Sundhedsstyrelsen
National Board of Health

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K

Att. Jette Vind Blichfeldt

d. 10. oktober 2007
j.nr. 7-107-9/1/EBI

Enhed for Tilsyn
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 7222 7400
Fax 7222 7414
E-post info@sst.dk

Dir. tlf. 7222 7569
E-post eft@sst.dk

Høring over forslag til ændring af sundhedsloven, autorisationsloven, klage- og erstatningsloven, lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab, deres j.nr. 2006-1200-122.

Ved brev af 19. september 2007 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmodet om Sundhedsstyrelsens bemærkninger til flere forslag til lovændringer.

1. For så vidt angår forslaget om udvidede udrednings- og behandlingsrettigheder for psykisk syge børn og unge fremsendes Sundhedsstyrelsens bemærkninger hertil særskilt.

2. For så vidt angår indførelse af kontaktpersoner på sygehusene finder Sundhedsstyrelsen lovforslaget hensigtsmæssigt, idet det er styrelsens opfattelse, at udpegning af en eller flere kontaktpersoner til alle patienter indlagt på sygehus i mere end 24 timer vil medvirke til at sikre sammenhæng og kvalitet i patientforløbene på sygehusene. Sundhedsstyrelsen finder det endvidere hensigtsmæssigt, at privathospitaler, -klinikker m.m., der varetager opgaver i forbindelse med det udvidede frie valg, har den samme forpligtelse til at udpege kontaktpersoner.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at de i forslaget beskrevne kontaktpersoner primært har til formål at koordinere indlæggelsesforløbene og at sikre løbende dialog og information af patienten. Ligeledes skal kontaktpersonerne medvirke til at skabe et sammenhængende forløb ved udskrivningen og bør således også stå til rådighed for dialog med patienten efter udskrivningen, ligesom navnet på kontaktpersonen bør videregives til kommunen, hvis patienten efterfølgende har et genoptrænings- eller plejeforløb der.

Sundhedsstyrelsen har ved gennemgangen af sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner bemærket, at man i langt de fleste aftaler har vedtaget kontaktpersonordninger i forbindelse med aftalerne på flere indsatsområder, ligesom man i en række aftaler har vedtaget koordinatorer og tovholderfunktioner. En række af disse ordninger er målrettet dialogen mellem de sund-

hedsprofessionelle, mens andre ordninger er målrettet dialogen mellem patient og den sundhedsprofessionelle.

Sundhedsstyrelsen skal derudover gøre opmærksom på, at i henhold til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, skal regionsrådet og kommunalbestyrelsen hver udpege en kontaktperson med ansvar for koordinationen af genoptræningsforløb i forbindelse med udskrivningen af patienter med et genoptræningsbehov. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at den kontaktperson, som regionen skal udpege i henhold til denne bekendtgørelse, ikke nødvendigvis er den samme kontaktperson som skal udpeges i henhold til den foreslåede lovændring.

Sundhedsstyrelsen finder det derfor hensigtsmæssigt, hvis der skal ske en samtænkning af disse forskellige kontaktperson- og koordinatorordninger.

3. For så vidt angår flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne finder Sundhedsstyrelsen lovændringen hensigtsmæssig, herunder at myndighedsansvaret vedrørende alle tilbud om træning til personer med kroniske sygdomme/handicaps med denne lovændring samles i kommunerne. Sundhedsstyrelsen har ingen bemærkninger til forslaget.

4. For så vidt angår forslaget om præcisering af hjemmel til at kræve, at enkelttilskud til et håndkøbslægemiddel betinges af, at lægemidlet ordineres på recept har Sundhedsstyrelsen ingen bemærkninger hertil.

5. For så vidt angår forslaget om mulighed for forlænget sagsbehandlingstid i relation til ansøgning om forhøjet tilskud til medicin har Sundhedsstyrelsen ingen bemærkninger hertil.

6. For så vidt angår forslaget om medicinprofilen foreslår Sundhedsstyrelsen, at § 157, stk. 9 affattes således (*ændringer med skråskrift*):

Stk. 9. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om driften m.v. af registeret og fastsætter herunder nærmere regler om,

1) hvilke oplysninger, *der skal* registreres i registeret, *herunder formkrav til indberetningerne,*
2) hvilke personer, der må, og hvilke, der har pligt til at registrere de i 1) nævnte oplysninger,
3) lægers, den kommunale hjemmesygeplejes, tandlægers, apotekeres, apotekspersonales og Sundhedsstyrelsens adgang til elektronisk opslag i registeret i medfør af stk. 2 – 6,
4) lægers, den kommunale hjemmesygeplejes, tandlægers, apotekeres og apotekspersonales pligt til sletning og *korrektion* af *fejlagtigt* registrerede oplysninger, *herunder formkrav til sådanne korrektioner,*
5) lægers pligt til at indberette ændringer i den registrerede behandling ved behandlingsophør og dosisændringer,

6) den registreredes direkte elektroniske adgang til de oplysninger, der er registreret om vedkommende i den personlige elektroniske medicinprofil, og til den maskinelle registrering (logning) af alle anvendelser af de registrerede oplysninger,
7) Lægemiddelstyrelsens adgang til elektroniske opslag i, inddatering af, sletning og korrektion af fejlagtigt registrerede oplysninger, samt videregivelse af oplysninger fra registeret til apotekssystemer, kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystemer og elektroniske patientjournalsystemer på sygehuse og i lægepraksis.

Der er ændret på rækkefølgen af numrene, så rækkefølgen efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bliver mere logisk, ligesom der er foretaget sproglige ændringer. Den af ministeriet foreslåede nye nummer 4 er blevet til nummer 3 og ændret, da Sundhedsstyrelsen ikke må eller kan inddatere i registeret. Den del af den nye foreslåede nummer 4, der handler om inddatering, er blevet en del af nummer 2 og nummer 4. Der er tilføjet et nyt nummer 5 - og det af ministeriet foreslåede nye nummer 5 er blevet til nummer 7, dog med tilføjelsen 'sletning og korrektion af fejlagtigt registrerede oplysninger'.

Ad 1) Da det er planen at Den Personlige Elektroniske Medicinprofil på sigt skal danne grundlag for et personligt medicinkort for alle borgere i medicinsk behandling, er det efter styrelsens vurdering meget vigtigt at *må* ændres til *skal* indeholde. Det bør fremover være et krav at registeret indeholder de nævnte oplysninger, da det ellers vil medføre en risiko for patientsikkerheden.

Ad 5): Det er efter Sundhedsstyrelsens vurdering af yderste vigtighed, at de læger, der har patienten i behandling, får pligt til at ændre oplysningerne i Den Personlige Elektroniske Medicinprofil, straks der sker ændringer i en eksisterende behandling. Det sker hyppigt, at en patient får ændret doseringen af en eksisterende behandling eller at en påbegyndt behandling må stoppes (seponeres) efter kort tid på grund af manglende virkning eller bivirkninger. I sådanne tilfælde vil patienten ikke indløse en ny recept og ændringerne vil derfor ikke automatisk fremgå af medicinprofilen. Det vil skabe store problemer for patientsikkerheden, hvis ikke det er den til enhver tid gældende behandling, der fremgår af medicinprofilen, når denne skal danne grundlag for medicineringen i både primær og sekundærsektoren. Såfremt det endnu ikke er teknisk muligt for lægerne at ændre i medicinprofilen som foreslået, foreslår Sundhedsstyrelsen, at hjemlen til Lægemiddelstyrelsens videregivelse af oplysninger til omsorgsjournalsystemer, elektroniske patientjournalsystemer mv. udsættes, indtil den tekniske mulighed er tilvejebragt for, at lægerne kan ændre i eksisterende ordinationer, ellers vil man risikere situationer med alvorlige fejlmedicineringer.

7. For så vidt angår forslaget om <u>bemyndigelse til at fastsætte regler om alkoholmisbrugeres mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud</u> har Sundhedsstyrelsen ingen bemærkninger til ændringen af §141, hvor der indsættes et stk. 7 vedrørende bemyndigelse til at fastsætte regler om alkoholmisbrugeres mulighed for at vælge mellem alkoholbehandlingstilbud.

8. For så vidt angår forslaget om præcisering af kredsen af sundhedspersoner, der er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn, sundhedslovens § 215, stk. 1 og 5, skal Sundhedsstyrelsen bemærke følgende:

Ved omformuleringen opnås, som nævnt i bemærkningerne, at det præciseres, at det afgørende for Sundhedsstyrelsens tilsynskompetence er, hvem der har udøvet virksomheden, og ikke i så høj grad hvor denne virksomhedsudøvelse har fundet sted. Sundhedsstyrelsen skal anbefale, at det i bemærkningerne præciseres, at det er arbejdet med patientkontakt, der er udgangspunktet for om en autoriseret sundhedsperson, eller en person der handler på dennes ansvar, er omfattet at Sundhedsstyrelsen tilsynskompetence. Administrativt arbejde som fx ledelse, sagsbehandling, sagkyndige vurderinger af foreliggende skriftligt materiale mv. er således ikke omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed, uagtet at det er en sundhedsperson, der udfører det, dog lige fraset udarbejdelse af sundhedsfaglige instrukser o. lign. til brug for afviklingen af det patientrelaterede arbejde på fx en sygehusafdeling.

Fremover vil der således ikke være tvivl om at sundhedsfaglig virksomhed udøvet af fx sygeplejersker på plejehjem, bosteder for handicappede og sindslidende m.m. er undergivet Sundhedsstyrelsens tilsyn. Faglig virksomhed udøvet af uautoriserede personer, så som lægestuderende, social- og sundhedshjælpere vil også typisk være undergivet Sundhedsstyrelsens tilsyn, idet disse personer sædvanligvis virker på en autoriseret sundhedspersons ansvar. Skulle en del af den udøvede virksomhed vise sig at ligge udover den foretagne delegation, vil det samlede forløb dog i vid udstrækning være omfattet af Sundhedsstyrelsens kompetence. Og uautoriseredes udøvelse af faglig virksomhed vil herudover i nogle tilfælde kunne være omfattet af reglerne om kvaksalveri eller evt. af straffeloven.

9. For så vidt angår forslaget om autoriserede sundhedspersoners adgang til frivillig indskrænkning af virksomhedsområde finder Sundhedsstyrelsen den foreslåede ændring yderst hensigtsmæssig, idet der herved skabes parallelitet i forhold til muligheden for fraskrivelse af den fulde autorisation.

10. For så vidt angår forslaget om lægers ret til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug skal Sundhedsstyrelsen bemærke, at der med den foreslåede lovændring åbnes op for, at en større kreds af læger end hidtil fremover kan ordinere disse lægemidler. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har siden 1996 arbejdet målrettet på at centrere behandlingen af stofmisbrugere med afhængighedsskabende lægemidler hos få læger med et kommunalt / amtskommunalt ansættelsesforhold, med henblik på blandt andet at få højnet kvaliteten af behandlingen, at få udviklet en specialist viden i behandlingsmiljøet samt forebygge illegal spredning af metadon. Det har i denne sammenhæng været et centralt element, at der var et entydigt ansvar for sammenhængen mellem den lægelige stofmisbrugebehandling (metadonbehandlingsdelen) og behandlingen af stormisbrugeren i øvrigt (de mere sociale tiltag). Endvidere har der fra centralt hold været fokuseret på at sikre ensartetheden af kvaliteten i behandlingen.

Ved at udvide kredsen af personer, der har mulighed for at træffe beslutning om iværksættelse af medicinsk behandling af stofmisbrugere, skabes risiko for en forringelse af kvaliteten i stofmisbrugsbehandlingen og en større risiko for illegal spredning af metadon. Idet det gøres muligt for alle læger, (også de som ingen specialviden har om området) at træffe faglige beslutninger om iværksættelse af medicinsk behandling af stofmisbrugere, er der risiko for, at der sker en udvanding af den faglige specialisering og ensartetheden i kvaliteten af behandlingstilbudene landet over. Sundhedsstyrelsen skal derfor meget kraftigt anbefale, at det i alle tilfælde er en læge ansat i den behandlingsansvarlige kommune, der træffer beslutning om iværksættelse af medicinsk stofmisbrugsbehandling, også i de tilfælde, hvor behandlingen udføres på en privat institution. Der bør således ikke ændres ved § 41, stk.1 som foreslået.

Såfremt Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder, at der desuagtet bør ske en lovændring som den foreslåede, skal Sundhedsstyrelsen på det kraftigste henstille, at det i bemærkningerne til loven præciseres, at medicinsk behandling af stofmisbrugere er en lægefaglig opgave, herunder også stillingtagen til behandlingsbehovet. Dette medfører, at såfremt en kommune vælger ikke at have en læge ansat til at visitere stofmisbrugere til forskellige behandlingstilbud, skal alle aspekter af den medicinske stofmisbrugsbehandling overlades til en læge ved regionen/en anden kommune/ privat regi, herunder også visitationen til behandling.
I det omfang en behandlende læge vælger at bruge medhjælp i behandlingen, skal en ansvarlig læge altid være tilgængelig, jfr. de almindelige regler for brug af medhjælp.
Behandlingens kvalitet skal både på de private og på de offentligt drevne behandlingssteder følge Sundhedsstyrelsens faglige vejledninger herom. Ordinationsindberetningerne skal ligeledes fortsat ske for alle personer i behandling, uagtet behandlingen sker i privat eller offentlige regi. Indberetningen sker via kommunen til Sundhedsstyrelsen.

Med henblik på at sikre og udvikle kvaliteten af behandlingen på stofmisbrugsområdet, vil der i de kommende år skulle ske en løbende monitorering af udviklingen. Sundhedsstyrelsen overvejer tillige at gøre området til genstand for en særlig tilsynsindsats.
Det er i den forbindelse vigtigt, at der bliver adgang til at iværksætte samme kontrol og tilsynsforanstaltninger af Sundhedsstyrelsen i forhold til såvel de private institutioner som i forhold til de offentlige. Sundhedsstyrelsen skal på den baggrund anbefale, at der skabes en særskilt lovhjemmel til at foretage tilsyns- og kontrolbesøg i form af husundersøgelser. (Se også omtalen heraf under punkt 12).

11. Med henblik på at skabe yderligere kvalitet og sammen hæng skal Sundhedsstyrelsen herudover foreslå, at ordene "for en fastsat periode eller" udgår af autorisationslovens § 5, således at <u>muligheden for autorisationsfraskrivelse på tid ophæves.</u>

Sundhedsstyrelsen finder det mindre hensigtsmæssigt, at en sundhedsperson selv afgør hvor længe vedkommende skal være uden autorisation, især i de tilfælde, hvor den frivillige fraskrivelse sker som et alternaiv til en autorisationsfratagelse, hvilket i praksis er langt den hyppigste situation. Hvis autori-

sationsfraskrivelsen er tidsbegrænset vil tilsynsmyndighederne være forpligtiget til at gengive autorisationen til en person, som ikke har været i arbejde i et stykke tid, og om hvem der derfor ikke foreligger nogen udtalelser med hensyn til, hvor egnet eller uegnet vedkommende må anses for at være til at genoptage arbejdet. Tilsynsmyndighederne kan kun kræve fx en psykiatrisk undersøgelse ved at udstede påbud herom, eller som led i en retssag (kendelse) om autorisationsfratagelse. Udstedelse af påbud kræver, at der er begrundet mistanke om at der aktuelt foreligger en fratagelsesgrund, fx psykisk sygdom eller misbrug. Og hvis der ikke foreligger indberetninger herom igennem længere tid, fx flere år, vil det nok have formodningen mod sig, at man uden videre kan antage, vedkommende fortsat har de problemer, som var aktuelle for år tilbage.

Det vil derfor være hensigtsmæssigt, om bevisbyrden i en generhvervelsessituation blev vendt, således, at det var sundhedspersonen der skulle godtgøre, at der ikke var noget til hindre for at vedkommende generhvervede sin autorisation, og ikke tilsynsmyndighederne der skulle godtgøre, at der var. Sundhedsstyrelsen finder, at der ikke er beskyttelsesværdige hensyn at tage til sundhedspersonernes ret til at fraskrive sig autorisationen med automatisk generhvervelse. Der er således ikke for i øvrigt egnede sundhedspersoner umiddelbart nogle fordele knyttet til retten til tidsbegrænset autorisationsfraskrivelse.

Sundhedsstyrelsen skal derfor foreslå, at ordene "for en fastsat periode eller" i autorisationslovens § 5, udgår.

12. Ligeledes vil et tiltag vedrørende tilsynsmyndighedernes adgang til udenfor strafferetsplejen at foretage husundersøgelse hos privatpraktiserende sundhedspersoner uden retskendelse være af betydning for udmøntningen af tilsynet. Hidtil er sådanne "besøg" i fx lægekonsultationer blevet håndteret således, at embedslægerne har fået samtykke/invitation til besøget. Det forventes imidlertid i stigende grad, at Sundhedsstyrelsen er mere opsøgende i sager om sundhedspersoners kritisable faglige adfærd og misbrug, og hvor et øjebliksbillede er af betydning for belysningen af sagens faktiske omstændigheder. Opfølgning på en anmeldelse til embedslægen om en aktuelt påvirket læge, vil fx med fordel kunne følges bedre op, hvis besøg foretages umiddelbart i stedet for at lægen indkaldes til møde i institutionen senere.

I erkendelse af den tvivlsomme adgang for tilsynsmyndighederne til at udføre tilsynet på privat ejendom, er der i forbindelse med indførelse af de nye regler om regulering af kosmetisk virksomhed indsat særskilt hjemmel for Sundhedsstyrelsen til uden retskendelse til at inspicere klinikker hvor autoriserede sundhedspersoner eller disses medhjælp udfører kosmetisk behandling. Sundhedsstyrelsen skal anbefale, at der i forbindelse med det forestående lovforslag præciseres, at Sundhedsstyrelsen i tilsynsøjemed har den fornøden adgang til private lokaler, jfr. ovenstående. Der henvises for en nærmere uddybning til Sundhedsstyrelsens notat af 3. juli 2007 vedrørende denne problemstilling.

13. Reglerne om overdragelse og opbevaring af patientjournaler i forbindelse med, at en autoriseret sundhedsperson ophører med sin virksomhed fremgår

af autorisationslovens § 25, stk. 4. På baggrund af den forløbne periode siden autorisationslovens ikrafttræden pr. 1. januar 2007 skal det indledningsvis bemærkes, at erfaringerne til dato viser, at der vil blive tale om opbevaring af væsentlig flere papir-patientjournaler end forudsat i bemærkningerne til autorisationsloven.
Herudover skal Sundhedsstyrelsen pege på følgende problemstillinger i relation til de nye regler om patientjournalopbevaring:

A): Behov for etablering af videregivelsesordning ved patienters valg/tildeling af ny praktiserende sundhedsperson i forbindelse med praksisophør (samtykkeproblemstilling).

Ifølge overenskomsten på de praktiserende lægers område skal den praktiserende læge, der ophører med at drive praksis, varsle dette (advis) 6 måneder før ophør og give endelig besked om ophør (manglende mulighed for at overdrage) 3 måneder før ophør. Praksisudvalget udarbejder herefter en plan for fordeling af patienterne.

Det foreligger ikke oplyst i hvilket omfang, der eksisterer sådanne formelle advis-ordninger for andre faggrupper.

I praksis er problemet, at der ikke varsles i tide med den konsekvens, at det ikke kan nås at få patienterne "fordelt", og patientjournalerne skal således videregives til Sundhedsstyrelsen/embedslægeinstitutionen.

I den forbindelse skal det bemærkes, at en videregivelse til en ny praktiserende sundhedsperson alene kræver patientens mundtlige samtykke til den hidtidige læge eller til den nye læge, jf. sundhedslovens § 41, stk. 1, jf. § 42, hvorimod en videregivelse fra embedslægeinstitutionen/Sundhedsstyrelsen til en ny praktiserende læge vil skulle ske i overensstemmelse med forvaltningslovens § 27, hvilket som udgangspunkt kræver patientens skriftlige samtykke.

Forslag: For at smidiggøre ordningen, således at patientjournalerne hurtigst muligt befinder sig hos den nye praktiserende læge i overensstemmelse med lovens intentioner, bør der etableres en formaliseret ordning, der sikrer, at patienterne i forbindelse med praksisophør får mulighed for at give samtykke til/sige fra over for, at patientjournalen kan sendes til en ny autoriseret sundhedsperson inden for faggruppen og ikke umiddelbart sendes til embedslægeinstitutionen, hvorfra den så efterfølgende skal rekvireres.

Det bemærkes, at der af hensyn til lovens intentioner om at *sikre* patientjournalen ikke er etableret en ordning, hvor patientjournalen ved praksisophør kan udleveres til patienterne. Patienterne kan i forbindelse med praksisophør bede om aktindsigt.

B): Opbevaringsperiodens længde.

Behov for etablering af videregivelsesordning ved patienters valg/tildeling af ny praktiserende sundhedsperson i forbindelse med praksisophør (samtykkeproblemstilling).
Embedslægeinstitutionerne modtager papirjournaler og edb-journaler fra de praktiserende autoriserede sundhedspersoner (hidtil kun fra praktiserende

lægers praksisophør) uanset patientjournalernes alder, dvs. at der også modtages patientjournaler, hvor opbevaringsperioden, jf. bekendtgørelsens § 12, stk. 3, er udløbet.

Ifølge forarbejderne til lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 25 fremgår, at Sundhedsstyrelsen/embedslægeinstitutionerne skal overtage den videre opbevaring af disse journaler "inden for den pligtige 10 års opbevaringsperiode".

Det vil medføre et uforholdsmæssigt stort arbejde for den enkelte autoriserede sundhedsperson, hvis patientjournaler skal videregives, at frasortere de patientjournaler, som på tidspunktet for praksisophør har overskredet den 10 årige opbevaringsperiode i medfør af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 25, stk. 1, ligesom en frasortering af sådanne patientjournaler i Sundhedsstyrelsen/embedslægeinstitutionen vil medføre et stort ressourceforbrug.

Forslag: Da opbevaringsperioden på 10 år er en minimums opbevaringstid foreslås det, at opbevaringsperioden i Sundhedsstyrelsen / embedslægeinstitutionen fastsættes til 10 år fra modtagelsen af patientjournalerne(både papir og edb-journaler), med mindre patientjournalerne er videregivet til en anden praktiserende autoriseret sundhedsperson inden for same faggruppe.

Når Sundhedsstyrelsen/embedslægeinstitutionen har opbevaret patientjournalerne i 10 år fra modtagelsen, kan journalerne tilintetgøres.

Dog findes der særlige regler om bevaring og kassation i lov nr. 1050 af 17. december 2002, Arkivloven, og bekendtgørelse nr. 591 af 26. juni 2003 om offentlige arkivalier og om offentlige arkivers virksomhed, og bekendtgørelse nr. 575 af 16. juni 2003 om bevaring og kassation af arkivalier i amtskommunerne.

Ad C): Bør embedslægeinstitutionernes opbevaring af patientjournaler udelukkende omfatte elektroniske patientjournaler?

Lovens bemærkninger synes at forudsætte, at der primært er tale om opbevaring af elektroniske patientjournaler, hvilket ikke stemmer med de hidtidige erfaringer, jf. ovenfor, ligesom størsteparten af patientjournalerne hos andre faggrupper end praktiserende læger formodes at være papirjournaler. Hertil kommer, at der ikke synes at være tvivl om, at de problemer af praktisk art, som knytter sig til embedslægeinstitutionernes forpligtelse til at opbevare patientjournaler i forbindelse med praksisophør, overvejende knytter sig til papirjournalerne, da disse er ressourcekrævende både i relation til plads og i relation til at finde journalerne frem og håndtering i øvrigt.
Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at de respektive faglige organisationer er enige i det hensigtsmæssige i etablering af en sådan ordning.

Forslag: Lovændring, der udelukkende fastlægger en videregivelse og opbevaring af <u>elektroniske</u> patientjournaler i forbindelse med praksisophør og praksisoverdragelse.

Med venlig hilsen

Eva Bidstrup
Specialkonsulent