e-post ks@regionsjaelland.dk



Vedr. høring over forslag til ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Mulighed for anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer på sygehuse, tilbageholdelse af patienter m.v.)

Psykiatri- og Socialstaben finder det positivt, at der lovgivningsmæssigt tages fat på at løse de udfordringer, der kan være ved varigt inhabiles ophold og behandling på somatiske sygehuse.

Lovforslaget findes dog utilstrækkeligt, idet det ikke omhandler den største udfordring, nemlig muligheden for behandling af varigt inhabile mod deres vilje. For en stor del af denne persongruppe vil konsekvenserne af manglende behandling ikke stå patienterne klart, og samtidig kan modviljen mod behandlingens gennemførelse være udtryk for mange andre forhold end modvilje mod behandling, eksempelvis at personen ikke forstår, hvad der skal ske, eller at personen generelt har modvilje mod berøring m. v. Der opfordres kraftigt til, at lovændringen også omhandler denne udfordring, således at der under visse betingelser bliver mulighed for at behandle varigt inhabile mod deres vilje.

Vedrørende indholdet i det fremsendte lovforslag kan blandt andre følgende forhold nævnes.

Der ses i udformningen af bestemmelserne ikke at være taget højde, at en del somatiske sygehuse er blevet samlet til meget store fysiske enheder. Af den foreslåede bestemmelse § 27 d, stk. 2 fremgår bl. a., at der mod patientens vilje kan anvendes personlige alarm- og pejlesystemer, når der er en åbenbar risiko for, at patienten forlader sygehuset. Det antages derfor, at forslaget omhandler mulighed for en personlig alarm kan give personalet besked, når patienten er ved at forlade sygehusets bygninger gennem en yderdør m. v. I modsætning til de fleste botilbud efter serviceloven, er de somatiske sygehuse ofte meget store enheder. Dette betyder, at der vil være rigtig mange yderdøre, som patienten kan forlade sygehuset via, da patienten kan bevæge sig inde i sygehuset fra den ene afdeling til den anden og videre. Dette vil dels give den udfordring, at det kan være fysisk umuligt at have en sensor, der registrerer patientens kropsbårne alarm, på alle yderdøre, og dels den udfordring, at den yderdør, som patienten rent faktisk benytter til at forlade sygehuset, kan være så langt væk fra den afdeling, at personalet enten ikke kan nå at komme til yderdøren for at tilbageholde patienten, eller at personalet ikke har mulighed for at hente patienten ved yderdøren, da det ikke vil være forsvarligt af hensyn til de øvrige patienter at være væk fra afdelingen i så lang tid. Under hensyntagen til foranstående og til at indlæggelse på somatiske sygehuse ofte er af korterevarende ophold, og at der ikke er tale om ophold i patientens eget hjem, anbefales, at alarmer, når det er nødvendigt for at imødegå risikoen for personskade, kan anvendes allerede, når patienten forlader afdelingen.

Af den foreslåede bestemmelse § 27 e fremgår, at sundhedspersoner kan beslutte at foretage indgreb i selvbestemmelsesretten ved fysisk at tilbageholde en patient, der er ved at forlade sygehuset. Det fremgår af de specielle bemærkninger til bestemmelsen, at en af betingelserne for anvendelse af bestemmelsen er, at der er et akut opstået behov for at gribe ind. I praksis vil også andre personalegrupper end sundhedspersoner (eks. portører, receptionister m. v.) kunne observere, at en varigt inhabil patient er på vej til at forlade sygehuset med personfare til følge, eks. hvis patienten er meget let påklædt, og det er frostvejr. Såfremt den varigt inhabile patient er på vej ud af hoveddøren, er det sandsynligt, at det personale, der er i indgangsarealet ikke er sundhedspersoner, og det er sandsynligt at der ikke er tid til at få identificeret, hvilken afdeling patienten kommer fra og kontakte denne inden patienten har forladt

sygehuset. I sådanne situationer burde det også være muligt for disse andre personalegrupper at gribe ind for at imødegå faren.

Det fremgår endvidere af de specielle bemærkninger til § 27 e, at der i den konkrete situation skal være en reel og begrundet risiko for, at patienten ved at forlade sygehuset vil lide personskade, og at en formodning herom ikke er tilstrækkelig. Hertil skal siges, at sygehuspersonalet oftest ikke har samme kendskab til patienten, som eksempelvis personale på et botilbud har til en beboer. Sygehuspersonalet har derfor sjældent forudsætningerne for at kunne vurdere, at der er tale om en reel og begrundet risiko, når en varig inhabil patient forlader sygehuset, eksempelvis hvis det vurderes usikkert om den varige inhabile patient er trafiksikker. I disse tilfælde vil sygehuspersonalet alene have en formodning for, at den der risikeres personskade. Under hensyntagen til foranstående og til at indlæggelse på somatiske sygehuse ofte er af korterevarende ophold, anbefales, at sygehuspersonalet må tilbageholde en varig inhabil patient alene på formodningen om, at vedkommende patient udsætter sig selv for risiko for personskade ved at forlade sygehuset.

Generelt kan siges, at det virker umiddelbart som om, der ved udformningen af reglerne, er hentet inspiration fra servicelovens regler om alarm- og pejlesystemer, dog uden at tage højde for, at der er andre forudsætninger og andre forhold for en varig inhabil patients ophold på et somatisk sygehus end for en varig inhabil borgers ophold på et socialt botilbud.

D. 8. december 2015

Trine Andersen

Fra: Dorthe Neergaard <dn@danske-aeldreraad.dk>
Sendt: 14. december 2015 15:19
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse; Frederik Rechenback Enelund
Emne: VS: HØring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m.
 (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)
Vedhæftede filer: Høringsbrev [DOK1832831].PDF; Høringsliste [DOK1832830].PDF; Høringsversion af lovforslag [DOK1832829].PDF; fesdPacket.xml

Til Sundheds- og Ældreministeriet
 Primær Sundhed, Ældrepolitik og jura
 Ministeriets sagsnr. 1405971

DANSKE ÆLDRE RÅD takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende ovennævnte lovforslag.

DANSKE ÆLDRE RÅD stiller sig positivt til regeringens lovforslag, og har følgende bemærkninger:

Det er hændt, at demente patienter har forladt et sygehus, er kommet til skade, og enkelte endda afgået ved døden. For at undgå sådanne tilfælde, ønskes nu indført mulighed for overvågning af sådanne varigt inhabile patienters adfærd. En sådan lovbestemmelse kan DANSKE ÆLDRE RÅD tilslutte sig.

DANSKE ÆLDRE RÅD finder det positivt, at der ikke ændres ved bestemmelsen om, at der skal foreligge informeret samtykke, før behandling indledes. Det gælder ligeledes fortsat, at såfremt varigt inhabile patienter "i ord eller handling giver udtryk for, at de ikke ønsker behandlingen", skal dette ligeledes respekteres.

Dette nye lovforslag handler således udelukkende om at kunne holde øje med varigt inhabile patienter, så de ikke forlader sygehuset i utide.

Med venlig hilsen

Bent Aa. Rasmussen
 Formand

Med venlig hilsen

Dorthe Neergaard
 Ældrepolitisk konsulent



DANSKE ÆLDRE RÅD
 Jernbane Allé 54, 3. th.
 2720 Vanløse

Tlf.: 3877 0160
 Direkte nr.: 3877 0163



Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt til: primaejur@sum.dk og fre@sum.dk
med kopi til: jm@jm.dk

22. december 2015

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

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

J.nr. 2015-112-0498
Sagsbehandler
Victoria Maria Ljunggren
Direkte 3319 3214

Vedrørende høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Ved e-mail af 26. november 2015 har Sundheds- og Ældreministeriet anmodet om at modtage Datatilsynets bemærkninger til ovennævnte udkast til lovforslag.

Datatilsynet har følgende bemærkninger til udkastet:

1. Personlige alarm- og pejlesystemer

1.1. Af udkastets forslag til ny § 27 d i sundhedsloven fremgår:

”§ 27 d. Med stedfortrædende samtykke fra patientens nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig kan overlægen beslutte at anvende personlige alarm- og pejlesystemer på indlagte patienter.
[...].”

Af udkastets forslag til ny § 27 c fremgår:

”§ 27 c. Bestemmelserne i dette kapitel finder anvendelse på patienter, der varigt mangler evnen til at samtykke til behandling efter § 18 i sundhedsloven, og som er indlagt på et offentligt sygehus, eller et privat behandlingssted, som regionsrådet har indgået overenskomster eller driftsoverenskomster med, jf. § 75, stk. 2 og 3, i sundhedsloven.”

Af de almindelige bemærkninger til lovforslaget, afsnit 2.1.3.4., fremgår bl.a.:

”Det er ministeriets opfattelse, at oplysningerne om patientens position, navn m.v. er almindelige personoplysninger, der kan behandles inden for rammerne af persondatalovens § 6, stk. 1, nr. 1 og 3-6. Det er ligeledes ministeriets opfattelse, at de følsomme personoplysninger, der behandles, herunder oplysninger om anvendelsesårsag og diagnose, kan behandles efter persondatalovens § 7, stk. 2, nr. 2 og 4, og stk. 5, samt § 8, stk. 2, nr. 3, og stk. 6. Endvidere er det ministeriets opfattelse, at behandlingen kan ske i overensstemmelse med § 5.”

1.2. Datatilsynet skal indledningsvis bemærke, at oplysning om, at der anvendes personlig alarm- og pejlesystem på en patient efter den foreslåede § 27 d, jf. persongruppen i § 27 c, efter tilsynets opfattelse *i sig selv* er en følsom oplysning. Datatilsynet går umiddelbart ud fra, at der er tale om en oplysning om patientens helbredsmæssige forhold, jf. persondatalovens¹ § 7, idet udtrykket ”helbredsmæssige forhold” omfatter oplysninger om en fysisk persons tidligere, nuværende og fremtidige fysiske eller psykiske tilstand.

Hjemlen til behandlingen af oplysninger om den overvågede patient, vil således ikke kunne findes i persondatalovens § 6.

Sundheds- og Ældreministeriet har desuden henvist til persondatalovens § 8, stk. 2, nr. 3, og stk. 6, som hjemmel til behandlingen af personoplysninger. Datatilsynet skal bemærke, at § 8, stk. 2, nr. 3, er en videregivelseshjemmel, og det står derfor ikke klart, på hvilket grundlag der henvises til denne bestemmelse. Desuden er § 8, stk. 6, ikke en hjemmel i sig, men henviser blot til, at behandling af oplysninger omfattet af § 8 også vil kunne behandles, hvis betingelserne i § 7 er opfyldt.

Hvad angår ministeriets henvisning til hjemmelsbestemmelsen i § 7, stk. 2, nr. 4, skal Datatilsynet bemærke, at det ikke står Datatilsynet klart, hvilket ”retskrav” der nødvendiggør den omhandlede behandling af personoplysninger. Datatilsynet er umiddelbart tvivlende over for, om behandlingen af personoplysninger af patienterne kan finde sted efter § 7, stk. 2, nr. 4.

For så vidt angår henvisningerne til § 7, stk. 2, nr. 2 og § 7, stk. 5, skal Datatilsynet anmode Sundheds- og Ældreministeriet om i bemærkningerne at præcisere, i hvilke tilfælde og på hvilket grundlag det vurderes, at behandlingen af oplysninger kan finde sted efter bestemmelserne.

Datatilsynet skal desuden anmode om, at det beskrives nærmere, hvordan det sikres, at de personoplysninger, der behandles i forbindelse med anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer, er relevante og tilstrækkelige og ikke omfatter mere, end hvad der kræves til opfyldelse af de formål, hvortil oplysningerne indsamles, jf. persondatalovens § 5, stk. 3.

1.3. Datatilsynet skal i øvrigt for god ordens skyld henlede opmærksomheden persondatalovens § 5, stk. 5, hvoraf fremgår, at indsamlede oplysninger ikke må opbevares på en måde, der giver mulighed for at identificere den registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til de formål, hvortil oplysningerne behandles.

Desuden skal Datatilsynet henlede opmærksomheden på persondatalovens § 41, stk. 3, hvoraf det fremgår, at der skal træffes de fornødne tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger mod, at oplysninger hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes, samt mod, at de kommer til

¹ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer

uvedkommendes kendskab, misbruges eller i øvrigt behandles i strid med loven.

Ved etablering af elektronisk overvågning skal det således sikres, at oplysninger ikke hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes, samt mod, at de kommer til uvedkommendes kendskab, misbruges eller i øvrigt behandles i strid med loven, herunder også ved transmission af oplysningerne.

Der henvises i den forbindelse til sikkerhedsbekendtgørelsen² og vejledningen³ til sikkerhedsbekendtgørelsen.

2. Indberetningspligt

2.1. Af udkastets forslag til ny § 27 f i sundhedsloven fremgår:

”§ 27 f. Ethvert indgreb i selvbestemmelsesretten efter dette kapitel skal indberettes til det regionsråd, der er driftsansvarlig myndighed, eller som det private behandlingssted har indgået overenskomst eller driftsoverenskomst med. Indberetning skal tillige ske til de centrale sundhedsmyndigheder.

Stk. 2. Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om indberetningspligten efter stk. 1.”

Af de almindelige bemærkninger til lovforslaget, afsnit 2.2.3., fremgår det vedrørende indberetningspligten:

”Hermed sikres det nødvendige grundlag for regionernes statistiske, planlægningsmæssige og styringsmæssige opgaver i forhold indgreb i selvbestemmelsesretten, og at regionerne selv kan føre kontrol med omfanget af indgreb, således at regionerne ved konstatering af uregelmæssigheder eller atypiske eller uventede mønstre i administrationen af reglerne får mulighed for at sikre en mere hensigtsmæssig praksis. Samtidigt sikres det, at de centrale sundhedsmyndigheder (Sundhedsdatastyrelsen) kan følge udbredelsen af opfanget, herunder til brug for tilsyn og overvågning af indgreb i selvbestemmelsesretten.

[...]

Ligeledes kan oplysningerne alene behandles til brug for de centrale sundhedsmyndigheders overvågning af det generelle omfang af indgreb i selvbestemmelsesretten til brug for planlægning af tilsyn og indsatsområder. Oplysningerne kan ikke danne grundlag for iværksættelse af konkrete sanktioner og tilsynsforanstaltninger.”

Om hjemlen til behandlingen af personoplysninger fremgår det af bemærkningerne:

² Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning, som ændret ved bekendtgørelse nr. 201 af 22. marts 2001

³ Vejledning nr. 37 af 2. april 2001 til bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning

”Det er ministeriets opfattelse, at den foreslåede bestemmelse om indberetning til de centrale og lokale myndigheder er inden for rammerne af persondatalovens § 10. Det er endvidere ministeriets opfattelse, at behandlingen kan ske i overensstemmelse med § 5. Oplysningerne kan således alene danne grundlag for regionernes statistiske, planlægningsmæssige og styringsmæssige opgaver og kan ikke danne grundlag for konkrete afgørelser, sanktioner eller lignende.”

2.2. Datatilsynet er umiddelbart tvivlende over for, om den påtænkte behandling i det hele kan ske inden for rammerne af persondatalovens § 10. Datatilsynet skal i den forbindelse bemærke, at tilsynet umiddelbart finder det tvivlsomt, om indberetning af personhenførbare oplysninger kan ske inden for rammerne af § 10, hvis oplysningerne f.eks. vil skulle bruges til at vurdere, om der skal foretages tilsyn (og i forbindelse med tilsyn) hos det indberettende sygehus. En sådan behandling af personoplysninger vil efter Datatilsynets umiddelbare opfattelse udgøre en administrativ sagsbehandling, som ikke kan finde sted efter persondatalovens § 10.

Datatilsynet skal understrege, at personoplysninger behandlet med hjemmel i persondatalovens § 10 udelukkende må anvendes til videnskabelige eller statistiske formål. Oplysningerne må således ikke anvendes som grundlag for konkrete retlige eller faktiske foranstaltninger over for de omhandlede personer eller andre (dvs. både patienter, sundhedspersoner og sygehuse mv.). Det er kun resultatet af den statistiske bearbejdning af personoplysninger, der må bruges i administrativ sammenhæng, og kun under forudsætning af, at anvendelsen af resultaterne sker på en sådan måde, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner.

Når behandlingen af personoplysningerne skal ske i overensstemmelse med persondatalovens § 10, forudsætter Datatilsynet, at den behandling, som de modtagende regionsråd og centrale sundhedsmyndigheder skal foretage af oplysningerne, *udelukkende* finder sted i statistisk øjemed.

Datatilsynet finder, at det vil være mest hensigtsmæssigt, at det fremgår udtrykkeligt af selve lovteksten, at de indsamlede oplysningerne hos modtagerne udelukkende må anvendes i statistisk øjemed.

Datatilsynet skal i den forbindelse henlede opmærksomheden på, at det følger af persondatalovens § 10, stk. 2, at oplysninger, der er indsamlet til brug for statistik, ikke senere må behandles i andet end statistisk eller videnskabeligt øjemed. En eventuel videregivelse til tredjemand (i venskabeligt/statistisk øjemed) må desuden kun ske efter forudgående tilladelse fra Datatilsynet, jf. § 10, stk. 3.

2.3. I øvrigt finder Datatilsynet, at det meget nøje må overvejes, om det er nødvendigt at opbevare og i øvrigt behandle oplysninger i en umiddelbar personhenførbart form, jf. § persondatalovens § 5's krav om nødvendighed og proportionalitet. Når der er tale om statistiske analyser og ikke sagsbehandling i forhold til den enkelte borger, sundhedsperson eller sygehus, taler meget

efter Datatilsynets opfattelse for, at oplysningerne ikke bør behandles i en umiddelbar personhenførbare form.

Datatilsynet skal således opfordre til – og anbefale at det indsættes i bemærkningerne – at oplysninger i videst muligt omfang behandles i en form, hvor de ikke er umiddelbart personhenførbare, f.eks. således at de opbevares i krypteret form eller under et løbenummer i stedet for under personnummer. Det bemærkes, at i det omfang det slet ikke er nødvendigt for modtagerne at have personoplysninger – men udelukkende oplysninger i anonymiseret form – bør indberetningen ske i en ikke-personhenførbare form.

2.4. Endvidere skal Datatilsynet bemærke, at behandlingen af oplysningerne hos modtagerne – ud over at denne må begrænses til få personer – også skal ske på en måde, der i it-teknisk henseende er adskilt fra modtagernes almindelige administrative sagsbehandling. Datatilsynet skal foreslå, at dette indsættes i bemærkningerne til lovforslaget.

Datatilsynet forudsætter desuden, at persondatalovens § 5, stk. 5, overholdes.

3. Afsluttende bemærkninger

Datatilsynet skal afslutningsvis henlede opmærksomheden på persondatalovens § 57. Det fremgår heraf, at ved udarbejdelser af bekendtgørelser, cirkulærer eller generelle forskrifter, der har betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af oplysninger, skal der indhentes udtalelse fra Datatilsynet.

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

Med venlig hilsen

Victoria Maria Ljunggren



15. december 2015

Att. Sundheds- og Ældreministeriet, primaejur@sum.dk, fre@sum.dk (kopi)

Høringssvar – høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK) ønsker hermed at give vores bidrag til denne høring. DKDK er ikke på høringslisten, hvilket undrer os.

Vi vil bede om at blive optaget på Ministeriets høringsliste for de forslag der vedrører demensområdet.

DKDK er alt overvejende positive ift. lovforslaget. Vi synes det er godt at der indføres en bestemmelse, hvorefter der kan anvendes personlige alarm- og pejlesystemer, f.eks. GPS overfor varigt inhabile patienter.

Vi tilslutter os ligeledes muligheden for , at sundhedspersoner på sygehuse i helt særlige tilfælde kan tilbageholde en varigt inhabil patient. DKDK ønsker dog at knytte følgende bemærkninger til forslaget:

DKDK synes at forslaget er yderst relevant, men vi er bekymrede over ordlyden. Vi havde hellere set at ordlyden var den samme som i serviceloven §124 i formålet med magtanvendelsen;

Indgreb må aldrig erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand.

Bestyrelsens praksiserfaring viser, at meget magtanvendelse kan undgås ved socialpædagogiske tiltag. I forslaget lægges der vægt på dialog, samtale og kommunikation, det er et vidt begreb.

DKDK er bekymret for at der vil forekomme en del magtanvendelse som ville kunne undgås ved bedre uddannelse af personalet i socialpædagogisk metode.

På vegne af bestyrelsen i DKDK

Marianne Lundsgaard, faglig sekretær

NOTAT

J.nr.: 1507740
Dok. nr.: 1858406
HKJ.DKETIK

Høring om forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Det Ethiske Råd har modtaget det ovenstående lovforslag i høring. Rådet har først nogle kritiske bemærkninger til selve forslaget og fremlægger derefter nogle mere overordnede overvejelser.

Forslaget drejer sig om, at det under bestemte forudsætninger skal være muligt at anvende personlige alarm- og pejlesystemer på indlagte patienter, der varigt mangler evnen til at samtykke til behandling. Desuden skal det være muligt rent fysisk at tilbageholde en inhabil patient, der er ved at forlade sygehuset, eller føre vedkommende tilbage til sygehuset. Det fremgår af lovforslaget, at formålet hermed er at sikre "den bedst mulige omsorg og beskyttelse af patienten".

Det Ethiske Råd er indforstået med, at patienters ret til selvbestemmelse i nogle tilfælde kan tilsidesættes af en omsorgsforpligtelse, hvis patienten ikke er habil til selv at træffe beslutninger.¹ Rådet finder imidlertid samtidig, at tilsidesættelsen af patientens ret til selvbestemmelse involverer nogle problemstillinger, som det er vigtigt at forholde sig til.

¹ Rådet har behandlet problemstillingen grundigt i udtalelsen *Sygdomsbehandling af inhabile patienter fra 2011*, som der henvises til for en grundigere fremstilling af emnet, se: <http://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/sundhedsvaesenet/publikationer/sygdomsbehandling-af-inhabile-demente-2011>

Det er en vanskelig en vurdering, om en person er habil til selv at træffe beslutninger – og i mange tilfælde bør vurderingen være situationsbundet. Det kan godt være, at personen er i stand til at træffe nogle beslutninger, men ikke kan forholde sig til andre og måske mere komplicerede valg. Desuden kan beslutningskompetencen svinge fra dag til dag og vil for nogle patienters vedkommende også være nedsat og/eller vanskelig at vurdere, fordi patienten er usikker og utryk på grund af indlæggelsen på hospitalet. I mange tilfælde vil det være lettere for de personer, der har med patienten at gøre til daglig, fx pårørende eller ansatte på plejehjem, at vurdere patientens habilitet og forstå, hvad patienten giver udtryk for, eventuelt på det nonverbale niveau. Dette kan tale for at muliggøre, at disse personer inddrages i samtalerne med patienten.

Vurderingen af patientens habilitet er altså ikke enkel at foretage. I den givne sammenhæng er det imidlertid en vurdering med meget væsentlige implikationer, fordi overvågning, fastholdelse og tilbageførsel må betragtes som - og også af patienten kan opleves som - væsentlige krænkelse, også hvis patienten reelt ikke er habil.² Dette understreges af, at respekten for det enkelte menneskes integritet og selvbestemmelse ifølge sundhedsloven udgør en af grundpillerne for sundhedsvæsenets virke.

På baggrund af den beskrevne usikkerhed forbundet med vurderingen af habilitet og i betragtning af den krænkelse, der knyttet sig til en tilsidesættelse af retten til selvbestemmelse, forekommer det velvalgt at bygge en række sikringsmekanismer ind i lovgivningen, som kan forebygge fejlvurderinger og utilsigtede krænkelse. Lovforslaget rummer også sådanne mekanismer, men efter Det Ethiske Råds opfattelse må det overvejes, om de er vidtgående nok. Rådet ønsker her først og fremmest at pege på de tre følgende forhold:

1. Det fremgår af afsnit 2.5.2. i lovforslaget, at "klageadgangen over indgreb i selvbestemmelsesretten i somatikken skal følge den gældende klageadgang, der gælder for klager over behandling m.v. i somatikken". Det er Styrelsen for Patientsikkerhed, der behandler disse klager, men da der er en vis sagsbehandlingstid, indebærer dette, at man ikke kan nå at få medhold i en klage i forbindelse med et igangværende behandlingsforløb, selv om det måske strækker sig over adskillige uger. Det er derfor ikke utænkeligt, at en patient gentagne gange kan få tilsidesat

² Se fx Niemeijer et al.: "The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care", *Nursing Ethics*, 2015, Vol. 22(3), 307-320.

sin selvbestemmelse, selv om patienten reelt er habil til at træffe de relevante beslutninger. Dette taler for, at det i stedet skal være muligt at klage til en instans, som kan behandle klagen i løbet af få dage for at forhindre gentagen og ubegrundet tilsidesættelse af selvbestemmelsen.

2. I Det Ethiske Råds udtalelse *Sygdomsbehandling af inhabile demente* (se fodnote 1) anbefales det, "at det skal tilstræbes, at der foretages en vurdering af patientens habilitet eller en egentlig demenstest forud for behandlingen". Anbefalingen hænger sammen med, at vurderingen af habilitet er vanskelig og derfor bør foretages forud for det tidspunkt, hvor der udøves tvang med den begrundelse, at patienten ikke er habil. Det Ethiske Råd mener, at det også i sammenhæng med det fremsendte lovforslag er rimeligt at fastlægge en nærmere procedure for, hvordan vurderingen af patientens habilitet foregår, blandt andet for at sikre, at vurderingen så vidt muligt foretages af personer med tilstrækkelig viden om problematikken og på et passende tidspunkt.
3. Det Ethiske Råd har diskuteret bestemmelsen i lovforslagets § 27 d. stk. 4. Det fastlægges her, at "I de tilfælde, hvor overlægen finder, at den nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig forvalter samtykket på en måde, der åbenbart skader patientens interesser og helbred, kan overlægen beslutte at anvende personlige alarm- og pejlesystemer efter betingelserne i stk. 2, nr. 1-3, hvis en anden læge, der har faglig indsigt på området, giver sit samtykke hertil." Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd mener, at en begrundelse for at inddrage en patients nærmeste pårørende, en værge eller en fremtidsfuldmægtig i behandlingen af en inhabil patient er, at disse personer ofte kender patientens ønsker og holdninger bedre end de sundhedspersoner, der behandler patienten. Af den grund medvirker inddragelsen til at sørge for, at patienten behandles på den måde, der *set fra patientens eget perspektiv* udgør den bedst mulige behandling. Inddragelsen kan derfor opfattes som et middel til at sikre, at patientens egne interesser i tilstrækkelig grad tages i betragtning. Disse medlemmer mener, at det bør overvejes nøje, om bestemmelsen i § 27 d. stk. 4 gør det for let for sundhedspersonerne at afskære den nærmeste pårørende, værgen eller en fremtidsfuldmægtig fra indflydelse. Og under alle omstændigheder er bestemmelsen efter disse medlemmers mening med til at undergrave den status og autoritet, pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig kan påberåbe sig. Dette kan tale for, at beslutningen om at tilsidesætte den måde, den nærmeste pårørende, værgen eller den fremtidsfuldmægtige forval-

ter samtykket på, bør involvere andre personer end overlægen og en anden læge, fx eksterne personer med særlig viden om demens eller lignende.

Andre medlemmer af Det Ethiske Råd deler ikke denne skepsis i forhold til bestemmelsen i § 27 d. stk. 4. Efter disse medlemmers opfattelse må det forventes, at den nærmeste pårørendes, værgens eller den fremtidsfuldmægtigs forvaltning af samtykket kun tilsidesættes, hvis det er velbegrundet og efter grundig dialog. Desuden mener disse medlemmer ikke, at det altid kan tages for givet, at de pårørende, værger eller den fremtidsfuldmægtige ønsker eller er i stand til at forvalte patientens interesser.

4. Under beskrivelsen af, hvilke personlige alarm- og pejlesystemer der kan anvendes, foreslås det i lovforslaget, "at sundheds- og ældreministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om, hvilke systemer der kan anvendes". Det Ethiske Råd vi i forlængelse heraf opfordre til, at der udformes en godkendelsesprocedure, som kan tage højde for, at de konkrete teknologier nogle gange skal vurderes forskelligt på det etiske niveau, selv om de i mange henseender har samme formål og funktionsmåde. Eksempelvis gør det en forskel for vurderingen, om en GPS-enhed uden patientens viden er placeret i skoene, om den sidder synligt i et aftageligt ur eller om den er opereret ind under huden på patienten.

Udover de ovenstående kommentarer knyttet til spørgsmålet om sikringsmekanismer, har Det Ethiske Råd de følgende lidt mere konkrete kommentarer.

- Det fremgår ikke af lovforslaget, hvordan det forholder sig til Konventionen om rettigheder for personer med handicap.
- Det fremgår af lovforslagets § 27 d., at "med stedfortrædende samtykke fra patientens nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig kan overlægen beslutte at anvende personlige alarm- og pejlesystemer på indlagte patienter." Det fremgår ikke, hvordan overlægen skal forholde sig i tilfælde af uenighed mellem pårørende, værge og/eller fremtidsfuldmægtig.
- Det fremgår af bemærkningerne til lovforslagets enkelte bestemmelser, at det er en betingelse for anvendelsen af alarm- og pejlesystemer, at der er åbenbar risiko for, at patienten forlader sygehuset og i den forbindelse risikerer at udsætte sig for personskade.

Det fremgår endvidere, at: "der skal således lægges en konkret og velbegrunder formodning til grund for beslutningen, f.eks. tidligere erfaringer med patienten. Patientens diagnoser, f.eks. demens, kan derfor ikke alene danne grundlag for beslutninger herom." Da denne bestemmelse har afgørende indflydelse på, hvornår det er lovligt at anvende systemerne, bør det efter Det Ethiske Råds mening fremgå med væsentligt større klarhed, i hvilke tilfælde der er tale om en "konkret og velbegrunder formodning".

- Det bør specificeres i loven, hvad det konkrete formål med tilbageholdelse, tilbageførsel og anvendelse af de anførte former for overvågning skal være, fx at formålet er at drage omsorg for patienten, herunder at minimere smerte, lidelse, angst eller anden væsentlig ulempe for patienten.

Overordnede kommentarer

Det fremgår af lovforslaget, at "Regeringen ønsker at styrke omsorgen overfor og beskyttelsen af demente og andre indlagte patienter, der på grund af varigt nedsat psykisk funktionsevne ikke formår at tage vare på sig selv, og som risikerer at komme til skade, hvis de forlader sygehuset". Ud fra den logik, der er indeholdt i passagen, forekommer det nærliggende at gå et skridt videre og også lovliggøre nogle former for sygdomsbehandling af demente og andre med varigt nedsat psykisk funktionsevne, fx behandling som er strengt nødvendig for at opretholde det fysiske funktionsniveau. I begge tilfælde er der nemlig tale om en konflikt mellem retten til selvbestemmelse og en modsatrettet omsorgsforpligtelse.

Hvis der fra regeringens side er planer om at fremsætte et lovforslag angående hjemmel til sygdomsbehandling af varigt inhabile patienter, der modsætter sig behandling, kan det efter Det Ethiske Råds mening være en fordel allerede på nuværende tidspunkt at medtænke dette i det fremsatte lovforslag. Efter Rådets opfattelse er det hensigtsmæssigt at lave en samlet plan for tiltag, hvor (varigt) inhabile patienters selvbestemmelse tilsidesættes, idet en sådan plan blandt andet skal tage højde for de følgende aspekter³.

³ For en uddybning af punkterne, se Det Ethiske Råds udtalelse *Sygdomsbehandling af inhabile demente* fra 2011.

- At der skal være stor sikkerhed for, at de patienter, hvis ret til selvbestemmelse tilsidesættes, faktisk er (varigt) inhabile til at træffe de aktuelle beslutninger.
- At der er klagemuligheder med tilstrækkelig kort behandlingsfrist, så gentagen og ubegrundet tilsidesættelse af retten til selvbestemmelse forebygges.
- At det skal præciseres, hvilke former for magtanvendelse det konkret kan komme på tale at anvende.
- At der i forlængelse af lovliggørelsen af tvang gøres en indsats for at fremme en kultur, som er egnet til at minimere brugen af tvang. Lovliggørelse af tvang kan i nogle tilfælde have den modsatte effekt, nemlig at forøge brugen af tvang.
- At der gøres en indsats for at minimere graden af krænkelse ved at tilsidesætte patientens ret til selvbestemmelse og/eller anvende magt, idet krænkelsen samtidig skal indgå som en del af den samlede vurdering af, om den påtænkte indsats samlet set kommer patienten til gode.
- At sikre en rimelig konsistens på tværs af behandlingsstederne i forhold til, i hvilke tilfælde retten til selvbestemmelse kan tilsidesættes – også mellem somatiske og psykiatriske behandlingssteder.

Til slut skal det nævnes, at Det Etske Råd billiger såvel intentionen med lovforslaget som mange af de konkrete elementer i det, herunder fx at der skal anvendes såvel et mindstemiddelprincip som et proportionalitetsprincip, at systemerne ikke skal anvendes til kontinuerlig overvågning af patienterne, at fysiske indgreb skal foretages så skånsomt som muligt med respekt for patientens værdighed, at indgreb i selvbestemmelsesretten ikke erstatter den personlige pleje og omsorg overfor patienten, at der forinden indgreb iværksættes mod patientens vilje skal være forsøgt tillidsskabende tiltag, at indgreb skal ske af hensyn til patientens sikkerhed og ikke af administrative hensyn, fx med henvisning til personalemæssige ressourcer mv.

Rådet vil dog samtid gøre opmærksom på, at de gode hensigter ikke nødvendigvis bliver realiseret i den konkrete praksis, medmindre der skabes en ramme og en kultur omkring denne praksis, som bidrager til fremme de gode intentioner og idealer. I en presset hverdag kan det fx være vanskeligt for personalet at afsætte tilstrækkelig tid til at iværksætte de tillidsskabende tiltag, som ville kunne nedbringe behovet for at anvende magt. Rådet ønsker at pointere vigtigheden af, at en vedtagelse af lovforslaget ikke bør føre til, at overvågning ender

med at blive en erstatning for nærvær og omsorg. Overvågning bør alene betragtes som et supplement til de eksisterende muligheder og må ikke føre til, at den menneskelige omsorg for og kontakt til patienten hen ad vejen formindskes.

I forlængelse heraf finder nogle medlemmer af Rådet det velvalgt, at der med lovforslaget foreslås indført en indberetningspligt, som gør det muligt for myndighederne at følge op på, hvordan lovforslaget – hvis det gennemføres – administreres i praksis.

Andre medlemmer deler ikke dette synspunkt. Disse medlemmer mener ikke, at indberetninger i væsentlig grad vil bidrage til at løse de problemer, der måtte opstå i forbindelse med overvågning mv.

• • • Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Høringssvar vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

FOA takker for muligheden for at afgive bemærkninger til denne høring. Vi vil gerne benytte lejligheden til at komme med følgende kommentarer.

FOA finder de foreslåede lovændringer særdeles relevante og hensigtsmæssige, i arbejdet med at styrke rammerne for arbejdet med varigt inhabile patienter.

Det er FOAs overbevisning, at sådanne lovændringer vil være med til at sikre en bedre og værdigere behandling af varigt inhabile patienter.

FOA har ingen yderligere kommentarer til det fremsendte høringsmateriale, og hilser de nævnte ændringer i lovgivningen velkommen.

Venlig hilsen



Karen Stæhr
Sektorformand
FOA

Dato:
09-12-2015

Sagsnummer:
15/418725-3

Ref.:
KAS/JB

• • • **FOA-Fag og Arbejde**

Stauings Plads 1-3
1790 København V

Telefon: 46972626

Email:
foa@foa.dk
Web:
www.foa.dk

Fra: Nadia Azaquoun <naa@kfst.dk>
Sendt: 15. december 2015 09:11
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse; Frederik Rechenback Enelund
Emne: Henvendelse fra Forbrugerombudsmanden. Sagsnr.: 15/11280

Idet vi henviser til e-mail af 26. november 2015 skal vi herved meddele, at udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed ikke giver Forbrugerombudsmanden anledning til bemærkninger

Med venlig hilsen
På Forbrugerombudsmandens vegne

Nadia Azaquoun

BA. Jur.

Direkte tlf.: 4171 5254

E-mail: naa@kfst.dk



Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby
Tlf. +45 4171 5151



Sundheds- og ældreministeriet
primaejur@sum.dk
fre@sum.dk

15. december 2015

Høringssvar fra FSD over udkast til lovændringer vedrørende indgreb i patienters selvbestemmelsesret på sundhedsområdet

Foreningen af kommunale social-, sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark skal hermed afgive høringssvar over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Overordnet set hilser foreningen lovforslaget velkommen, idet der er behov for en hjemmel til indgreb i selvbestemmelsesretten - også indenfor den somatiske del af sundhedsvæsenet.

Foreningen undrer sig imidlertid over, hvorfor hjemlen indføres til lige netop disse indgreb og denne del af sundhedsvæsenet.

Det foreslås, at give mulighed for at anvende alarm- og pejlesystemer og tilbageholde eller tilbageføre varigt inhabile patienter.

De samme muligheder findes på det sociale område (servicelovens kapitel 24). Her findes yderligere en række muligheder for indgreb i selvbestemmelsesretten for varigt inhabile, og det kan undre, at det lige netop er anvendelse af alarm og pejlesystemer samt tilbageholdelse og tilbageførsel, man vælger at fokusere på.

Særligt undrer det, at reglen om mulighed for akut fastholdelse ikke er medtaget. Vi oplever i kommunerne ofte, at personer der arbejder indenfor det sociale område (efter serviceloven) bliver bedt om at fastholde en borger i forbindelse med, at der for eksempel skal tages blodprøver eller gives indsprøjtninger. En hjemmel til fastholdelse i sådanne tilfælde findes fortsat ikke hverken i serviceloven eller sundhedsloven.

Det kan ligeledes undre, hvorfor man ikke finder det nødvendigt med en hjemmel til fastholdelse i behandlingssituationer i forbindelse med for eksempel tandlægebesøg – altså på visse områder udenfor sygehusene.

Beslutningskompetencen til at anvende alarm- og pejlesystemer placeres efter forslaget hos overlægen, mens beslutningskompetencen til tilbageholdelse og tilbageførsel placeres hos en sundhedsperson.

På det sociale område (serviceloven) skal der været truffet en forudgående beslutning i kommunen om tilbageholdelse og tilbageførsel, før frontpersonalet kan gøre brug heraf. Det kan derfor undre, at man på det somatiske område godt kan lægge kompetencen ud til frontpersonalet.

Foreningen finder det nødvendigt med de foreslåede regler, men kunne godt ønske sig en mere overordnet stillingtagen til, hvilke regler der bør gælde på tværs af sektorer overfor varigt inhabile, herunder en stillingtagen til hvordan reglerne spiller sammen med de mange teknologiske muligheder, der er.

På vegne af FSD

Venlig hilsen
Kate Bøgh
Social- og Sundhedsdirektør
Favrskov Kommune

Fra: Martin Henrik Jensen <mhje@nanoq.gl>
Sendt: 7. december 2015 18:10
Til: DEP PRIMA EJUR Kontorpostkasse
Cc: Frederik Rechenback Enelund
Emne: SV:Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m.
(personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter) (Nanoq - ID nr.: 1765486)

Sundheds- og Ældreministeriet

Departementet for Sundhed takker for høringen.

Departementet har ikke nogle bemærkninger til det fremsendte.

Inussiarnersumik inuulluaqqusillunga • Best regards

Martin Henrik Jensen
Inatsisileritooq - Jurist

Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik
Departementet for Sundhed
Ministry of Health
Box 1160 – 3900 Nuuk

Toqq. Direct: +299 346617

Email: mhje@nanoq.gl





Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
DK-1057 København K

Hørings svar ændring af sundhedsloven (personlige pejle- og alarmsystemer)

KL har modtaget forslag til ændring af sundhedsloven. KL har følgende kommentarer.

Patienter der i forvejen anvender personlige alarm- og pejlesystemer i det daglige bør kunne fortsætte ordningen ved indlæggelse.

KL opfatter ændringen som en beskyttelse af patienter med særlige behov, og er enige i ændringen.

Vi lægger vægt på, at ændringen i loven er rettet mod varigt inhabile patienter herunder patienter med demenssygdomme.

KL skal dog bemærke at der kan være tale om en gruppe patienter, der ikke nødvendigvis er varigt inhabile, men som i forbindelse med indlæggelse bliver forvirrede, og hvor GPS vil være det rigtige valg. Det forudses derfor, at det vil være en svær udfordring at definere denne gruppe.

KL understøtter forslaget om, under visse betingelser, at foretage indgreb i patienters selvbestemmelsesret. Baggrunden er at kunne yde bedst mulig omsorg og beskyttelse af den enkelte ved bl.a. at anvende personlige alarm- og pejlesystemer på indlagte patienter.

I lovtæksten bør der stilles krav om, at der arbejdes målrettet med forebyggelse, og at der udfærdiges en handleplan for den enkelte patient. Nødvendige kompetencer bør samtidig være tilstede hos personalet.

KL opfordrer til, at der ses på muligheden for at ændre de generelle regler på området. Magtanvendelse i forhold til denne gruppe svært belastede patienter omfatter flere andre problemstillinger, der er til stor belastning og gene for den enkelte patient.

Med venlig hilsen

f. Tina Wahl
Kontorchef, Social- og Sundhed KL

Dato: 9 december 2015

Sags ID: SAG 2015-06261
Dok. ID: 2128852

E-mail: KMM@kl.dk
Direkte: 3370 3489

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 1

Fra: Henrik Bjarke Knudsen <hbk@kfst.dk>
Sendt: 3. december 2015 12:35
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse; Frederik Rechenback Enelund
Cc: Jacob Borum; 1-DEP Høringer; Sanne Olsen (DEP)
Emne: Høringssvar, KFST, udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har modtaget høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen udgør sammen med Konkurrencerådet en uafhængig konkurrencemyndighed. De følgende høringbemærkninger afgives udelukkende som konkurrencemyndighed.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har ingen bemærkninger til udkastet til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m.

Med venlig hilsen

Henrik Bjarke Knudsen

Student

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen/

Danish Competition and Consumer Authority

Direkte +45 4171 5096

E-mail hbk@kfst.dk



Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby
Tlf. +45 4171 5000

Vi arbejder for velfungerende markeder.



Høringssvar

Høring over lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

(Mulighed for anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer på sygehuse, tilbageholdelse af patienter mv.)

Lovforslag skaber tryghed for demente

Lægeforeningen hilser det velkomment, at ministeren nu har fremsendt udkast til lovforslag, som drager omsorg for og skaber tryghed for varigt inhabil patienter ved indlæggelse på sygehuse ved, at der skabes mulighed for i særlige situationer at anvende personlige alarm- og pejlesystemer over for disse patienter.

Lovforslaget tilgodeser en fornuftig retlig ramme for beslutningen om iværksættelse af anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer, hvor overlægen i samarbejde med patientens nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig kan træffe de beslutninger, som er bedst for den varigt inhabile patient i den konkrete situation.

Derudover er det naturligvis vigtigt for læger, at disse indgreb bliver reguleret, herunder at det tydeligt fremgår, hvem der har beslutningskompetencen.

Lægeforeningen støtter op om lovforslagets betragtninger om proportionalitet og mindstemiddelbetragtninger ved indgreb i selvbestemmelsesretten og muligheden for, at nærmeste pårørende gennem klageadgang sikres, at indgrebene kan efterprøves administrativt.

Da der er tale om helt nye tiltag, finder Lægeforeningen det godt, at Sundheds- og Ældreministeriet vil udarbejde en evaluering efter to år.

Med venlig hilsen

Andreas Rudkjøbing

Formanden

18-12-2015

Jr. 2015-2044

Domus Medica
Kristianlagade 12
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 35448201 (direkte)
E-post: dadl@dadi.dk
E-post: ark@dadi.dk (direkte)
www.laeger.dk

Høringsvar

Fra: Nationalt Videnscenter for Demens

Til: Sundheds- og Ældreministeriet

Vedr. høring over udkast til forslag om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Vi tillader os at skrive et høringssvar på "Høring over udkast til forslag om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed."

Nationalt Videnscenter for Demens er ofte med på høringslister ved lovændringer, og kunne formode at det er en forglemmelse, at vi ikke er med på listen til denne høring, da det netop omhandler patienter med demenssygdom.

Vi sætter stor pris på at blive hørt, og håber at vi også fremadrettet vil blive det, når det handler om demens.

Vi tillader os derfor at fremsende følgende bemærkninger til lovforslaget:

1. Nationalt Videnscenter for Demens bakker op om muligheden for at anvende personlige alarm- og pejlesystemer under indlæggelse på hospital. Patienter med demenssygdom er meget sårbare i forbindelse med indlæggelse, og det er vigtigt at der gøres alt, hvad der kan for at øge sikkerheden og undgå farlige situationer.
2. Målgruppen:
Patienter der i forvejen anvender personlige alarm- og pejlesystemer i det daglige bør også kunne gøre det under indlæggelsen.
Målgruppen i lovforslaget er varigt inhabile.
For det første forudsætter vi, at det vil være en svær udfordring at definere denne gruppe, da det ofte ikke står i journalen, når patienten indlægges, at vedkommende er varigt inhabil, og derfor vil bero på en vurdering i situationen.
For det andet mener vi der vil være en gruppe patienter som netop i forbindelse med indlæggelse bliver forvirret og hvor det kan være en udfordring at gøre det forståeligt at de skal blive på afdelingen/ hospitalet, de vil have behovet for denne beskyttelse, men vil ikke nødvendigvis være varigt inhabile.
3. Tilbageholdelse og tilbageførelse
Sundhedspersoner kan beslutte at foretage indgreb i selvbestemmelsesretten ved fysisk at tilbageholde en patient, der er ved at forlade sygehuset, eller for at føre vedkommende tilbage til sygehuset.

Dette skal gøres ud fra princippet omkring mindst indgribende indgreb.

Derfor må denne aldrig stå alene, idet personalet altid bør søge at undgå situationer hvor magt bliver nødvendig.

Vi foreslår, at der i lovtæksten stilles krav om, at der arbejdes målrettet med forebyggelse, og at der udfærdiges en handleplan for den enkelte patient.

Vi har derudover følgende generelle bemærkninger:

- Det må være en betingelse at personalet har de rette kompetencer og pædagogisk viden, så der bør følge undervisning og kompetenceudvikling med.
- Ved anvendelse af GPS under indlæggelse er der nogle vigtige opmærksomhedspunkter. Det forudsætter at personalet:
 - Sikrer at patienten bærer GPS'en, hvilket kan være en udfordring, hvis patienten ikke forstår hvad en GPS er og hvilken formål den har
 - Er ansvarlig for at modtage sporingsinformationerne og har udstyret til det
 - Har mulighed for at forlade afdelingen og køre ud og hente patienten, der hvor vedkommende spores til at opholde sig
 - Sikrer at GPS'en er opladt, vedligeholdt og sat op til den enkelte patient

Med venlig hilsen

Karen Tannebæk

Uddannelsesleder

Nationalt Videnscenter for Demens

Karen.tannebaek@regionh.dk

Tlf. 35347268

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

18. december 2015
Dokumentnummer:
15PEBL-7717

Patienterstatningen har 26. november 2015 modtaget høringsbrev vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed.

Vi har ikke bemærkninger til det fremsendte udkast.

Med venlig hilsen

Lone Cassandra Olesen
direktionssekretær

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Telefon 72 48 60 00
Fax 72 48 60 01
Email: sl@sl.dk

Mail: primæjur@sum.dk og fre@sum.dk

Girokonto 402-3951

Ref. LAB/lh
Dok.nr. 2724451

Sag.nr. 2015-SLCSFA-
01927

17. december 2015

Hørings svar til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed

Socialpædagogerne har den 26. november 2015 modtaget udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed med svarfrist den 21. december 2015.

Socialpædagogerne er overordnet positive over for lovforslagets dele om brug af personlige alarm- og pejlesystemer samt tilbageholdelse og tilbageførelse af varigt inhabile patienter med henblik opnå at kunne yde den bedst mulige omsorg og beskyttelse af patienten og for at sikre, at indgreb overfor patienter sker inden for en nærmere fastsat retlig ramme. Ændringen bør dog også gælde for midlertidigt inhabile patienter.

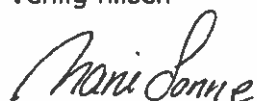
Det er væsentligt, at lovforslaget fremhæver betingelsen om mindsteindgrebsprincippet og hensynet til at undgå krænkelse og ulempe af den enkelte patient og dennes pårørende.

Det er efter Socialpædagogernes mening meget vigtigt, at der i forbindelse med tilbageholdelse og tilbageførelse *tilføjes*, at der forud for tilbageholdelse eller tilbageførelse i vid udstrækning skal være forsøgt anvendt andre metoder, herunder socialpædagogiske metoder med henblik på at forberede den enkelte på besøget, opbygge tillid til sundhedspersonalet, forebygge angst mv.

Nærværende lovforslag forholder sig alene til brugen af personlige alarm- og pejlesystemer samt tilbageholdelse/tilbageførelse af varigt inhabile patienter. Forslaget berører ikke den sundhedsfaglige behandling på sygehuse, i botilbud, plejecentre eller eget hjem. Det er forhold, Socialpædagogerne løbende har drøftet med ministeriet sammen med en række øvrige organisationer som Lægeforeningen, FOA, LEV m.fl., og som organisationerne i fællesskab har opfordret sundheds- og ældreministeren til at stille lovforslag om. Ministeren har kvitteret positivt på vores opfordring. Vi forventer derfor, at der i nær fremtid vil komme et yderligere lovforslag, der forholder sig til behandlingsdelen.

Såfremt der ikke er yderligere lovforslag på vej, mener Socialpædagogerne, at det er en væsentlig mangel, at det fremsendte lovforslag ikke forholder sig til behandlingsdelen. Det stiller socialpædagoger og andre social- og sundhedsfaglige medarbejdere i et stort dilemma i forhold til at yde en fagligt forsvarlig omsorg, når en midlertidigt eller varigt inhabil borger har brug for sundhedsfaglig behandling som fx medicinering, sårpleje mv., men afviser behandlingen.

Venlig hilsen



Marie Sonne
forbunds næstformand

Fra: Direktion <direktion@statsforvaltningen.dk>
Sendt: 17. december 2015 15:29
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse; Frederik Rechenback Enelund
Cc: Kristian Dalsgaard (SIM); Helle Haxgart; Torben Sørensen ;
 Rie Thoustrup Sørensen ; Christian Vigh; Henning Lund-
 Sørensen
Emne: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m.
 (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)
Vedhæftede filer: Høringsbrev [DOK1832831].PDF; Høringsliste [DOK1832830].PDF; Høringsversion
 af lovforslag [DOK1832829].PDF; fesdPacket.xml
Signeret af: direktion@statsforvaltningen.dk

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Under henvisning til mail af 26. november 2015 (sagsnr. 1405971) om høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed har Statsforvaltningen følgende bemærkninger til lovforslagets § 1 om ændring af sundhedsloven i form af indsættelse § 27d:

Statsforvaltningen finder, at omtalen af værgen bør præciseres, således at § 27 d i sundhedsloven affattes, så den gentager formuleringen om værgen i sundhedslovens § 18, stk.1, eller at der henvises til denne bestemmelse. Subsidiært, at det i bemærkningerne til lovforslaget præciseres, at bestemmelsen skal forstås i overensstemmelse med sundhedslovens § 18, stk. 1, således at en værge kun kan give samtykke, når værgemålet omfatter personlige forhold.

Statsforvaltningen har ikke i øvrigt bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Rikke Hinrichsen
 direktionsassistent



Statsforvaltningen

Storetorv 10

6200 Aabenraa

Telefon: 72 56 70 00

Direkte telefon: 72 56 79 78

Mail: direktion@statsforvaltningen.dk

Web: www.statsforvaltningen.dk

Send e-mails til Statsforvaltningen via din digitale postkasse på www.borger.dk

Denne mail og enhver vedhæftet fil er fortrolig. Hvis du ikke er den rette modtager, bedes du venligst omgående underrette os og derefter slette mailen og enhver vedhæftet fil uden at beholde en kopi og uden at videregive oplysninger om indholdet. På forhånd tak.

Fra: Kirsten Fly Malling <kfm@sdu.dk>
Sendt: 18. december 2015 12:32
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse
Cc: Frederik Rechenback Enelund; Henrik Dam; Bjarne Graabech Sørensen; Karen Heebøll; Jørgen Schou; Annette Schmidt; Lone Wichmann
Emne: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Sundheds- og Ældreministeriet

Ministeriets sagsnr. 1405971

SDU's j.nr. 15/94234

Syddansk Universitet har ingen bemærkninger til ovenstående høring.

På rektors vegne

Jørgen Schou
Sekretariatschef, Rektorsekretariatet

Tlf. 6550 1040
Mobil 6011 1040
Fax 6550 1090
E-mail js@sdu.dk
Web <http://www.sdu.dk/ansat/js>
Adr. Campusvej 55, 5230 Odense M

 cid:image001.jpg@01CCB3E6.5E03A950

Campusvej 55 · 5230 Odense M · Tlf. 6550 1000 · www.sdu.dk

Fra: Abelone Løgstrup <al@aeldreforum.dk>
Sendt: 11. december 2015 14:48
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse
Cc: Frederik Rechenback Enelund
Emne: Svar vedr. høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven, lov m klage- og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Tak for det tilsendte udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m., som giver mulighed for, at der på offentlige sygehuse m.v. i visse situationer kan foretages indgreb i patienters selvbestemmelsesret, fremsendt den 26. november 2015.

ÆldreForum betragter materialet som værende fremsendt til rådets orientering. ÆldreForum afgiver som udgangspunkt ikke høringssvar, da rådet er sammensat med bl.a. embedsmænd fra flere ministerier og interesseorganisationer.

Men rådet modtager fortsat meget gerne udkast til bekendtgørelser, lovforslag og vejledninger m.m., der vedrører ældre, da disse informationer er et vigtigt element i den sum af viden og erfaringer, som rådet baserer sit arbejde på.

Venlig hilsen

Abelone Løgstrup
Fuldmægtig
ÆldreForums Sekretariat
Mobil: +45 9359 0168
E-mail: al@aeldreforum.dk

ÆldreForum
Edisonsvej 18, 1 sal
5000 Odense C
Telefon: +45 72 42 39 90
www.aeldreforum.dk

 cid:image001.png@01CF1E5E.910A6390

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K.

20.12.15
BH/MK

Høringsvar over forslag til ændring af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet og lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed.

Att: primæjur@sum.dk; og fre@sum.dk

Ældre Sagen takker for muligheden for at kommentere på det fremsatte lovforslag om ændring af sundhedsloven med henblik på, at offentlige sygehuse m.fl. får mulighed for at foretage indgreb i indlagte patienters selvbestemmelsesret. Formålet er beskyttelse af de patienter, som varigt ikke kan tage vare på sig selv. Lovforslaget omfatter bl.a. personer med demens.

Ældre Sagen finder det positivt, at regeringen prioriterer en samlet, målrettet indsats over for ældre patienter med henblik på at møde dem med tryghed og omsorg, hvad enten de behandles i eget hjem – herunder plejehjem – og sygehus. På det sociale område er der allerede i lov om social service § 125, stk. 2 hjemmel til, at kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om at anvende personlige alarm- og pejlesystemer i forhold til borgere, som på grund af en demenssygdom ikke er i stand til at give informeret samtykke, og som på grund af deres sygdom er i risiko for at udsætte sig selv eller andre for personskade.

Der er ligeledes i lovens § 126 hjemmel til at anvende fysisk magt i form af at fastholde en person eller føre denne til et andet opholdsrum, når der er nærliggende risiko for, at personen udsætter sig selv eller andre for at lide væsentlig personskade, og forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet.

Ældre Sagen har i oktober 2014 rettet henvendelse til det daværende Sundheds- og Forebyggelsesministerium med ønsket om, at Sygehuse fik en selvstændig kompetence til at udstyre demente patienter, der har svært ved at orientere sig og finde omkring, med GPS-udstyr.

At blive indlagt på et sygehus i fremmede omgivelser vil typisk gøre demente mennesker konfuse og svække deres orienteringsevne yderligere, hvilket kan medføre, at de vil væk fra sygehuset og "hjem". Derfor anser Ældre Sagen GPS på sygehuse som lige så vigtigt som i plejehjem for at undgå ulykkelige hændelser, hvor demente personer kommer til skade eller dør.

Demente patienter, der forlader sygehuse uden GPS-udstyr, er i risiko for at komme til skade eller dø. Sygehuse har hidtil ikke haft lovhjemmel til at udstyre disse patienter med GPS på samme måde som kommunalbestyrelserne.

Ældre Sagen bakker derfor fuldt ud op om lovforslaget, som imødekommer de samme hensyn til mindste indgrebs-princippet og tryghedsskabende foranstaltninger som den sociale servicelov. Herunder princippet om kun at fastholde og tilbageføre en varigt inhabil patient, når der er nærliggende fare for personskade og forholdene gør det absolut påkrævet at anvende fysisk magt. Samt at det ikke er tilladt at låse den pågældende inde.



Ældre Sagen tilslutter sig selvsagt også forslaget om indberetningspligt og forventer at få lejlighed til at kommentere på reglerne herom, når disse er fastsat af sundheds- og ældreministeren.

Ældre Sagen finder det positivt, at der skal foretages en evaluering af de foreslåede bestemmelser, når loven har været i kraft i nogle år.

Venlig hilsen

Bjarne Hastrup
Adm. direktør

Fra: Bodil Brander Christensen <bbc@adm.aau.dk>
Sendt: 21. december 2015 11:40
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse; Frederik Rechenback Enelund
Cc: ADM Teknat/Sund fakultetskontor; Bodil Brander Christensen
Emne: Høringssvar AAU. Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m. (personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter) (2015-080-00917)

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Aalborg Universitet takker for muligheden for at afgive høringssvar. Aalborg Universitet har ingen kommentarer.

Venlig hilsen
Bodil Brander Christensen



Bodil Brander Christensen
Sekretariatschef | Ledelsessekretariatet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

Telefon: (+45) 9940 7969 | Mobil: (+45) 2136 8727 | Email: bbc@adm.aau.dk | Web: www.aau.dk
Aalborg Universitet | Niels Jernes Vej 10 | 9220 Aalborg Øst |

Fra: Tina Hjort Hansen <thh@au.dk>
Sendt: 17. december 2015 08:48
Til: DEP PRIMAEJUR Kontorpostkasse; Frederik Rechenback Enelund
Emne: SV: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.m.
(personlige pejle- og alarmsystemer, tilbageholdelse og tilbageførsel af patienter)

Til Sundheds- og Ældreministeriet,

Aarhus Universitet takker for muligheden for at bidrage med input til udkastet til lov om ændring af sundhedsloven m.m.
Høringsmaterialet har været sendt til kommentering på universitetet, og på baggrund heraf har Aarhus Universitet ingen bemærkninger til lovforslaget.

På vegne af Dekan Allan Flyvbjerg,
Med venlig hilsen

Tina Hjort Hansen
Rådgiver

Direkte tlf.: (+45) 2022 3512
E-mail: thh@au.dk

Fakultetssekretariatet, Health
Aarhus Universitet
Ndr. Ringgade 1, bygning 1431,
116
8000 Aarhus C
Web: <http://health.au.dk/>

 Beskrivelse: cid:image002.jpg@01CD5435.F40S99A0