



Fremsat den 23. marts 2011 af indenrigs og sundhedsministeren (Bertel Haarder)

## Forslag

til

### Lov om ændring af sundhedsloven

(Udvidet adgang til offentlige registre og elektroniske patientjournaler m.v.)

#### § 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som ændret ved § 3 i lov nr. 706 af 25. juni 2010 og § 2 i lov nr. 1546 af 21. december 2010, foretages følgende ændringer:

1. I § 42 a, stk. 1, ændres »og sygehusansatte tandlæger« til: »tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere med særlig kompetence«.

2. I § 42 a, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

»Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at andre sundhedspersoner, der som led i deres virksomhed deltager i behandling af patienter, kan indhente oplysninger efter reglerne i 1. pkt.«

3. I § 42 a, stk. 2, ændres »de i stk. 1 nævnte« til: »de, der er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt.,« og i § 42 a, stk. 3, 1. pkt., ændres »de i stk. 1 nævnte,« til: »de, der er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt., og«.

4. I § 42 a, stk. 3, 2. pkt., ændres »i stk. 1 nævnt sundhedsperson ansat.« til: »sundhedsperson ansat, som er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt.«.

5. I § 42 a, stk. 5, 1. pkt., ændres »Læger og sygehusansatte tandlæger« til: »Sundhedspersoner, som er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt.,«.

6. I § 42 a, stk. 6, ændres »læger og sygehusansatte tandlæger« til: »sundhedspersoner, som er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt.,«.

7. I § 45, 1. pkt., indsættes efter »kan« : »og skal efter anmodning«.

8. § 193 a affattes således:

»§ 193 a. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte krav til it-anvendelsen på sundhedsområdet, herunder krav til elektroniske patientjournaler og til anvendelsen af standarder.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker m.v. skal overholde krav fastsat i medfør af stk. 1.«

9. Efter § 196 indsættes:

#### »Kapitel 60 a

*Kommunal og regional adgang til offentlige registre til brug for tilrettelæggelse og planlægning af indsatsen på sundhedsområdet*

§ 197. Regionsrådene kan til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den regionale indsats på sundhedsområdet efter regler fastsat i medfør af stk. 3 indhente og behandle personoplysninger fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelse.

Stk. 2. Kommunalbestyrelserne kan til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den kommunale indsats på sundhedsområdet efter regler fastsat i medfør af stk. 3 indhente og behandle personoplysninger fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelse.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke registre og personoplysninger regionsrådene og kommunalbestyrelserne kan få adgang til efter stk. 1 og 2, samt om behandlingen af disse oplysninger.«

#### § 2

Loven træder i kraft den 1. juni 2011.

#### § 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

# Bemærkninger til lovforslaget

## Almindelige bemærkninger

### Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Hovedpunkterne i lovforslaget
  - 2.1. Udvidelse af personkredsen, der kan indhente elektroniske helbredsoplysninger
    - 2.1.1. Gældende regler i sundhedsloven
    - 2.1.2. Baggrund og praktiske erfaringer
    - 2.1.3. Overvejelser og forslag
      - 2.1.3.1. Behov for udvidelse
      - 2.1.3.2. Datasikkerhed
      - 2.1.3.3. Afgrænsning af personkreds
    - 2.1.4. Ændring af værdispringsreglen
      - 2.1.4.1. Gældende ret
      - 2.1.4.2. Overvejelser og forslag
    - 2.1.5. Øvrige ændringer
      - 2.1.5.1. Indhentning med patientens samtykke
      - 2.1.5.2. Overvejelser og forslag
    - 2.1.6. Forholdet til persondataretten
  - 2.2. Præcisering af retten til oplysning om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde
    - 2.2.1. Gældende ret
      - 2.2.1. Overvejelser og lovforslag
  - 2.3. Krav til it-anvendelsen på private sygehuse m.v.
    - 2.3.1. Gældende ret
    - 2.3.2. Overvejelser
    - 2.3.3. Lovforslag
  - 2.4. Kommunal og regional adgang til personoplysninger i offentlige registre til brug for tilrettelæggelse og planlægning af indsatsen på sundhedsområdet
    - 2.4.1. Gældende ret
    - 2.4.2. Overvejelser
    - 2.4.3. Dataadgang
      - 2.4.3.1. Kommunernes dataadgang via eSundhed
      - 2.4.3.2. Regionernes dataadgang via eSundhed og adgang til kommunale data
    - 2.4.4. Lovforslag
3. Økonomiske konsekvenser for det offentlige
4. Administrative konsekvenser for det offentlige
5. Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.
6. Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
7. Administrative konsekvenser for borgerne
8. Miljømæssige konsekvenser
9. Forholdet til EU-retten
10. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
11. Sammenfattende skema

### 1. Indledning

Med dette lovforslag foreslår regeringen en række initiativer til at øge anvendelsen af IT i sundhedsvæsenet, som udspringer af regeringens IT-vision. En øget IT-anvendelse vil styrke vidensdelingen og således understøtte sammenhængende patientforløb, høj kvalitet i behandlingen og patientsikkerhed, herunder at alle relevante oplysninger til brug for udredning, behandling og pleje m.v. er tilgængelige på sygehuset, i akutberedskabet, hos den praktiserende læge og i den kommunale hjemmepleje m.v.

Sundheds-IT-systemer er under forsat udvikling og udbygning bl.a. til sammenhængende kliniske IT-arbejdspladser, der understøtter sundhedspersonalets og sundhedsmyndighedernes daglige arbejde gennem vidensdeling. Lovforslaget skal bidrage til at nyttiggøre disse og mange IT-initiativer, som både staten, regionerne og kommunerne løbende har iværksat for at opnå sammenhængende patientforløb, høj kvalitet i behandlingen og patientsikkerhed på tværs af sektorer, og som også har båret frugt. Langt de fleste patienter er således tilfredse med deres behandling.

Men patienternes forventninger øges i takt med den teknologiske udvikling og udviklingen af behandlingsmuligheder. Som patient har man en forventning om, at der er sammenhæng mellem diagnostik, behandling, genoptræning og rehabilitering, uanset at en del heraf foregår i praksissektoren, og en anden del foregår på sygehuset eller i kommunen. Og man forventer en høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed. I normalsituationen vil man i forbindelse med indlæggelse gerne opleve, at personalet på sygehuset har en opdateret viden fra praktiserende læge og kommune. Hvis man flyttes fra det lokale sygehus til et universitetshospital og eventuelt tilbage igen, forventer man, at sundhedspersonalet på de to sygehuse har adgang til opdaterede oplysninger om den behandling, man har fået det andet sted. Og ved udskrivning forventer man, at den praktiserende læge og kommunen er informeret om ens tilstand, så de kan tage over, når der er behov for det.

Det er rimelige forventninger til sundhedsvæsenet, men de forudsætter en høj grad af vidensdeling bl.a. via kliniske informationssystemer, som kan give sundhedspersonalet et højt og opdateret vidensniveau om den enkelte patients aktuelle behandling. Og de forudsætter en høj grad af vidensdeling mellem kommuner og regioner bl.a. via adgange til data om hinandens sundhedsydelse til borgerne, som kan skabe grundlag for en optimeret tilrettelæggelse og planlægning af indsatsen på sundhedsområdet med henblik på at styrke det indbyrdes samarbejde om indsatsen for sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed på tværs af sektorer.

Regeringens forslag bygger videre på de mange IT-initiativer, som er iværksat i sundhedsvæsenet, og som er forankret i den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008 - 2012.

Der kan i den forbindelse eksempelvis peges på etableringen af Det Fælles Medicinkort (FMK) og Nationalt Patientindeks. FMK-programmet indeholder oplysninger om patientens aktuelle medicinering. Medicinoplysningerne i FMK skal være tilgængelige i alle dele af sundhedsvæsenet – i første omgang blandt praktiserende læger og på sygehuse, og senere følger bl.a. kommunerne, herunder hjemmeplejen. FMK gøres tilgængeligt i den enkelte praktiserende læges praksissystem og i sygehusenes elektroniske patientjournalssystemer (EPJ), hvorved FMK gøres til en integreret del af det anvendte journalssystem. Formålet med FMK-programmet er at øge behandlingskvaliteten og patientsikkerheden, herunder ved sektoreverge, og effektivisere arbejdsgange og dermed spare ressourcer til (sygehus)behandling.

For Nationalt Patientindeks forventes tilsvarende positive effekter som for FMK. Første version af Nationalt Patientindeks er lanceret på sundhed.dk i form af »Mit sundhedsoverblik«. Her kan borgerne i dag få oplysninger om sygehuskontakter, nyere journalnotater fra sygehusene, medicin udskrevet de seneste to år, stillingtagen til spørgsmål om organdonation og livsforlængende behandling (livstestamente), status på laboratorieprøver bestilt af lægen og kontaktoplysninger til egen læge.

I aftalen mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi i 2011 er det aftalt, at FMK skal være

udrullet i samtlige regioner inden udgangen af 2011. Det er endvidere aftalt, at der inden udgangen af 2011 skal være etableret en 2. version af Nationalt Patientindeks, som løbende skal udbygges med flere oplysninger om patienten, fx vaccinationsoplysninger og billeddiagnostiske oplysninger i et fællesregionalt billedarkiv.

Parallelt med disse tværsektorielle it-initiativer arbejdes der på regionalt niveau bl.a. med at sammenlægge de forskellige elektroniske patientjournaler, der skal bidrage til at lette sundhedspersonalets anvendelse af it i dagligdagen. Derudover har regionerne indgået et fællesregionalt samarbejde i Regionernes Sundheds-IT organisation (RSI) med henblik på at styrke koordination af udviklingen inden for sundheds-it i regionerne og fællesregionalt indkøb af it-løsninger, hvor det er meningsfyldt. Regionerne vil desuden inden udgangen af 2012 udbrede alle MedCom standarder på alle regionernes sygehuse. MedCom standarderne muliggør elektronisk udveksling af informationer mellem praktiserende læger og de øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Vigtige patientoplysninger i henvisnings- og udskrivningsbreve og laboratoriesvar formidles i dag ved hjælp af MedCom standarderne.

I aftalen om regionernes økonomi for 2011 og den tilknyttede sundheds-it aftale er der aftalt en ny organisatorisk struktur, hvor den samlede sundheds-it udvikling koordineres og prioriteres på nationalt niveau. Den nye organisering skal sikre en klar arbejdsdeling, sammenhæng og fremdrift i forhold til politisk aftalte mål og milepæle. Arbejdsdelingen indebærer bl.a., at staten fastsætter nationale standarder, udmønter prioriterede tværgående initiativer og arbejder målrettet på, at it-udviklingen sker i overensstemmelse med it-strategien for sundhedsvæsenet og en sammenhængende data- og it-arkitektur. For at understøtte indenrigs- og sundhedsministeren i dette arbejde er der nedsat en national bestyrelse for sundheds-it med repræsentanter fra regionerne, kommunerne og staten, som skal rådgive ministeren.

De centrale sundhedsmyndigheder har endvidere opbygget forskellige datakanaler, fx eSundhed, Sundhedskvalitet.dk, Sundhedsdata.sst.dk og Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem til indsamling, bearbejdning og formidling af oplysninger på sundhedsområdet. Oplysningerne anvendes bl.a. til planlægning, styring og evaluering af produktion og forebyggelsesindsats på sundhedsområdet. De centrale sundhedsmyndigheder arbejder løbende på at videreudvikle datakanaler til indsamling, bearbejdning og formidling af oplysninger på sundhedsområdet. Herudover har de enkelte kommuner oprettet kommunale omsorgsjournaler, som indeholder data om de ydelser, deres borgere har modtaget, fx genoptræning og hjemmesygepleje.

Med afsæt bl.a. i det allerede etablerede vidensdelingsfundament foreslår regeringen med dette lovforslag en række yderligere initiativer til øget vidensdeling, hvis overordnede og klare formål er at opfylde patienternes forventninger til sammenhængende behandlingsforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed på tværs af sektorer.

Regeringen foreslår herunder at udvide kredsen af sundhedspersoner med adgang til opdaterede elektroniske patientoplysninger og at give sundhedsmyndighederne styrkede planlægnings- og styringsværktøjer ved at udvide regionernes

og kommunernes adgang til persondata, om de sundhedsydelse borgerne modtager, samt ved at fastsætte krav til it-anvendelsen for private sygehuse.

Med henblik på at øge patientsikkerheden, understøtte en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdsgange i sundhedsvæsenet samt forbedre muligheden for ændret arbejdstilrettelæggelse imellem de forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet (opgaveglidning) foreslår regeringen, at alle tandlæger samt jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer, og ambulancebehandlere med særlig kompetence sidestilles med læger og sygehusansatte tandlæger i forhold til mulighederne for at kunne indhente elektroniske helbredsoplysninger om patienterne.

Med lovforslaget udvides således den kreds af sundhedspersoner, som i fornødent omfang kan indhente såvel historiske som aktuelle elektroniske helbredsoplysninger om patienterne, når dette er nødvendigt i forbindelse med aktuell patientbehandling. Endvidere foreslås det at give indenrigs- og sundhedsministeren adgang til at fastsætte regler om, at andre sundhedspersoner, der som led i deres virksomhed deltager i patientbehandling, under samme forudsætninger skal kunne indhente helbredsoplysninger elektronisk.

I tilknytning til, at adgangen til at indhente oplysninger i forbindelse med aktuell behandling udvides, foreslås adgangen efter den såkaldte værdispringsregel til at indhente helbredsoplysninger m.v. i andre tilfælde uden patientens samtykke ligeledes udvidet til den samme kreds af sundhedspersoner.

Tillige foreslås adgangen til med patientens samtykke at indhente elektroniske helbredsoplysninger m.v. udvidet til den samme kreds af sundhedspersoner.

Endelig præciseres reglerne om sundhedspersoners adgang og pligt til, når der anmodes herom, at videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes efterladte nærmeste pårørende, afdødes alment praktiserende læge og den læge, som havde afdøde i behandling.

Regionerne og kommunerne løser sundhedsopgaver på tværs af sektorerne, og for at øge sammenhængen i løsningen af disse opgaver er der brug for gennemsigtighed og viden om de sundhedsydelse, de hver især tilbyder borgerne. På denne baggrund og med det formål at understøtte sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed foreslår regeringen at forbedre kommunernes og regionernes muligheder for vidensdeling gennem en udvidelse af deres adgang til persondata om hinandens sundhedsydelse til borgerne.

Det foreslås som led i aftalen om kommunernes økonomi for 2011, at kommunerne gives adgang til data på personniveau fra nærmere bestemte offentlige registre om sundhedsydelse, borgerne har modtaget af andre kommuner og af regioner for at forbedre deres statistiske grundlag for evaluering og analyser. Det foreslås, at regionerne gives en parallel adgang til sådanne data. Formålet er at optimere både kommunernes og regionernes mulighed for at tilrettelægge og planlægge deres indsats på sundhedsområdet og styrke det indbyrdes samarbejde om indsatsen på tværs af sektorer for sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed.

Privathospitals private patienter får indimellem behov for opfølgende behandling, herunder reoperation på et offentligt sygehus. Af hensyn til patientsikkerheden og til at patienten kan få en hurtig og kvalificeret opfølgende behandling, er det af væsentlig betydning - og i nogle tilfælde af afgørende betydning - at det offentlige sygehus hurtigt og enkelt kan tilgå elektroniske journaloplysninger om patientens behandling på det private sygehus. Derfor foreslår regeringen, at indenrigs- og sundhedsministerens adgang til at fastsætte krav og bindende standarder for it-anvendelsen efter sundhedsloven udvides til også at omfatte private sygehuse og klinikker m.v., hvor de leverer privatfinansierede sundhedsydelse.

## 2. Hovedpunkterne i lovforslaget

### 2.1. Udvidelse af personkredsen, der kan indhente elektroniske helbredsoplysninger m.v.

#### 2.1.1. Gældende regler i sundhedsloven

Sundhedslovens §§ 42 a-c blev vedtaget med lov nr. 431 af 8. maj 2007 om ændring af sundhedsloven, der trådte i kraft den 1. oktober 2007. Til grund for vedtagelsen lå lovforslag nr. 50 (senere nr. 50 B) fremsat af den daværende indenrigs- og sundhedsminister.

I § 42 a, stk. 1-4, er der fastsat regler om sundhedspersoners adgang til at indhente elektroniske helbredsoplysninger i forbindelse med aktuell patientbehandling.

Efter § 42 a, stk. 1, kan læger og sygehusansatte tandlæger ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, når dette er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienten.

Det følger af § 42 a, stk. 2, at andre sundhedspersoner end læger og sygehusansatte tandlæger ved opslag i elektroniske systemer, hvori adgangen for den pågældende sundhedsperson teknisk er begrænset til de patienter, der er i behandling på samme behandlingsenhed, som den pågældende sundhedsperson er tilknyttet, i fornødent omfang kan indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 om aktuell behandling, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienten.

Det fremgår af § 42 a, stk. 3, at andre sundhedspersoner end læger og sygehusansatte tandlæger, som er ansat på behandlingssteder med elektroniske systemer, der kun indeholder oplysninger til brug for behandling, som gives på det pågældende behandlingssted, ved opslag i sådanne systemer i fornødent omfang kan indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 om aktuell behandling, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienter. Dette gælder dog ikke, hvis behandlingsstedet har en læge eller sygehusansat tandlæge ansat. Bestemmelsen omfatter dermed visse steder inden for sygehusvæsenet, hvor der føres sundhedsfaglige optegnelser i egne, afgrænsede elektroniske systemer, og hvor hverken læger eller sygehusansatte tandlæger er involveret i behandling eller pleje. Det kan fx være hos en psykolog, kiropraktor, privatpraktiserende tandlæge, fodterapeut eller lignende eller plejehjemsvirksomhed eller hjemmepleje, der indebærer sundhedsfaglige optegnelser.

I medfør af § 42 a, stk. 4, kan ledelsen på et behandlingssted give tilladelse til, at enkelte eller grupper af sundhedspersoner, der er ansat på det pågældende behandlingssted, kan foretage opslag i elektroniske systemer efter stk. 1. En sådan tilladelse kan kun gives til sundhedspersoner, der har behov for at kunne foretage opslag efter stk. 1 med henblik på at kunne varetage de funktioner og opgaver, vedkommende er beskæftiget med. Beslutningen skal fremgå af en datasikkerhedsinstruks for behandlingsstedet. Det er endvidere et krav efter bestemmelsen, at sådanne beslutninger skal gøres offentligt tilgængelige.

Reglerne i § 42 a, stk. 1-4, giver adgang til indhentning af oplysninger uden patientens samtykke. Patienten kan til enhver tid frabede sig, at der indhentes oplysninger efter § 42 a, stk. 1-4, jf. § 42 a, stk. 7, ligesom patienten forudsættes informeret om sin ret til at frabede sig en sådan indhentning. En sådan information kan enten gives direkte af den pågældende sundhedsperson eller i mere generel form, fx som skriftligt patientinformationsmateriale i form af brochurer eller anden skriftlig vejledning, i forbindelse med, at patienten giver informeret samtykke til selve behandlingen.

Det er efter § 42 a, stk. 1-4, en fælles betingelse, at den elektroniske indhentning alene må foretages i fornødent omfang. Heri ligger, at sundhedspersonen kun må foretage opslag i de konkrete oplysninger, som sundhedspersonen vurderer, at der er et fagligt behov for at gøre sig bekendt med. Det er herudover et fælles krav, at det er nødvendigt for sundhedspersonen i forbindelse med den aktuelle behandling af patienten at få adgang til den enkelte konkrete oplysning. Det er dog ikke en forudsætning, at sundhedspersonen på forhånd har konstateret, at oplysningen er nødvendig for den aktuelle behandling af patienten. Dette skyldes, at den pågældende sundhedsperson oftest først vil kunne konstatere oplysningernes relevans og nødvendighed, når vedkommende har gjort sig bekendt med disse.

Efter bestemmelsen i § 42 a, stk. 1, kan læger og sygehusansatte tandlæger gøre sig bekendt med såvel historiske som aktuelle helbredsoplysninger m.v.

For andre sundhedspersoner end læger og sygehusansatte tandlæger gælder det derimod efter § 42 a, stk. 2, at de alene må foretage indhentning af oplysninger, der omhandler aktuel behandling. Ved oplysninger om aktuel behandling forstås oplysninger registreret eller indhentet efter et bestemt tidspunkt, fx indlæggelsesdatoen eller datoen for iværksættelsen af et ambulantly forløb. Ved genindlæggelser inden for en kortere periode for samme helbredsproblem, hvor indlæggelserne må betragtes som en del af et sammenhængende behandlingsforløb, vil oplysninger om de tidligere indlæggelser ligeledes være oplysninger om aktuel behandling. En sundhedsperson, der foretager opslag i elektroniske systemer efter § 42 a, stk. 2, må således foretage en vurdering af, om de elektroniske helbredsoplysninger, der søges indhentet, vil være oplysninger om aktuel behandling. Oplysninger, som efter patientens indlæggelse på behandlingsstedet, er registreret eller indhentet på en anden afdeling eller et andet afsnit om den aktuelle behandling på behandlingsstedet, vil også være omfattet af begrebet aktuelle oplysninger. Det vil sige, at en sundhedsperson, der arbejder på et kirurgisk sengeafsnit, efter bestemmelsen vil have adgang til de aktuelle oplysninger, der

efter patientens indlæggelse er registreret om patienten på operations- og anæstesiaafdelingen, til brug for sundhedspersonens aktuelle behandling. Sundhedspersoner på et sygehus har således adgang til de nødvendige aktuelle, men ikke historiske, data om en patient, hvis der er behov herfor i forbindelse med behandling af en patient.

Adgangen for andre sundhedspersoner end læger og sygehusansatte tandlæger til elektronisk at foretage indhentning af helbredsoplysninger m.v. er yderligere begrænset. Det er tillige et krav, at de elektroniske systemer, hvori disse sundhedspersoner indhenter patientens helbredsoplysninger m.v., er teknisk begrænset for de pågældende sundhedspersoner til de patienter, som er i behandling på samme behandlingsenhed, som sundhedspersonen er tilknyttet. Der stilles således et udtrykkeligt krav om organisatorisk tilknytning mellem sundhedsperson og patient, ligesom der stilles krav om, at denne tilknytning afspejles i den pågældende sundhedspersons systemtekniske adgang. Kravet om organisatorisk tilknytning indebærer således, at andre sundhedspersoner end læger og sygehusansatte tandlæger alene må tildeles teknisk adgang til oplysninger om patienter, som er indlagt eller i ambulantly behandling på samme behandlingsenhed, som den pågældende sundhedsperson er tilknyttet. Ved udtrykket behandlingsenhed forstås i den forbindelse sygehus, sygehusafdeling, afsnit, klinik eller lignende, idet kravet om organisatorisk tilknytning datasikkerhedsmæssigt skal administreres så snævert, som det er fagligt muligt.

De gældende regler i sundhedsloven indebærer, at direkte opslag i elektroniske systemer på historiske data er forbeholdt læger, og på sygehuse tillige tandlæger, jf. sundhedslovens § 42 a, stk. 1, samt sundhedspersoner, der af ledelsen på behandlingsstedet gives tilladelse hertil, jf. § 42 a, stk. 4. Såfremt en anden sundhedsperson end en læge eller en sygehusansat tandlæge, der ikke af ledelsen på behandlingsstedet har fået tilladelse hertil, konkret har behov for historiske data, må den pågældende således anmode en sundhedsperson omfattet af § 42 a, stk. 1, om at videregive de pågældende oplysninger efter de gældende videregivelsesregler i sundhedslovens § 41, der som hovedregel forudsætter samtykke fra patienten.

### *2.1.2. Baggrund og praktiske erfaringer*

Den daværende indenrigs- og sundhedsminister gav i forbindelse med behandlingen af lovforslag nr. L 50 B om ændring af sundhedsloven (it-anvendelse i sundhedsvæsenet og elektroniske helbredsoplysninger) tilsagn om, når der var skabt erfaringsgrundlag for anvendelse af reglerne i sundhedslovens §§ 42 a-c at udarbejde en redegørelse herom til Folketinget som grundlag for en vurdering af, om de retlige rammer bør justeres. Der henvises til Folketingstidende 2006-2007, tillæg B, s. 1592.

Den 23. september 2010 oversendte indenrigs- og sundhedsministeren i overensstemmelse hermed en redegørelse til Folketingets Sundhedsudvalg, jf. SUU alm. del bilag 511 (Folketingsåret 2009-10). Denne redegørelse omhandler blandt andet erfaringerne med lovreglerne fra 2007 om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter. Redegørelsen havde

forinden været i høring hos relevante myndigheder, herunder Datatilsynet, samt fag- og interesseorganisationer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet havde som grundlag for udarbejdelsen af redegørelsen drøftet de praktiske erfaringer med lovbestemmelserne med repræsentanter for Danske Regioner, KL, Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer, Lægeforeningen, Tandlægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker samt Sundhedsstyrelsen. Endvidere havde Digital Sundhed bidraget med sine synspunkter.

De praktiske erfaringer viser, at elektroniske patientjournaler i dag er et afgørende redskab til at skabe større kvalitet i patientbehandlingen og er et af de vigtigste arbejdsredskaber for sundhedspersonalet. En patient vil ofte i forbindelse med en behandling blive behandlet af flere forskellige sundhedspersoner, som hver især i den elektroniske patientjournal vil journalføre de relevante oplysninger. Lægen eller den sygehusansatte tandlæge får derfor ved et opslag i den elektroniske patientjournal et samlet overblik over en patients nuværende og tidligere sygdomsforløb og dermed et optimalt udgangspunkt for at behandle patienten. Den elektroniske patientjournal danner følgelig informationsgrundlaget for behandlinger inden for sundhedsvæsenet, og sundhedspersonens kendskab til indholdet i patientjournalerne er og vil også fremover være en afgørende faktor for at kunne behandle patienten ud fra de mest optimale vilkår.

Grundlæggende har der blandt regionerne været enighed om, at patienterne i meget vid udstrækning forventer, at sundhedspersonalet i fornødent omfang deler informationer om den pågældendes helbred. Det er således meget få patienter, som ønsker at udnytte deres ret til at frabede sig indhentning af elektroniske helbredsoplysninger efter sundhedslovens § 42 a, stk. 7.

Det blev fra regionernes og flere organisationers side gjort gældende, at realiteten i dag er, at de forskellige sundhedsfaglige personalegrupper samarbejder tværfagligt i teams, hvor det opleves som en uforståelig, besværlig og unødigt barriere – også i forhold til ønsket om at fremme muligheden for opgaveglidning – at adgangen til at indhente oplysninger, der er nødvendige for behandlingen, men som ikke nødvendigvis omhandler den aktuelle behandling, om en patients helbredsforhold m.v. er forbeholdt læger og sygehusansatte tandlæger. Der var en generel forståelse for, at sundhedspersonale, der aktivt deltager i patientbehandlingen, skal have adgang til aktuelle såvel som historiske oplysninger om helbredsoplysninger m.v., når det er nødvendigt i en aktuel behandlingssituation. Der har således fra relevante myndigheder samt fag- og interesseorganisationer været en bred opbakning til en udvidelse af personkredsen i § 42 a, stk. 1.

Det skal i den forbindelse nævnes, at det herudover på det foreliggende grundlag kan konstateres, at muligheden efter § 42 a, stk. 4, for ledelsen på et behandlingssted til at tildele enkelte eller grupper af sundhedspersoner adgang til elektronisk indhentning i samme omfang som efter § 42 a, stk. 1, ikke i større omfang er blevet udnyttet.

For så vidt angår spørgsmålet om oplysningernes fortrolighed bemærkes, at det i medfør af persondatalovens § 41, stk. 3, påhviler såvel offentlige som private dataansvarlige og

databasebehandlere at træffe de fornødne tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger mod, at oplysninger hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes, samt mod, at de kommer til uvedkommendes kendskab, misbruges eller i øvrigt behandles i strid med loven. De offentlige dataansvarlige har endvidere i medfør af § 19 i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning (den såkaldte sikkerhedsbekendtgørelse), pligt til at foretage logning (maskinel registrering) af, hvem der har foretaget opslag i en patients elektroniske patientjournal, samt hvornår opslaget er foretaget. Danske Regioner har i den forbindelse oplyst, at alle regioner i overensstemmelse hermed foretager logning af opslagene på de elektroniske patientjournaler, ligesom det formodes, at stikprøvekontrol er en fast del af regionernes sikkerhedsforanstaltninger, hvilket tillige bekræftes af enkelte af regionernes selvstændige bidrag til den ovennævnte redegørelse, som indenrigs- og sundhedsministeren sendte til Folketingets Sundhedsudvalg den 23. september 2010. Hertil kommer, at patienten ved aktindsigt kan få udleveret oplysninger om, hvem der har indhentet elektroniske helbredsoplysninger om vedkommende. Via funktionen »min log« på hjemmesiden [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) ved brug af digital signatur eller NemID kan patienten desuden – i det omfang regionerne tilbyder at gøre oplysningerne tilgængelige – efterse, hvem der har foretaget opslag i blandt andet den elektroniske patientjournal samt Den Personlige Elektroniske Medicinprofil.

### 2.1.3. Overvejelser og forslag

#### 2.1.3.1. Behov for udvidelse

På baggrund af de omtalte praktiske erfaringer m.v. med anvendelsen af bestemmelserne er det regeringens vurdering, at der bør foretages en udvidelse af personkredsen i sundhedslovens § 42 a, stk. 1. Som det fremgår ovenfor, er der en generel forståelse for, at sundhedspersonale, der aktivt deltager i patientbehandlingen, skal have adgang til aktuelle såvel som historiske helbredsoplysninger m.v. om en patient, når det er nødvendigt i forbindelse med en aktuel behandling af vedkommende patient. Efter regeringens vurdering er der således et reelt behov for en udvidelse af den personkreds, der kan foretage elektronisk indhentning af aktuelle og historiske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter. Denne vurdering gav Indenrigs- og Sundhedsministeriet allerede udtryk for i redegørelsen til Folketingets Sundhedsudvalg om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger i forbindelse med patientbehandling.

#### 2.1.3.2. Datasikkerhed

De gældende bestemmelser i sundhedsloven om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter og de foreslåede ændringer regulerer ikke spørgsmålene om teknisk adgang og om den sikkerhedsmæssige forebyggelse af misbrug. Sundhedspersonernes mulighed for at indhente oplysninger vil således skulle begrænses af systemtekniske sikkerhedsforanstaltninger, idet de grundlæggende principper i persondatalovens § 5 om sag-

lighed og proportionalitet og persondatalovens sikkerhedsregler forudsætter, at der alene gives den enkelte bruger adgang til de oplysninger, som brugeren har behov for. Der henvises til Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning («Sikkerhedsbekendtgørelsen»). Denne bekendtgørelse har almen gyldighed for sikkerheden i forbindelse med databehandling, herunder for elektroniske patientjournaler. Det er således en selvstændig forpligtelse for den dataansvarlige på det enkelte behandlingssted – under ansvar over for Datatilsynet – at sikre, at der kun tildeles brugerautorisation til sundhedspersoner, som er beskæftiget med de formål, hvortil personoplysningerne behandles, og ved forskellige kontrolforanstaltninger, herunder logning af, hvem der har foretaget opslag, og stikprøvekontroller, at sikre, at disse ikke uberettiget har gjort brug af den adgang, som de er autoriserede til.

Regeringen har i øvrigt til hensigt at undersøge de økonomiske muligheder for at udnytte bemyndigelsen i sundhedslovens § 42 c, stk. 1, til at fastsætte nærmere regler om private dataansvarliges pligt til at registrere oplysninger om, hvem der har foretaget opslag i en patients elektroniske patientjournal, samt om loggens indhold, opbevaring og sletning. Baggrunden herfor er, at det med hensyn til private dataansvarlige inden for sundhedsområdet i praksis alene er private sygehuse, der til Datatilsynet skal foretage anmeldelse af samt søge om tilladelse til behandling af oplysninger om helbredsmæssige forhold, jf. persondatalovens §§ 48-50. Datatilsynet kan derfor alene i forhold til private sygehuse stille et vilkår om logning, hvilket Datatilsynet i praksis har gjort i forbindelse med de tilladelser, Datatilsynet har givet til private sygehuse. Regeringen har tilsvarende til hensigt at undersøge de økonomiske muligheder for at fastsætte nærmere regler om patientens elektroniske adgang til oplysninger hos offentlige og private dataansvarlige om, hvem der har foretaget opslag i patientens elektroniske patientjournal, og på hvilket tidspunkt opslagene er foretaget, jf. sundhedslovens § 42 c, stk. 2.

På baggrund af de praktiske erfaringer m.v. samt tilkendegivelserne fra regionerne er det regeringens vurdering, at der i tilstrækkeligt omfang enten allerede gives eller vil blive givet systematisk information – enten skriftligt ved indkaldelse/indlæggelse eller elektronisk – til patienterne om deres ret efter § 42 a, stk. 7, til at frabede sig indhentning af elektroniske helbredsoplysninger i forbindelse med patientbehandling.

Det er herudover regeringens vurdering, at der med de gældende regler i datalovgivningen og den eksisterende elektroniske kontrol af misbrug og uberettigede opslag, jf. afsnit 2.1.2. er skabt et tilstrækkeligt værn om fortroligheden – også ved en udvidelse af personkredsen i sundhedslovens § 42 a, stk. 1.

### 2.1.3.3. Afgrænsning af personkreds

Regeringen har ved afgrænsningen af kredsen af sundhedspersoner, som foreslås omfattet af sundhedslovens § 42 a, stk. 1, lagt vægt på at medtage sundhedspersoner, der ofte deltager i den direkte patientbehandling, og som led heri kan have et behov for at kunne gøre sig bekendt med patientens historiske helbredsoplysninger.

I den udstrækning, det er fagligt nødvendigt i forbindelse med aktuel patientbehandling, bør det med henblik på at forbedre patientsikkerheden gennem at understøtte en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdsgange i sundhedsvæsenet være tilladt for sundhedspersonen at indhente patientens historiske og aktuelle, elektroniske helbredsoplysninger samt patientens medicinoplysninger.

Det bemærkes herved, at adgangen til at foretage opslag i Lægemiddelstyrelsens elektroniske register over patienters medicinoplysninger med virkning fra 1. juni 2010 er udvidet ved lov nr. 534 af 26. maj 2010 om ændring af sundhedsloven. Ud over læger, som allerede havde adgang til at foretage opslag, må tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter og plejehjemsassistenter, som aktuelt har en patient i behandling, således nu også foretage opslag i Lægemiddelstyrelsens elektroniske register, når det er nødvendigt for behandlingen, jf. sundhedslovens § 157, stk. 3. Det samme gælder under visse betingelser sygehusansatte farmaceuter og farmakonome, der efter udpegning af sygehusledelsen foretager medicingennemgang eller afstemning, jf. sundhedslovens § 157, stk. 4. Herudover har apotekere og apotekspersonale ved lovændringen fået adgang til at foretage opslag i Lægemiddelstyrelsens elektroniske register, når medicinbrugeren har givet mundtlig eller skriftligt samtykke hertil, jf. sundhedslovens § 157, stk. 6. Endvidere fik indenrigs- og sundhedsministeren ved lovændringen adgang til at fastsætte regler om, at andre personer, der som led i deres erhverv udleverer medicin til en patient eller håndterer medicinoplysninger, kan få adgang til de oplysninger, der er registreret om patienten i Lægemiddelstyrelsens register, når det er nødvendigt, jf. sundhedslovens § 157, stk. 5.

Der er således ved vurderingen af, hvilke grupper af sundhedspersoner, som skal omfattes af den foreslåede ændring af sundhedslovens § 42 a, stk. 1, blandt andet lagt vægt på, at det ikke findes hensigtsmæssigt at tillade visse grupper af sundhedspersoner at indhente elektroniske helbredsoplysninger i videre omfang end medicinoplysninger eller omvendt, medmindre de konkrete omstændigheder tilsiger det. Hertil kommer, at de i forslaget nævnte grupper typisk er de grupper af autoriserede sundhedspersoner, som en patient vil komme i kontakt med i sygehusvæsenet, uanset hvilken form for behandling den pågældende gennemgår, ligesom disse grupper typisk har et reelt fagligt behov for information om patientens sygdoms- og behandlingshistorik.

Ikke-sygehusansatte tandlægers behov for at indhente elektroniske helbredsoplysninger om patienter vil typisk allerede være dækket af § 42 a, stk. 3, idet den enkelte tandlægepraksis ofte fører sit eget elektroniske patientjournalssystem. Det kan dog ikke udelukkes, at tandlæger generelt – i det omfang de har adgang hertil – også kan have et sundhedsfagligt velbegrunder behov for at indhente de nævnte oplysninger i andre elektroniske systemer end de i stk. 3 nævnte. Hertil kommer, at der fremover vil kunne opstå situationer, hvor privatpraktiserende tandlæger tilknyttes de såkaldte sundhedshuse sammen med andre sundhedsfaglige grupper, og de dertil knyttede sundhedspersoner deler samme elektroniske patientjournalssystem. Med henblik på at sikre alle tandlæger det optimale udgangspunkt for behandling af patienter sidestilles alle andre

tandlæger således med sygehusansatte tandlæger i forhold til adgangen til at indhente helbredsoplysninger m.v. i elektroniske systemer efter § 42 a, stk. 1.

Jordemødre kan selvstændigt foretage operative indgreb såsom episiotomi (udvidelse af fødselsvejen) og behandling med visse former for receptpligtig medicin, og der er herved tale om behandlinger, der – udover læger – alene må varetages af jordemødre. Da denne gruppe har en selvstændig behandlingskompetence, findes det hensigtsmæssigt i forhold til jordemødres virksomhedsområde, at jordemødre også får adgang til patientens historiske elektroniske helbredsoplysninger under de i loven givne forudsætninger.

Behandling af patienter foretages i meget vid udstrækning af læger og sygeplejersker, og sygeplejerskernes centrale opgaver er derfor sygepleje i bred forstand, herunder af såvel sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende som behandlende, rehabiliterende og lindrende karakter. Der er således tale om en gruppe af sundhedspersoner, der sammen med lægerne har det bredeste fagområde og den bredeste opgavesammensætning. Det er baggrunden for, at sygeplejersker bør sidestilles med læger i forhold til indhentning af patientens historiske helbredsoplysninger.

Sundhedsplejerskerne varetager ligeledes en bred vifte af opgaver særligt i forhold til mindreåriges udvikling og trivsel, herunder funktionsundersøgelser, overvågning af børn og unges sundhed, undersøgelse, opsporing og vejledning omkring børn med særlige behov samt varetagelse af ind- og udskolingsundersøgelser i den kommunale skolesundhedstjeneste, hvorfor denne gruppe ligeledes må antages at kunne have et reelt behov for at kunne foretage elektroniske opslag i sådanne patienters historiske såvel som aktuelle helbredsoplysninger m.v. I forhold til social- og sundhedsassistenter skal det nævnes, at denne gruppe af sundhedspersoner i hospitalsregi varetager selvstændige pleje- og behandlingsopgaver (efter delegation) som eksempelvis medicingivning. I den primære sundhedssektor såsom plejeinstitutioner og i hjemmeplejen varetager social- og sundhedsassistenterne selvstændigt en væsentlig del af pleje- og behandlingsopgaverne, ligesom de også varetager koordinerende og administrative opgaver i forhold til patient/klient kontakten. Social- og sundhedsassistenter kan i forhold til behovet for at indhente elektroniske journaloplysninger derfor ligestilles med sygeplejersker.

Særligt for radiografer bemærkes, at det i det daglige meget ofte er relevant for denne gruppe af sundhedspersoner at have adgang til at indhente aktuelle og historiske elektroniske journaloplysninger, da de i stort omfang får delegeret opgaver fra radiologerne. Det er desuden til gavn for behandlingen af patienten, at radiografer direkte kan indhente sådanne oplysninger inden udførelse af kontrastundersøgelser med henblik på at udelukke, at en sådan undersøgelse er kontraindiceret på grund af en anden sygdom. Et andet eksempel er oplysninger om metal i kroppen inden en MR-scanning. En sådan adgang vil i øvrigt være naturlig som led i den almindelige vurdering af, om en radiologisk undersøgelse er nødvendig.

For så vidt angår ambulancebehandlere med særlig kompetence, jf. bekendtgørelse nr. 977 af 26. september 2006 om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitaleberedskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v., der

som led i deres virksomhed deltager i patientbehandling, bemærkes, at denne gruppe ligeledes har et behov for at få adgang til de oplysninger, der er registeret om patienten, når dette er nødvendigt for behandlingen i den præhospitale indsats. Det bemærkes, at ambulancebehandlere med særlig kompetence udfører en række sundhedsfaglige opgaver efter lægelig delegation, herunder intravenøs indgivelse af medicin i forbindelse med hjertestopbehandling og af smertestillende medicin (morfinlignende stoffer) samt afslutning af visse behandlinger på stedet, eksempelvis til diabetespatienter med for lavt blodsukker. I denne sammenhæng er ambulancebehandlere med særlig kompetence sundhedspersoner, jf. sundhedslovens § 6, uagtet at de ikke er autoriserede sundhedspersoner. Det vil typisk være i forbindelse med udførelsen af disse opgaver efter lægelig delegation, at en ambulancebehandler med særlig kompetence vil have behov for at indhente historiske elektroniske patientoplysninger. Ved behandlingen af den enkelte patient kan der imidlertid også opstå andre situationer, hvor det er nødvendigt, at en ambulancebehandler med særlig kompetence i forbindelse med den indledende behandling på et ulykkessted og/eller under transport frem til relevant behandlingssted på lægens ansvar har adgang til den enkelte patients aktuelle og historiske helbredsoplysninger ved hjælp af de teknologiske hjælpemidler, herunder elektronisk udstyr i ambulancen, der kan logge sig på det pågældende behandlingssteds elektroniske patientjournalssystem. Også i sådanne situationer vil ambulancebehandleren handle som sundhedsperson.

Det bemærkes, at det til enhver tid konkret skal vurderes af sundhedspersonen, om adgang til patientens helbredsoplysninger i det enkelte tilfælde er nødvendig for den pågældendes aktuelle behandling af patienten.

Særligt i forhold til sygehusydelse har regeringen lagt vægt på, at der fra regionernes og flere organisationers side er givet udtryk for, at der for andre grupper af sundhedspersoner er et stærkt behov for at kunne foretage sådanne opslag på lige fod med læger og sygehusansatte tandlæger. Regeringen har endvidere lagt vægt på, at det er den generelle opfattelse blandt de organisationer, der har været inddraget i udarbejdelsen af redegørelsen om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger, at en udvidet adgang også bør omfatte andre faggrupper såsom jordemødre og social- og sundhedsassistenter.

For så vidt angår de grupper af sundhedspersoner, som ikke omfattes af udvidelsen, bemærkes, at disse grupper vil kunne indhente elektroniske oplysninger om en patients historiske helbredsoplysninger, i det omfang de pågældende sundhedspersoners patientbehandling foregår på behandlingssteder med elektroniske systemer, der kun indeholder oplysninger til brug for behandling, som gives på det pågældende behandlingssted, jf. § 42 a, stk. 3, eller i det omfang behandlingsstedets ledelse beslutter at give tilladelse til at foretage opslag i elektroniske systemer om en patients historiske helbredsoplysninger m.v., jf. § 42 a, stk. 4, jf. stk. 1.

Det foreslås dog, at indenrigs- og sundhedsministeren af hensyn til smidigheden i tilrettelæggelsen af patientbehandlingen skal have adgang til at fastsætte regler om, at andre persongrupper, der som led i deres virksomhed deltager i patientbehandling, under samme forudsætninger ligeledes skal



kunne indhente helbredsoplysninger elektronisk, jf. lovforslagets § 1, nr. 2.

#### 2.1.4. Ændring af værdispringsreglen

##### 2.1.4.1. Gældende ret

I medfør af § 42 a, stk. 5, kan læger og sygehusansatte tandlæger endvidere indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, hvis indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter. Tilsvarende gælder sundhedspersoner, der af behandlingsstedets ledelse er meddelt tilladelse til at foretage opslag i elektroniske systemer omfattet af stk. 1, jf. § 42 a, stk. 4. Tilsvarende gælder endvidere andre sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer omfattet af stk. 2 og 3 på det behandlingssted, sundhedspersonen er ansat.

Der er tale om en såkaldt værdispringsregel, hvorefter der kan ses bort fra kravet om aktuel patientbehandling i stk. 1 og 2, i det omfang indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter.

Hensigten med værdispringsreglen er først og fremmest, at læger og sygehusansatte tandlæger kan foretage elektronisk indhentning af oplysninger om en patient, når dette er nødvendigt til berettiget varetagelse af væsentlige hensyn til andre patienter. Bestemmelsen er f.eks. relevant i tilfælde, hvor lægen eller den sygehusansatte tandlæge gør sig bekendt med specifikke helbredsoplysninger om en tidligere patient, som har haft en sammenlignelig helbredstilstand, til brug for diagnosticeringen af en anden patient, som sundhedspersonen aktuelt har i behandling. Det vil kunne være nødvendigt og væsentligt at indhente sådanne oplysninger om sammenlignelige tilfælde eksempelvis i tilfælde af sjældent forekommende, alvorlige sygdomme.

Bestemmelsen kan herudover eksempelvis være relevant i situationer, hvor en person er blevet udsat for smitte (f.eks. ved at have fået en stikskade) fra en person, som formodes at have en alvorlig smitsom sygdom. Hvis indhentning af helbredsoplysninger m.v. om den smittebærende person er nødvendig med henblik på behandling af den smittede, og den registrerede patient ikke giver samtykke eller ikke umiddelbart kan findes, kan der ske indhentning efter bestemmelsen.

Herunder kan nævnes, at det efter omstændighederne kan være nødvendigt af hensyn til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse at indhente helbredsoplysninger m.v. i tilfælde, hvor en læges eller sygehusansat tandlæges indhentning er nødvendig i forbindelse med en tvangsmæssig behandling af en patient efter epidemilovgivningen. Der henvises til lov nr. 114 af 21. marts 1979 om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme som senest ændret ved lov nr. 538 af 8. juni 2006.

##### 2.1.4.2. Overvejelser og forslag

Det kan ikke udelukkes, at andre sundhedspersoner end læger og sygehusansatte tandlæger efter den foreslåede udvidelse af stk. 1 på samme grundlag kan have et sagligt og velbegrundet behov for at indhente oplysninger efter værdispringsreglen, forudsat at indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter. Idet der er tale om en forholdsvis snæver undtagelsesbestemmelse, som navnlig for de af udvidelsen omfattede sundhedspersoner sjældent kan forventes anvendt, finder regeringen det ubetænkeligt at udvide § 42 a, stk. 5.

Det bemærkes i den forbindelse, at akutberedskabet i dag er baseret på, at også andre end læger, fx ambulancebehandlere med særlig kompetence, skal kunne indhente elektroniske helbredsoplysninger om en patient, der, fx på grund af bevidstløshed, er ude af stand til at varetage sine interesser.

I forlængelse af forslaget om udvidelse af personkredsen i § 42 a, stk. 1, foreslås værdispringsreglen i sundhedslovens § 42 a, stk. 5, derfor ligeledes ændret således, at alle tandlæger samt jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere med særlig kompetence også sidestilles med læger og sygehusansatte tandlæger i forhold til mulighederne for at kunne indhente elektroniske helbredsoplysninger, hvis indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter, jf. lovforslagets § 1, nr. 5.

#### 2.1.5. Øvrige ændringer

##### 2.1.5.1. Indhentning med patientens samtykke

Efter § 42 a, stk. 6, kan læger og sygehusansatte tandlæger ved opslag i elektroniske systemer indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, uanset at dette ikke er fornødent i forbindelse med aktuel behandling af patienten eller til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre patienter, hvis blot patienten giver sit samtykke hertil.

Af forarbejderne til denne bestemmelse – lovforslag nr. L 50 FT 2005/2006 – fremgår det, at en indhentning efter denne bestemmelse skal være saglig og nødvendig, så indhentningen ligeledes opfylder persondatalovens regler herom.

Som eksempel på anvendelse af bestemmelsen kan nævnes en patient, som har behov for hjælp fra en sundhedsperson til at få forklaret og forstå tidligere optegnelser i patientens journal.

Det følger af § 42 b, at samtykke efter § 42 a, stk. 6, kan være mundtligt eller skriftligt og skal meddeles den sundhedsperson, som indhenter oplysningerne. Det er endvidere et krav, at samtykket indføres i patientjournalen.

##### 2.1.5.2. Overvejelser og forslag

Som en konsekvens af den foreslåede udvidelse af personkredsen i § 42 a, stk. 1, foreslås den kreds af personer, der efter

§ 42 a, stk. 6, har adgang til med patientens samtykke at foretage opslag i elektroniske systemer, ligeledes udvidet til den samme kreds af sundhedspersoner som er omfattet af § 42 a, stk. 1, jf. lovforslagets § 1, nr. 6.

### 2.1.6. Forholdet til persondataretten

Det fremgår af artikel 8, stk. 3, i persondatadirektivet, at en række nærmere angivne følsomme oplysninger, bl.a. oplysninger om helbredsmæssige forhold, må behandles, hvis behandlingen af oplysningerne er nødvendig med henblik på forebyggende medicin, medicinsk diagnose, sygepleje eller patientbehandling eller forvaltning af læge- og sundhedstjenester, og hvis behandlingen af disse oplysninger foretages af en erhvervsudøvende i sundhedssektoren, der i henhold til den nationale lovgivning eller til regler, der er fastsat af kompetente nationale organer, har tavshedspligt, eller af en anden person med tilsvarende tavshedspligt. Bestemmelsen i direktivets artikel 8, stk. 3, kræver ikke samtykke fra den registrerede (patienten). Bestemmelsen er implementeret med persondatalovens § 7, stk. 5.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder, at de foreslåede ændringer af sundhedsloven § 42 a er inden for rammerne af persondatadirektivets artikel 8, stk. 3. Det bemærkes hertil, at indhentning af oplysninger efter § 42 a, stk. 1-4, fortsat alene må finde sted, når det er nødvendigt i forbindelse med en aktuel behandling af patienten, og at behandlingen også efter den foreslåede udvidelse alene kan foretages af sundhedspersoner, som efter sundhedslovens regler er underlagt tavshedspligt. Indhentning af oplysninger efter værdispringsreglen i § 42 a, stk. 5, kan tilsvarende efter den foreslåede udvidelse fortsat alene foretages til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, som gør indhentningen nødvendig, og fortsat alene foretages af sundhedspersoner, der efter sundhedslovens regler er underlagt tavshedspligt. Betingelserne for indhentning af oplysninger efter værdispringsreglen er i øvrigt uændrede, og indhentningen vil således som hidtil kunne ske inden for rammerne af persondatadirektivets artikel 8, stk. 3. Formålet med indhentningen af oplysninger efter værdispringsreglen, jf. nærmere herom bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 5, ligger således fortsat inden for rammerne af persondatadirektivet, uanset at de oplysninger, der indhentes efter værdispringsreglen, kan vedrøre en anden patient end den, der behandles.

Indhentningen af oplysninger, der efter bestemmelserne alene må ske i fornødent omfang, ville endvidere kunne ske inden for rammerne af formålsbestemthedsprincippet i persondatalovens § 5, stk. 2, og persondatalovens §§ 6-8 og 11. Efter formålsbestemthedsprincippet i persondatalovens § 5, stk. 2, jf. persondatadirektivets artikel 6, stk. 1, litra b, skal indsamling af oplysninger ske til udtrykkeligt angivne og saglige formål, og senere behandling må ikke være uforenelig med disse formål.

## 2.2. Præcisering af retten til oplysning om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde

### 2.2.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 45, 1. pkt., kan en sundhedsperson videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, afdødes alment praktiserende læge og den læge, der havde afdøde i behandling, såfremt det ikke må antages at stride mod afdødes ønske og hensynet til afdøde, eller andre private interesser ikke taler afgørende herimod.

I forbindelse med en konkret sag, som Folketingets Ombudsmand har behandlet vedrørende fortolkningen af sundhedslovens § 45, tilkendegav Indenrigs- og Sundhedsministeriet over for ombudsmanden, at det efter ministeriets opfattelse ved sundhedslovens § 45 er forudsat, at bestemmelsen under de nævnte betingelser giver afdødes nærmeste pårørende en ret til indsigt i oplysninger om afdødes sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde. Ministeriet tilkendegav samtidig, at de nærmeste pårørendes ret til indsigt i sådanne oplysninger, efter ministeriets opfattelse modsvares af en pligt for vedkommende sundhedsperson til at give de omhandlede oplysninger. Folketingets Ombudsmand var enig med ministeriet i denne retsopfattelse.

Efter ministeriets opfattelse må det tilsvarende antages, at der efter sundhedslovens § 45 tilkommer afdødes alment praktiserende læge og den læge, der havde afdøde i behandling, en ret til under de nævnte betingelser at få indsigt i oplysninger om afdødes sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde.

Det følger af sundhedslovens § 40, stk. 1, at en patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. Sundhedspersoners tavshedspligt gælder fortsat efter patientens død, men det vil under de nævnte forudsætninger ofte være hensigtsmæssigt og velbegrunderet at informere de nærmeste efterladte pårørende, afdødes alment praktiserende læge og eventuelt den læge, der havde afdøde i behandling, om den afdøde patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde.

### 2.2.2. Overvejelser og lovforslag

I tilknytning til den konkrete sag hos Folketingets Ombudsmand tilkendegav Indenrigs- og Sundhedsministeriet over for Folketingets Ombudsmand, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet ville overveje at søge sundhedslovens § 45 præciseret. Regeringen finder det på baggrund af den konkrete sag ønskværdigt at præcisere bestemmelsen om sundhedspersoners pligt til at videregive oplysninger til de nærmeste efterladte pårørende, afdødes alment praktiserende læge og den læge, der havde afdøde i behandling, om den afdøde patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde, når der fremsættes anmodning herom.

Med lovforslaget præciseres det følgelig, at en sundhedsperson på anmodning af afdødes nærmeste pårørende har pligt til at videregive oplysning om den afdødes sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde, i det omfang det ikke må antages at

stride mod afdødes ønske og hensynet til afdøde, eller andre private interesser ikke taler derimod.

Med lovforslaget får sundhedspersonen en tilsvarende pligt til efter anmodning fra en afdød patients alment praktiserende læge og den læge, der havde afdøde i behandling, at videregive oplysning om den afdøde patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde. Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 7.

### 2.3. Krav til it-anvendelsen på private sygehuse m.v.

#### 2.3.1. Gældende ret

Sundhedslovens § 193 a blev vedtaget med lov nr. 431 af 8. maj 2007 om ændring af sundhedsloven, der trådte i kraft den 1. oktober 2007. Til grund for vedtagelsen lå lovforslag nr. 50 (senere nr. 50 B) fremsat af den daværende indenrigs- og sundhedsminister.

Efter denne bestemmelse kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte krav til it-anvendelsen i sundhedsvæsenet. Ministeren kan endvidere fastsætte bindende standarder for it-anvendelsen, herunder for elektroniske patientjournaler og krav til godkendelse af anvendelsen af standarder.

Ministeren har ved udmøntning af denne bemyndigelse mulighed for at fremme udviklingen og udbredelsen af elektroniske patientjournaler ved at understøtte en samlet udviklingsindsats, en fælles it-arkitektur og elektroniske patientjournalløsninger gennem centralt fastsatte krav og standarder. Ministeren har desuden adgang til at fastsætte regler vedr. etablering af godkendelses- og styringsredskaber således, at it-projekter, der er relateret til udviklingen af den elektroniske patientjournal, skal godkendes eksempelvis i form af en certificering.

Endvidere kan ministeren efter § 193 a, stk. 2, fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker m.v., der leverer ydelser efter denne lov, skal leve op til krav fastsat i medfør af § 193 a, stk. 1.

Ministeren har endnu ikke benyttet disse bemyndigelser til at fastsætte nærmere regler.

Ydelser på private sygehuse og klinikker m.v., der leveres i henhold til sundhedsloven, omfatter ydelser, der tilbydes og finansieres af regionerne eller kommunerne efter lovens regler. Det gælder fx patientbehandling på privathospitaler og klinikker m.v. med aftaler med regionerne efter den udvidede fritvalgsordning, jf. sundhedslovens § 87 samt patientbehandling på et privathospital med en udliciteringsaftale med en region, jf. sundhedslovens § 76, stk. 2.

Hjemlen til at fastsætte regler efter § 193 a, stk. 2, omfatter derimod ikke private sygehuse, i det omfang de leverer ydelser, der *ikke* er omfattet af sundhedsloven, det vil sige sundhedsydelser, herunder udredning, behandling og efterbehandling, der er privatfinansieret.

#### 2.3.2. Overvejelser

Elektroniske journaloplysninger kan give sundhedspersonalet mulighed for hurtig vidensdeling, som kan være nødvendig for at sikre patienten et sammenhængende behandlingsforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed.

Privathospitalers private patienter får indimellem behov for opfølgende behandling, herunder reoperation på et offent-

ligt sygehus. Det vil derfor af hensyn til patienterne være hensigtsmæssigt, at sundhedspersonalet hurtigt og teknisk enkelt kan tilgå elektroniske journaloplysninger om patientens behandling på det private sygehus.

#### 2.3.3. Lovforslag

Det foreslås med lovforslaget til § 1, nr. 8, at videreføre reglen i sundhedslovens § 193 a, stk. 1, med en sproglig tilpasning. Efter forslaget stk. 1, vil indenrigs- og sundhedsministeren - lige som efter den gældende bestemmelse - kunne fastsætte krav til it-anvendelsen på sundhedsområdet i almindelighed, herunder krav til elektroniske patientjournaler og krav til anvendelsen af standarder. Indenrigs- og sundhedsministeren vil desuden efter forslaget stk. 2, som noget nyt kunne fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker m.v. skal leve op til krav fastsat i medfør af stk. 1, også når de leverer ydelser, som *ikke* leveres efter sundhedsloven. Det vil sige ydelser, der er privatfinansierede.

Indenrigs- og sundhedsministeren vil med en sådan hjemmel kunne stille krav til it-anvendelsen på private sygehuse og klinikker, med henblik på at øge og lette tilgængeligheden af elektroniske journaloplysninger om deres behandling af privatpatienter for sundhedspersonalet på offentlige sygehuse m.v. Hjemlen berører ikke sundhedspersoners adgang til videregivelse af helbredsoplysninger, der er reguleret sundhedslovens kapitel 9.

Da læger på private sygehuse og klinikker m.v. i forvejen er pålagt samme journalføringspligt som læger på offentlige sygehuse, vil de private sygehuse, klinikker m.v. ikke med en udmøntning af denne hjemmel blive pålagt en yderligere byrde med hensyn til journalisering.

Der vil, ved en udmøntning af hjemlen, fx til fastsættelse af standarder for elektroniske journaler m.v., blive fastlagt rimelige overgangsordninger i dialog med privathospitalernes brancheorganisation.

### 2.4. Kommunal og regional adgang til personoplysninger i offentlige registre til brug for tilrettelæggelse og planlægning af indsatsen på sundhedsområdet

#### 2.4.1. Gældende ret

Det er fastlagt i sundhedslovens § 203 og § 204, at regionsråd og kommunalbestyrelserne i regionen skal samarbejde, herunder i sundhedskoordinationsudvalg, om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår i den forbindelse aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet, jf. sundhedsloven § 205. Formålet er bl.a. at tilbyde patienterne sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed.

Der er ikke i den gældende lovgivning fastsat en særlig adgang for kommunerne til at få oplysninger fra offentlige registre på personniveau om de sundhedsydelser, som borgerne modtager i andre kommuner og på regionernes sygehuse, fx udredning, behandling og efterbehandling, herunder specialiseret genoptræning.

Der er heller ikke i den gældende lovgivning fastsat en særlig adgang for regionerne til at få oplysninger fra offentlige registre på personniveau om de sundhedsydelse, borgere modtager af andre regioner og af kommunerne, fx forebyggende ydelser, fysioterapi, genoptræning, hjemmepleje, hjemmesygepleje, alkoholbehandling og stofmisbrugsbehandling.

#### 2.4.2. Overvejelser

For at kunne imødekomme patienternes forventninger til sammenhængende behandlingsforløb og høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed på tværs af sektorer er det nødvendigt, at kommunerne og regionerne i højere grad deler deres viden om borgernes modtagelse af sundhedsydelser, så de kan optimere deres tilrettelæggelse og planlægning af deres sundhedsindsatser og skabe øget sammenhæng mellem det regionale sundhedsvæsen og de kommunale sundheds- og plejeopgaver. Det kan ske ved at give kommunerne og regionerne adgang til data om borgernes modtagelse af sundhedsydelser, så de kan forbedre deres statistik-, evaluering- og analysegrundlag.

Efter sundhedsloven skal regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. I den forbindelse skal de indgå sundhedsaftaler på en række nærmere bestemte områder, og den fælles sundhedsindsats skal koordineres i sundhedskoordinationsudvalgene. Samarbejdet skal bl.a. understøtte sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed. Hertil kommer, at kommunerne skal medfinansiere en væsentlig del af borgernes behandling i det regionale sundhedsvæsen.

Med etableringen af eSundhed er en væsentlig del af kommunernes og regionernes behov for data imødekommet. Ved at tage næste skridt og tillade gensidig og indbyrdes adgang til persondata om hinandens sundhedsydelser til borgerne vil regionerne og kommunerne få et styrket grundlag for at tilrettelægge og planlægge en sammenhængende sundhedsindsats og højne behandlingskvalitet og patientsikkerhed på tværs af sektorer til gavn for patienterne. De centrale sundhedsmyndigheder formidler bl.a. kvalitetsdata gennem Sundhedskvalitet.dk. Ved udbygningen af Sundhedskvalitet.dk vil kommuner og regioner kunne få adgang til flere kvalitetsoplysninger til brug for statistik, evaluering og analyse som grundlag for sundheds-planlægning og kvalitetsopfølgning.

Statistisk analyse og evaluering af eksisterende kommunale og regionale indsats på sundhedsområdet og resultaterne heraf er væsentlige for effekten og målretningen af kommuners og regioners planlægning og organisering af indsatserne.

En udvidelse af adgangen til persondata kan fjerne eksisterende begrænsninger for på et solidt statistisk grundlag at tilrettelægge og planlægge sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed ved at give optimerede muligheder for at tilrettelægge, synliggøre og justere arbejdsfordelingen mellem regionerne og kommunerne.

Ved at give adgang til relevante persondata regioner og kommuner imellem sikres bedre mulighed for vidensdeling

om patientgruppernes bevægelse mellem sektorer, fx i forbindelse med kommunale forebyggelsestiltag, sygehusindlæggelser og efterbehandling. Det kan understøtte initiativer til at skabe større sammenhæng i patientforløbene og fremme en bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet. Patienterne vil dermed kunne opnå bedre og mere målrettede sundhedstilbud og mere sundhed for pengene.

#### 2.4.3. Dataadgang

De centrale sundhedsmyndigheder har forskellige datakanaler til vidensdeling, fx formidlingsplatformen eSundhed til indsamling, bearbejdning og formidling af oplysninger på sundhedsområdet, der indeholder oplysninger fra Landspatientregisteret, EOJ (kommunale omsorgsjournaler) og GES (Genoptræning Efter Sundhedsloven) m.m.

Der er tale om dataadgange, der bl.a. skal understøtte kommunernes og regionernes muligheder for at tilrettelægge og planlægge sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed gennem udarbejdelse af statistik, analyse og evaluering af deres sundhedsindsatser.

For patientgrupper med mange genindlæggelser har kommunerne og regionerne imidlertid i dag kun begrænsede muligheder for i fællesskab at undersøge, hvor behandlingen eller den opfølgende indsats eventuelt er slået fejl og dermed rette op på det. Tilsvarende er det med de nuværende dataadgange vanskeligt at belyse, hvorfor indlæggelser af patienter med lidelser, der kunne være undgået med den rette kommunale indsats, ikke blev forebygget i tide og ligeledes rette op på det. Det gælder fx i forhold til ældre medicinske patienter, som indlægges med dehydrering eller blærebetændelse.

##### 2.4.3.1. Kommunernes dataadgang via eSundhed

Med kommunalreformen er kommunernes rolle på sundhedsområdet øget bl.a. med ansvaret for forebyggelse og genoptræning samt medfinansiering af regionale sygehusydelser.

Siden finansieringsreformen på sundhedsområdet trådte i kraft den 1. januar 2007 viderefremmes bl.a. opgørelserne af den kommunale (med)finansiering samt den bagvedliggende aktivitet via eSundhed.

eSundhed stiller informationer på ikke-personniveau til rådighed for kommunerne om den aktivitet på sygehuse m.v., der ligger til grund for de månedlige kommunale betalinger af medfinansiering af sygehusbehandling. Kommunerne bruger bl.a. denne information som grundlag for dialogen med regionerne om sundhedssamarbejdet og til at kvalificere den kommunale sundhedsindsats.

eSundhed indeholder også et delsystem, som giver mulighed for, at kommunerne uden at se personoplysninger kan afgrænse, koble og behandle data for efterfølgende at udtrække disse på et aggregeret niveau (ikke-personniveau) til brug for planlægning og analyse i kommunen. Herudover tillader systemet populationsafgrænsninger. Således kan der eksempelvis isoleres udvalgte befolkningsgrupper af interesse for og defineret af kommunen.

Hele databearbejdningen og lagringen foregår hos de centrale sundhedsmyndigheder inden for rammerne af eSundhed.

Kommunerne kan herefter via systemet hente aggregerede resultater - men ikke resultater på personniveau.

Kommunerne har endvidere adgang via eSundhed til oplysninger om regionale sundhedsydelse på personniveau på de områder, fx genoptræningsområdet, hvor kommunerne finansierer sundhedsydelserne fuldt ud.

eSundhed og de andre centrale oplysningskilder løser imidlertid ikke alle kommunale behov for data.

Kommunernes manglende adgang til data om sygehus-kontakter på personniveau betyder, at det ikke er muligt for kommunerne at binde disse kontakter sammen i patientforløb fx på tværs af sektorer - sygehus- og praksissektor, kommunal sektor m.v. Det begrænser kommunerne i deres arbejde med at udarbejde analyser og evalueringer på baggrund af statistik m.v., som kan etablere et bedre grundlag for at skabe sammenhæng mellem opgaverne i det regionale sundhedsvæsen og de kommunale sundheds- og plejeopgaver og dermed også sammenhængende patientforløb.

Opgørelser over den kommunale indsats på sundhedsområdet har eksempelvis vist, at der mellem kommunerne findes relativt store variationer mht. borgernes ventetid på genoptræning efter indlæggelse på sygehus. For kommuner, som ønsker at sikre deres borgere bedre og mere sammenhængende patientforløb, vil det være hensigtsmæssigt at kunne følge patienters vej i hele sundhedssystemet, for herved at kunne afdække, hvor der er u hensigtsmæssigheder (organisatoriske eller behandlingsmæssige), som kan forklare forsinkelserne i forhold til opstart af genoptræningsforløb. Et sådan overblik og mulighed for nærmere analyse og opfølgning vil kræve, at kommunerne har adgang til persondata om bl.a. sygehus-kontakter på personniveau.

Kommunernes begrænsede analysemuligheder betyder, at der fx ikke i dag er mulighed for at supplere persondata i eSundhed om indlæggelser, der kan forebygges (forebyggelige indlæggelser), som fald, lungebetændelse og blærebetændelse med kommunale data om hjemmesygepleje eller andre kommunale indsatser, som ikke indgår i eSundhed. Herved begrænses kommunernes muligheder for at tilrettelægge den bedst mulige forebyggende og (kvalitets-) opfølgende indsats over for patienterne.

Kommunerne kan i dag se, om der er sket en ændring i deres borgeres forbrug af regionale sundhedsydelser i forbindelse med en særlig kommunal indsats, fx på genoptræningsområdet. Imidlertid kan kommunerne ikke fra eSundhed trække data ud om regionale sundhedsydelser på personniveau og derefter sammenholde dem med kommunale persondata. De kan derfor ikke se, om ændringen skyldes, at forbruget er faldet markant for enkelte personer, mens det har været uændret for de øvrige personer i målgruppen. Hermed begrænses kommunernes muligheder for at evaluere effekten af kommunale sundhedsindsatser og sætte ind, hvor borgerne får mest gavn af det.

Det er regeringens opfattelse, at kommunerne ved at få adgang til persondata fra offentlige registre om sundhedsydelser borgere har modtaget af regioner, herunder i praksissektoren og i sygehusvæsenet, og af andre kommuner, vil kunne opnå et optimeret grundlag for statistik, herunder analyse og evaluering af deres sundhedsindsatser m.v. og dermed for tilret-

telæggelse og planlægning af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, hjemmesygepleje, genoptræning samt alkohol- og stofmisbrugsbehandling m.v., som finder sted i samspil mellem sektorerne - og dermed understøtte sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed.

For kommunerne kan den gensidige dataudveksling på personniveau bl.a. anvendes til på et statistisk grundlag at sammenligne, hvilke forebyggelsesinitiativer der har den bedste effekt i forhold til borgernes sygehusforbrug. Tilsvarende kan effekterne af den kommunale efterbehandling i form af genoptræning m.v. sammenlignes, hvorved de bedste eksempler til efterfølgelse kan udtrages.

Sådanne sammenlignende analyser kan understøtte identifikationen af metoder til nedbringelse af forebyggelige indlæggelser for borgere uden kontakt til kommunerne, beboergrupper på plejehjem eller modtagere af hjemmepleje. Det gælder i indsatsen for både medicinske og kroniske patienter, og kan kun udføres i kommuner og regioner med den udvidede adgang til persondata.

Den udvidede adgang og den gensidige dataudveksling på personniveau giver eksempelvis også et bedre grundlag for en effektiv opfølgning på effekten af en indsats på de kommunale områder, der grænser op til sundhedsområdet, herunder social- og beskæftigelsesområdet. Når der identificeres forskelle mellem kommunerne, skal det kunne vurderes, om effekterne er reelle, eller om de eksempelvis kan forklares gennem en uensartet køns- og alderssammensætning i befolkningsgrupperne. Det kræver detaljeret kendskab til grunddata på personniveau.

Den udvidede dataadgang vil således komme patienterne til gode bl.a. i form af en mere målrettet forebyggelse af forebyggelige sygehusindlæggelser og mere sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sektorer for patienter, som både har brug for kommunale og regionale sundhedsydelser, som fx patienter med kroniske lidelser, herunder diabetes og KOL-patienter.

Et eksempel kunne være sammenlignelige kommunale institutioner, som viser sig at have forskellig succes i forhold til forebyggelse af indlæggelser blandt psykisk syge beboere. Ved at foretage datasammenligninger på personniveau vil det kunne belyses, hvorvidt de beboere, som indlægges, deler særlige sygdomsmæssige karakteristika, eller om der synes at være organisatoriske eller planlægningsmæssige forhold, der kan være med til at forklare indlæggelserne.

#### *2.4.3.2. Regionernes dataadgang via eSundhed og adgang til kommunale data*

Regionerne har via eSundhed adgang til at se data på personniveau om forbruget af regionale sundhedsydelser. Kommunale data på eSundhed har regionerne mulighed for at se på ikke-personniveau.

De enkelte kommuner har oprettet kommunale omsorgsjournaler (EOJ), der er registre, som indeholder oplysninger om kommunal indsats på sundhedsområdet, herunder om hjemmehjælp. Hvis regionerne i deres planlægning og tilrettelæggelse af den regionale sundhedsindsats ønsker at anvende omsorgsdata fra de kommunale omsorgsjournaler, skal de

indhente tilladelse fra de pågældende kommuner, og kan i givet fald modtage data på ikke-personniveau.

Regionerne har ikke i dag adgang til persondata om den kommunale aktivitet på sundhedsområdet og er derfor afskåret fra at koble kommunale data, herunder på personniveau, om fx genoptræning, hjemmehjælp og hjemmesygepleje, med regionale data om sygehusbehandling. Herved begrænses deres muligheder for bl.a. at foretage statistikbaserede analyser af sammenhængen i patientbehandlingen på tværs af sektorerne med henblik på at forbedre den ved at finde frem til, hvilken fælles indsats der samlet set giver den bedste effekt.

Eksempelvis har regionerne ikke adgang til oplysninger om, i hvilket omfang det kommunale genoptræningsforløb er i overensstemmelse med genoptræningsplaner, som er udarbejdet af regionen i forbindelse med udskrivninger fra sygehus. Regionerne har dermed ingen mulighed for at undersøge, om nogle patienter »tabes« efter sygehusudskrivning i forhold til at modtage genoptræning, og de kan derfor ikke i fuldt omfang bidrage til forebyggelsen heraf.

I forhold til kronikerindsatsen, fx i forhold til diabetes- og KOL-patienter, har regionerne ikke adgang til oplysninger om kommunernes tilbud, herunder på personniveau, og derfor har regionerne kun begrænsede muligheder for via statistikbaserede analyser og evalueringer at målrette den regionale indsats, så de kan tage over, hvor kommunens indsats ophører, og forebygge forebyggelige indlæggelser.

Det er regeringens opfattelse, at regionerne med en udvidet adgang til kommunale og regionale data, herunder kommunernes ældreomsorgsdata på personniveau om sundhedsydelser, som borgerne modtager - gennem statistikbaserede evalueringer og analyser - mere målrettet vil kunne tilrettelægge og planlægge både udredning, patientbehandling og efterbehandling, herunder genoptræning, som finder sted i samspil mellem sektorerne, og dermed understøtte sammenhængende patientforløb, høj behandlingskvalitet og patientsikkerhed.

Dette gælder eksempelvis i forhold til den ældre medicinske patient og kronikeren, herunder diabetes- og KOL-patienter og patienter, hvis genindlæggelser kan forebygges.

Regionerne vil fx bedre kunne analysere, hvordan sammenhængende patientforløb fungerer i praksis og undersøge, hvad årsagen er, hvis systemet svigter. Oplysninger herom vil kunne indgå i en dialog med kommunen om omfang og kvalitet af forebyggelses- og sundhedsydelserne med henblik tilpasninger i opgavedelingen kommuner og regioner imellem.

Samtidig bliver der bedre mulighed for regionerne til at sammenligne den behandling, andre regioner tilbyder, med egne tilbud og dermed lære af de gode eksempler. Den gensidige dataudveksling kan fx give den enkelte region mulighed for at analysere, hvorfor andre regioner kan levere et højere aktivitetsniveau for de samme penge, hvorfor der er forskelle i antal genindlæggelser, og hvorfor der er forskelle i behandlingspraksis og de tilsvarende resultater. Dette kan føre til en tilpasning af sundhedsindsatsen til gavn for borgerne.

#### 2.4.4. Lovforslag

Regeringen foreslår på denne baggrund med forslaget til § 197, at kommunalbestyrelserne til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den kommunale indsats på sundhedsområdet efter regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren kan indhente og behandle oplysninger fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelser.

Det foreslås også, at regionsrådene til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den regionale indsats på sundhedsområdet efter regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren får en tilsvarende adgang til at indhente og behandle oplysninger fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelser.

Det foreslås endvidere, at indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om, hvilke registre og personoplysninger kommunalbestyrelserne og regionsrådene kan få adgang til efter forslagens stk. 1 og 2, samt om behandlingen af disse oplysninger.

Med de foreslåede bestemmelser i sundhedslovens § 197 får en region eller en kommune adgang til med henblik på statistiske undersøgelser til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den regionale henholdsvis kommunale indsats på sundhedsområdet at indhente og behandle oplysninger på personniveau (cpr-niveau) fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelser. Det gælder såvel oplysninger om regionens henholdsvis kommunens egne borgere som oplysninger om borgere i andre regioner henholdsvis kommuner. Og det gælder oplysninger om såvel aktuelle som historiske patientforløb. Dette er nyt i forhold til i dag, hvor en region eller en kommune alene må modtage oplysninger i aggregeret form fra de pågældende registre.

Efter ministeriets vurdering er der et behov for, at en region eller en kommune til brug for sin sundhedsindsats ikke blot som i dag har adgang til at modtage oplysninger i aggregeret form, men tillige har adgang til at modtage oplysningerne på personniveau.

Med en udvidet adgang til persondata fra disse datakilder om hinandens sundhedsydelser vil kommuner og regioner kunne opnå et bedre statistik-, analyse- og evalueringgrundlag bl.a. til at afdække, om der inden for en nærmere defineret patientgruppe har været sammenhæng i de enkelte patienters behandlingsforløb på tværs af sektorer, herunder hvilke sundhedsydelser de enkelte patienter har modtaget af henholdsvis kommunen og i sygehusvæsenet og omfanget, kvaliteten og patienternes udbytte heraf. Ved at afdække og sammenligne de individuelle behandlingsforløb inden for denne gruppe, hvilket forudsætter adgang til persondata, kan det fx vise sig, at nogle patienter klarer sig bedre end andre og har opnået bedre behandlingsresultater. Dette kan sammenholdes med, hvilke ydelser og omfang og kvalitet af ydelser disse patienter har fået henholdsvis af kommunen og sygehusvæsenet. Med en sådan afdækning af, hvorfor nogle patienter klarer sig bedre end andre i gruppen, kan det mere entydigt og præcist afgøres, om og hvor der i givet fald er behov for at ændre på sundhedstilbuddet i forhold til denne patientgruppe. Dermed er der skabt et forbedret grundlag for kommunens henholdsvis regionens tilpasning af sundhedsydelserne i forbindelse med tilrettelæggelse og planlægningen af deres sundhedsindsats.

Med en udvidet adgang til persondata vil kommunerne og regionerne også via disse datakilder på et statistisk grundlag kunne sammenligne, hvordan deres sundhedsindsats i forhold til en nærmere defineret gruppe af egne borgere virker sammenlignet med andre kommuners henholdsvis regioners sundhedsindsats i forhold til deres borgere (efter en tilsvarende gruppering). Sådan benchmarking kan danne grundlag for en tilpasning af sundhedsindsatsen til gavn for borgerne.

Den adgang, en region eller en kommune får efter bestemmelsen til at indhente og behandle oplysninger, er alene til det formål, der er angivet i bestemmelsen, dvs. til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den regionale henholdsvis kommunale indsats på sundhedsområdet. Dette skal i overensstemmelse med persondatalovens § 10 forstås således, at de oplysninger på personniveau, der indhentes i medfør af bestemmelsen, alene kan behandles med henblik på statistiske undersøgelser, hvis aggregerede ikke-personhenførbare resultater, herunder evalueringer og analyser, herefter kan anvendes til brug for den generelle tilrettelæggelse og planlægning af den regionale henholdsvis kommunale sundhedsindsats. De i medfør af bestemmelsen indsamlede personoplysninger hos kommunerne og regionerne må således *udelukkende* anvendes i statistisk øjemed. Dette indebærer, at regionen eller kommunen alene kan anvende aggregerede ikke-personhenførbare oplysninger til planlægningsformål, og at regionen eller kommunen må tilrettelægge sin organisering af opgaven således, at kun personer, der skal anvende de nævnte personoplysninger med henblik på statistiske undersøgelser, får kendskab til oplysningerne i ikke-aggregeret form. Behandlingen af oplysningerne – ud over at denne må begrænses til kun de personer, der skal anvende de nævnte personoplysninger med henblik på statistiske undersøgelser – bør også ske på en måde, der i it-teknisk henseende er adskilt fra kommunernes og regionernes almindelige administrative sagsbehandling.

Af samme grund må indhentede registerdata ikke benyttes af kommunen til en systematisk regningskontrol af udgifterne til kommunal medfinansiering af sygehusbehandling, idet dette i øvrigt også ville indebære dobbeltarbejde. Det er således en regional opgave at sørge for, at de registreringer, som ligger til grund for opgørelserne af den aktivitetsbestemte medfinansiering, er korrekte.

De indhentede oplysninger på personniveau, der indhentes i medfør af bestemmelsen, må endvidere ikke benyttes i forbindelse med konkret sagsbehandling i forhold til en borger eller konkret behandling af en patient og heller ikke til vurdering af eller opfølgning af enkeltpersoners forbrug af sundhedsydelser.

Bestemmelsen giver ikke regionen eller kommunen ret til at indhente oplysningerne ved selv at foretage søgning i de nævnte offentlige registre. Det er den dataansvarlige myndighed for det register, oplysningerne ønskes indhentet fra, der skal tage stilling til, om regionen eller kommunen må indhente de pågældende oplysninger. I den forbindelse må den dataansvarlige myndighed tage stilling til, om det til brug for regionens eller kommunens generelle planlægning af sin sundhedsindsats er nødvendigt for regionen eller kommunen at modtage de pågældende oplysninger på personniveau, eller

om det vil være tilstrækkeligt alene at udlevere de pågældende oplysninger i aggregeret form, jf. herved proportionalitetsprincippet i persondatalovens § 5, stk. 3. Regionen eller kommunen skal derfor over for den dataansvarlige myndighed begrunde, hvorfor det er nødvendigt at modtage de pågældende oplysninger på personniveau.

Når kommunalbestyrelserne og regionsrådene indhenter personoplysninger i registrene i medfør af bestemmelsen, er de ansvarlige for, at oplysningerne i øvrigt behandles inden for rammerne af persondataloven.

Den udvidede adgang til personoplysninger vil i vid udstrækning kunne gives ved en mindre tilpasning af de systemer, der allerede anvendes af kommunerne og regionerne i eSundhed. Kommuner og regioner kan desuden efter aftale med de centrale sundhedsmyndigheder modtage andre relevante data fra bl.a. Landspatientregisteret.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne vedrørende iagttagelse af reglerne i persondataloven i afsnit 2.1.3.2. og afsnit 2.1.6.

### 3. Økonomiske konsekvenser for det offentlige

Forslaget om udvidelse af adgangen til indhentning af såvel historiske som aktuelle, elektroniske helbredsoplysninger for flere grupper af sundhedspersoner medfører ingen merudgifter for det offentlige.

Den foreslåede udvidelse af kommunernes og regionernes adgang til persondata fra offentlige registre er et tilbud, som kommunerne og regionerne selv kan vælge, om de vil anvende.

Kommunernes indhentning af oplysninger kan styres inden for de eksisterende systemer på eSundhed og ske ved en mindre tilpasning til de systemer, der allerede anvendes af kommunerne. De udgifter, der vil være forbundet med at vælge at benytte adgangen til personoplysningsdata, vil derfor være begrænset til anskaffelse af øget diskplads til formidlingen gennem eSundhed. Det forudsætter, at kommunerne har en server til modtagelse af data via Sundhedsdatanettet.

Regionernes indhentning af personoplysninger fra kommunale sundhedsregistre kan også ske ved en mindre tilpasning til de systemer, der allerede anvendes af regionerne. De udgifter, der vil være forbundet med den udvidede adgang til personoplysningsdata, vil derfor ligeledes være begrænset til anskaffelse af øget diskplads til formidlingen gennem eSundhed. Det forudsætter, at regionerne har en server til modtagelse af data via Sundhedsdatanettet.

Den praktiske implementering af den kommunale og regionale adgang til relevante personoplysninger i offentlige registre vil i første omgang ske gennem en adgang til oplysninger, der i forvejen findes hos de centrale sundhedsmyndigheder. Formidlingen vil ske gennem eSundhed og vil derfor stort set være udgiftsneutral for staten. I det omfang, der måtte opstå eventuelle mindre merudgifter for staten, vil de blive afholdt inden for Indenrigs- og Sundhedsministeriets ramme.

Samlet set vil lovforslaget ikke medføre merudgifter for staten, regionerne og kommunerne.

#### 4. Administrative konsekvenser for det offentlige

Forslaget om udvidelse af adgangen til indhentning af såvel historiske som aktuelle, elektroniske helbredsoplysninger for flere grupper af sundhedspersoner imødekommer et behov i det offentlige sundhedsvæsen.

Kommuner og regioner, der vælger at benytte den foreslåede adgang til offentlige registre til statistik, evalueringer og analyser, vil kunne optimere tilrettelæggelse og planlægning, af deres indsatser på sundhedsområdet.

Lovforslaget har ikke herudover administrative konsekvenser for det offentlige.

#### 5. Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet

Der vil ved en senere udmøntning af hjemlen i lovforslagets § 193 a, stk. 2, herunder til fastsættelse af standarder for elektroniske journaler blive fastlagt rimelige overgangsordninger i dialog med privathospitalernes brancheorganisation.

Lovforslaget har ikke herudover økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.

#### 6. Administrative konsekvenser for erhvervslivet

Lovforslaget har ikke administrative konsekvenser for erhvervslivet.

#### 7. Administrative konsekvenser for borgerne

Forslaget har ikke administrative konsekvenser for borgerne.

#### 8. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ikke miljømæssige konsekvenser.

#### 9. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

#### 10. Høring

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

Danske Regioner,  
Regionernes Lønnings- og Takstnævn,  
KL,  
Dansk Sygeplejeråd,  
Den Almindelige Danske Lægeforening,  
Praktiserende Lægers Organisation,  
Dansk Psykiatrisk Selskab,  
Børne- og Ungdoms Psykiatrisk Selskab,  
FOA,  
Farmakonomforeningen,  
Dansk Farmaceutforening,  
Tandlægeforeningen,  
Jordemoderforeningen,  
Tandlægenes Nye Landsforening,

Center for Små Handicapgrupper,  
Danske Handicaporganisationer,  
Danske Patienter,  
Dansk Handicapforbund,  
Dansk Selskab for Patientsikkerhed,  
Det Centrale Handicapråd,  
Forbrugerrådet,  
Hjerteforeningen,  
Hospice Forum Danmark,  
Kræftens Bekæmpelse,  
Patientforeningen i Danmark,  
Scleroseforeningen,  
ÆldreForum,  
Ældremobiliseringen,  
Ældresagen,  
Brancheorganisationen for Privathospitaler og Klinikker,  
Dansk IT - Råd for IT- og persondatasikkerhed,  
Danmarks Apotekerforening,  
Sankt Lukas Hospice,  
Diakonissestiftelsens Hospice,  
Sct. Maria Hospice Center,  
Rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge  
OASIS, RCT-Jylland og RCT i København,  
Epilepsihospitalet i Dianalund,  
Sclerosecentre i Haslev og Ry,  
PTU's Rehabiliteringscenter,  
Center for sundhed og træning i Middelfart,  
Center for sundhed og træning i Århus,  
Center for sundhed og træning i Skælskør,  
Rehabiliteringscenter for Muskelsvind,  
Vejle fjord,  
Center for Hjerneskade,  
KamillianerGaardens Hospice,  
Hospice Fyn,  
Arresødal Hospice,  
Hospice Sjælland,  
Hospice Sønderjylland,  
Anker Fjord Hospice,  
Hospice Limfjord,  
Hospice Sydvestjylland,  
Hospice Vendsyssel,  
Hospice Djursland,  
Kong Chr. X's Gighospital i Gråsten,  
Datatilsynet,  
Den Centrale Videnskabsetiske Komité,  
Etisk Råd,  
Institut for Menneskerettigheder,  
Rigsrevisionen,  
Grønlands Selvstyre og  
Rigsombuddet på Færøerne.

#### 11. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/ mindreudgifter	Negative konsekvenser/ merudgifter
Økonomiske konsekvenser for det offentlige	Ingen	Ingen



Administrative konsekvenser for det offentlige	Administrativ lettelse ved adgang for flere grupper af sundhedspersoner til at indhente elektroniske helbredsoplysninger. Kommunalbestyrelser og regionsråd opnår et styrket planlægningsgrundlag for deres sundhedsindsats.	Ingen
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter	

### Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

#### § 1

Til nr. 1 (§ 42 a, stk. 1, 1. pkt.)

Om baggrunden for den foreslåede ændring henvises til lovforslagets almindelige bemærkninger.

Med den foreslåede ændring udvides den kreds af sundhedspersoner, som i fornødent omfang kan indhente en patients historiske og aktuelle, elektroniske helbredsoplysninger, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten. Bestemmelsen udvides således til ud over læger og sygehusansatte tandlæger at omfatte alle tandlæger samt jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere med særlig kompetence. Med udvidelsen får de pågældende sundhedspersoner således adgang til også at indhente en patients historiske helbredsoplysninger m.v., herunder historiske helbredsoplysninger m.v. som er registreret inden lovens ikrafttræden.

Efter gældende ret har muligheden for de nævnte grupper af sundhedspersoner med undtagelse af læger og sygehusansatte tandlæger til at indhente elektroniske helbredsoplysninger som nærmere beskrevet under de almindelige bemærkninger været begrænset til aktuelle helbredsoplysninger, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, om patientens behandling. Endvidere må disse sundhedspersoners opslag alene foretages i elektroniske systemer, hvori adgangen for den pågældende sundhedsperson teknisk er begrænset til patienter i behandling på samme behandlingsenhed, som den pågældende sundhedsperson er tilknyttet.

En i princippet hertil svarende bestemmelse findes allerede i sundhedslovens § 157, stk. 3, vedrørende adgang til at indhente oplysninger fra den elektroniske medicinprofil. Denne bestemmelse blev indføjet i sundhedsloven ved lov nr. 534 af 26. maj 2010 (lovforslag nr. L 129 af 12. februar 2010). Ud over læger er der mellem de grupper, der med lovændringen fik adgang til den elektroniske medicinprofil, og de grupper, som med det foreliggende lovforslag foreslås tillagt lignende adgang i forhold til indhentning af elektroniske helbredsoplysninger, fuldt sammenfald for så vidt angår tandlæger, jor-

demødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Det følger dermed også, at de grupper af sundhedspersoner, som nu foreslås omfattet af § 42 a, stk. 1, bliver underlagt de samme betingelser som læger. Det følger af bestemmelsen, at der alene må foretages opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang, og kun når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten. Det skal herved understreges, at disse betingelser skal ses i sammenhæng med den behandling, som den pågældende sundhedsperson forestår. Det vil eksempelvis være i overensstemmelse med den foreslåede bestemmelse, når en jordemoder, som skal forestå en fødsel, indhenter oplysninger om den pågældende patients helbredsproblemer i forbindelse med en tidligere fødsel, såfremt det er nødvendigt i forhold til den aktuelle situation. Derimod vil det – medmindre konkrete omstændigheder tilsiger det – ikke være tilladt for samme jordemoder at indhente oplysninger om, at patienten fx har været i behandling for knæproblemer eller i alkoholafvænningsbehandling, der ikke har tidsmæssig sammenhæng med den aktuelle graviditet.

Det skal endelig bemærkes, at der ikke med den foreslåede bestemmelse ændres ved sundhedspersonernes mulighed for at benytte teknisk bistand i forbindelse med indhentning af elektroniske helbredsoplysninger, jf. lovens § 42 a, stk. 9, ligesom ledelsen på et behandlingssted fortsat kan give tilladelse til, at enkelte eller grupper af sundhedspersoner, der er ansat på det pågældende behandlingssted, kan foretage opslag efter § 42 a, stk. 1, med henblik på at kunne varetage de funktioner og opgaver, vedkommende er beskæftiget med, jf. § 42 a, stk. 4. Den foreslåede ændring af § 42 a, stk. 1, berører i øvrigt ikke i denne sammenhæng den adgang, der er i dag, til at benytte medhjælp.

Til nr. 2 (§ 42 a, stk. 1, 2. pkt.)

Det foreslås, at der som nyt 2. punktum i sundhedslovens § 42 a, stk. 1, gives indenrigs- og sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om, at andre sundhedspersoner, der som led i deres virksomhed deltager i patientbehandling, kan indhente oplysninger efter reglerne i 1. punktum. Baggrunden for bestemmelsen er at sikre, at indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter altid kan foretages på et

aktuelt, opdateret og lovligt grundlag, hvor der viser sig et reelt behov.

En tilsvarende bemyndigelse findes allerede i sundhedslovens § 157, stk. 5, vedrørende adgang til at indhente oplysninger fra den elektroniske medicinprofil. Adgangen hertil blev indføjet i sundhedsloven ved lov nr. 534 af 26. maj 2010 (lovforslag nr. L 129 af 12. februar 2010). Der gælder dog en generel slettefrist på to år for oplysninger i Medicinprofilen.

Med bestemmelsen etableres mulighed for, at der inden for rammerne af persondataloven kan fastsættes nærmere regler om, at andre relevante personer end de grupper, der med forslaget omfattes af sundhedslovens § 42 a, stk. 1, under nærmere af indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte betingelser, og når det er nødvendigt af hensyn til behandlingen, i fornødent omfang kan få adgang til patientens aktuelle og historiske helbredsoplysninger, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, som er registreret i et elektronisk system.

Bemyndigelsen omhandler kun personer, som er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar, jf. sundhedslovens § 6, og som deltager i behandling efter lovens § 5, det vil sige undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Bemyndigelsen vil således kunne blive udmøntet i forhold til eksempelvis plejehjemsassistenter samt sygehusansatte farmaceuter og farmakonomet, hvis det generelt viser sig nødvendigt af hensyn til behandlingen, at de nævnte grupper får adgang til patientens elektronisk registrerede aktuelle og historiske helbredsoplysninger.

Bemyndigelsen giver desuden mulighed for - af hensyn til eventuelle fremtidige behov i tilrettelæggelsen af patientbehandlingen, herunder behov begrundet i teknologiske fremskridt, eller i forbindelse med autorisation af nye grupper af sundhedspersoner - at tilpasse kredsen af sundhedspersoner, der elektronisk kan indhente helbredsoplysninger m.v., hvis andre sundhedspersoner end de foreslåede i almindelighed vurderes at have behov for at kunne indhente oplysninger i forbindelse med aktuel patientbehandling.

Ved en eventuel yderligere udmøntning af bemyndigelsen vil der som ved lovens øvrige afgrænsning af, hvilke persongrupper der har adgang til systemet, blive taget hensyn til, at der er tale om adgang til særligt personfølsomme oplysninger, som i videst mulig omfang skal begrænses, og på den anden side hensynet til at sikre en høj kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen.

Til nr. 3 og 4 (§ 42 a, stk. 2 og 3)

Som en konsekvens af udvidelsen af personkredsen i § 42 a, stk. 1, samt adgangen for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om, at andre persongrupper ligeledes skal kunne indhente helbredsoplysninger, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger elektronisk, ændres ordlyden af § 42 a, stk. 2 og 3, således at der henvises til

sundhedspersoner omfattet af hele stk. 1, og ikke blot de i stk. 1, 1. pkt., nævnte sundhedspersoner.

Til nr. 5 (§ 42 a, stk. 5)

I medfør af § 42 a, stk. 5, kan læger og sygehusansatte tandlæger ud over den i § 42 a, stk. 1, nævnte adgang hertil indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, hvis indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter. Tilsvarende gælder sundhedspersoner med tilladelse efter stk. 4 fra behandlingsstedets ledelse til at kunne foretage opslag i samme udstrækning som læger og sygehusansatte tandlæger efter stk. 1. Tilsvarende gælder endvidere andre sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer omfattet af stk. 2 og 3 på det behandlingssted, sundhedspersonen er ansat.

Med den foreslåede bestemmelse udvides værdispringsreglen i sundhedslovens § 42 a, stk. 5, således at alle tandlæger samt jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere med særlig kompetence sidestilles med læger og sygehusansatte tandlæger i forhold til mulighederne for at kunne indhente elektroniske helbredsoplysninger, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger om patienten, når dette er nødvendigt til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter.

Endvidere vil en sundhedsperson, der i medfør af regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren har adgang til at indhente elektroniske helbredsoplysninger, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger som nævnt i stk. 1, ligeledes kunne indhente oplysninger efter § 42 a, stk. 5, under forudsætning af, at bestemmelsens øvrige betingelser er opfyldt.

Bestemmelsen vil fortsat have et snævert anvendelsesområde, idet betingelserne for anvendelsen af værdispringsreglen, der er forholdsvis restriktive, ikke ændres med lovforslaget.

Til nr. 6 (§ 42 a, stk. 6)

I forlængelse af den foreslåede udvidelse af sundhedslovens § 42 a, stk. 1, sidestilles alle tandlæger samt jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere med særlig kompetence efter det foreslåede stk. 6 med læger og sygehusansatte tandlæger således, at de nævnte grupper ligeledes har adgang til - med patientens samtykke - at indhente oplysninger som nævnt i stk. 1, uanset at dette ikke er fornødent i forbindelse med aktuel behandling af patienten eller til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre patienter.

Endvidere vil en sundhedsperson, der i medfør af regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren har adgang til at indhente elektroniske helbredsoplysninger, øvrige rent private

forhold og andre fortrolige oplysninger som nævnt i stk. 1, ligeledes kunne indhente oplysninger efter § 42 a, stk. 6, under forudsætning af, at bestemmelsens øvrige betingelser er opfyldt.

Der ændres ikke på formkravene efter § 42 b, hvorefter et samtykke efter stk. 6, der skal indføres i patientjournalen, kan være mundtligt eller skriftligt og skal meddeles den sundhedsperson, som indhenter oplysningerne.

#### Til nr. 7 (§ 45)

Med ændringen af sundhedslovens § 45 fastslås det, at en sundhedsperson ikke alene kan, men efter anmodning skal videregive oplysninger til de nærmeste efterladte pårørende, afdødes alment praktiserende læge og den læge, der havde afdøde i behandling, om den afdøde patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde. Dette følger allerede af gældende ret, men tydeliggøres hermed.

Det fremgår herefter direkte af bestemmelsens ordlyd, at en sundhedsperson efter omstændighederne har pligt til at videregive de nævnte oplysninger, og at sundhedspersonen handler retsstridigt, hvis denne efter anmodning undlader at videregive oplysningerne forudsat, at betingelserne for videregivelsen er opfyldt.

Den alment praktiserende læge og den læge, som havde en, nu afdød, patient i behandling har således samme adgang som pårørende til oplysninger om patientens sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde med henblik på læring og sammenhæng i arbejdet mellem primær og sekundær sektor.

Bestemmelsen giver således fortsat mulighed for en sundhedspersons videregivelse af egen drift af oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, alment praktiserende læge eller den læge, som havde den afdøde patient i behandling. Bestemmelsen ændrer endvidere ikke omfanget af oplysninger, der kan eller skal videregives. Ej heller i forhold til de hensyn, som kan tale mod videregivelse af de nævnte oplysninger, inddebærer den foreslåede præcisering nogen ændring.

#### Til nr. 8 (§ 193 a)

Med forslaget til § 193 a, stk. 1, foreslås, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte krav til it-anvendelsen på sundhedsområdet, herunder krav til elektroniske patientjournaler og krav til anvendelsen af standarder.

Der er med en sproglig justering tale om en videreførelse af den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 193, a, stk. 1, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte krav til it-anvendelsen i sundhedsvæsenet og bindende standarder for it-anvendelsen, herunder for elektroniske patientjournaler, og krav til godkendelse af anvendelsen af standarder. I den foreslåede ordlyd er »godkendelse af« anvendelsen af standarder ikke medtaget, idet krav, der fastsættes efter bestemmelsen efter deres natur er bindende.

Det foreslås med forslaget til § 193 a, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker m.v. skal leve op til krav fastsat i medfør af stk. 1.

Der er i øvrigt tale om en videreførelse af indholdet af bestemmelsen i sundhedslovens § 193 a, stk. 2, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker m.v., der leverer ydelser efter sundhedsloven, skal leve op til krav fastsat i medfør af § 193 a, stk. 1. Samtidigt er det foreslået, at ministerens bemyndigelse ikke skal være begrænset til private sygehuse og klinikker m.v., der leverer ydelser efter sundhedsloven.

Bemyndigelsen omfatter således efter forslaget også private sygehuse og klinikker m.v., der leverer sundhedsydelser, som ikke er omfattet af sundhedsloven, det vil i praksis sige sundhedsydelser, som er privatfinansierede.

Bemyndigelsen vil kunne anvendes til at fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker m.v. skal anvende elektroniske patientjournaler, der opfylder nærmere bestemte standarder, med det formål, at oplysninger - i overensstemmelse med patientsamtykkereglerne i sundhedsloven - skal kunne overføres til de offentlige sygehuses patientjournaler. Dette vil kunne medvirke til at kvalificere en aktuel behandling, fx en reoperation af en patient på et offentligt sygehus, som forud har været privatpatient på et privat sygehus, klinik m.v.

Bemyndigelsen berører ikke sundhedspersoners adgang til videregivelse af helbredsoplysninger, der er reguleret i sundhedslovens kapitel 9.

#### Til nr. 9 (§ 197)

Det foreslås med forslaget til § 197, stk. 1, at regionsrådene - efter regler fastsat i medfør af stk. 3 - til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den regionale indsats på sundhedsområdet kan indhente og behandle personoplysninger fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelser.

Det foreslås med forslaget til § 197, stk. 2, at kommunalbestyrelserne - efter regler fastsat i medfør af stk. 3 - til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den kommunale indsats på sundhedsområdet kan indhente og behandle personoplysninger fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelser.

Det foreslås endvidere med forslaget til § 197, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren får adgang til at fastsætte nærmere regler om, hvilke registre og personoplysninger regionsrådene og kommunalbestyrelserne kan få adgang til efter stk. 1 og 2, samt om behandlingen af disse oplysninger.

Med de foreslåede bestemmelser får en region og en kommune adgang til med henblik på statistiske undersøgelser til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den regionale henholdsvis kommunale indsats på sundhedsområdet at indhente og behandle oplysninger på personniveau (cpr-niveau) fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelser. Det gælder såvel oplysninger om regionens henholdsvis kommunens egne borgere som oplysninger om borgere i andre regioner henholdsvis kommuner. Og det gælder såvel aktuelle som historiske patientforløb. Dette er nyt i forhold til i dag, hvor en region og en kommune alene må modtage oplysninger i aggregeret form fra de pågældende registre.

Efter ministeriets vurdering er der et behov for, at en region og en kommune til brug for sin sundhedsindsats ikke blot som i dag har adgang til at modtage oplysninger i aggregeret form, men tillige har adgang til at modtage oplysningerne på personniveau, jf. de almindelige bemærkninger til 2.4.4.

Den adgang, en region og en kommune får efter bestemmelsen til at indhente og behandle oplysninger, er alene til det formål, der er angivet i bestemmelsen, dvs. til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den regionale henholdsvis kommunale indsats på sundhedsområdet. Dette skal i overensstemmelse med persondatalovens § 10 forstås således, at de oplysninger på personniveau, der indhentes i medfør af bestemmelsen, alene kan behandles med henblik på statistiske undersøgelser, hvis aggregerede ikke-personhenførbare resultater, herunder evalueringer og analyser, herefter kan anvendes til brug for den generelle tilrettelæggelse og planlægning af den regionale henholdsvis kommunale sundhedsindsats. De i medfør af bestemmelsen indsamlede personoplysninger hos kommunerne og regionerne må således *udelukkende* anvendes i statistisk øjemed. Dette indebærer, at regionen og kommunen alene kan anvende aggregerede ikke-personhenførbare oplysninger til planlægningsformål, og at regionen og kommunen må tilrettelægge sin organisering af opgaven således, at kun personer, der skal anvende de nævnte personoplysninger med henblik på statistiske undersøgelser, får kendskab til oplysningerne i ikke-aggregeret form. Behandlingen af oplysningerne – ud over at denne må begrænses til kun de personer, der skal anvende de nævnte personoplysninger med henblik på statistiske undersøgelser – bør også ske på en måde, der i it-teknisk henseende er adskilt fra kommunernes og regionernes almindelige administrative sagsbehandling.

Af samme grund må indhentede registerdata ikke benyttes af kommunen til en systematisk regningskontrol af udgifterne til kommunal medfinansiering af sygehusbehandling, idet dette i øvrigt ville indebære dobbeltarbejde. Det er således en regional opgave at sørge for at de registreringer, som ligger til grund for opgørelserne af den aktivitetsbestemte medfinansiering, er korrekte.

Det fremgår udtrykkeligt af forslaget § 197, stk. 1 og 2, at regionsråd og kommunalbestyrelser kan få adgang til persondata til brug for tilrettelæggelse og planlægning af deres indsats på sundhedsområdet. Det følger således modsætningsvist heraf, at kommunalbestyrelserne og regionerne ikke må indhente eller benytte disse data til planlægning eller tilrettelæggelse af en sundhedsydelse i forhold til en konkret borger eller i øvrigt i forbindelse med konkret sagsbehandling i forhold til en borger eller konkret behandling af en patient og heller ikke til vurdering af eller opfølgning på enkeltpersoners forbrug af regionale og kommunale sundhedsydelser. Det bemærkes i den forbindelse, at personoplysninger, fx til brug for opfølgning på sygehusbehandling m.v., allerede udveksles mellem sundhedspersoner i forbindelse med indlæggelser og udskrivninger af patienter m.v. i henhold til sundhedslovens regler om videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger, jf. sundhedslovens kapitel 9. De indsamlede oplysninger bør i videst muligt omfang behandles i en form, hvor de ikke er umiddelbart personhenførbare, fx således at de opbevares i

krypteret form eller under et løbenummer i stedet for under personnummer.

Bestemmelsen giver ikke regionen eller kommunen ret til at indhente oplysningerne ved selv at foretage søgning i de nævnte offentlige registre. Det er den dataansvarlige myndighed for det register, oplysningerne ønskes indhentet fra, der skal tage stilling til, om regionen eller kommunen må indhente de pågældende oplysninger. I den forbindelse må den dataansvarlige myndighed tage stilling til, om det til brug for regionens eller kommunens generelle planlægning af sin sundhedsindsats er nødvendigt for regionen eller kommunen at modtage de pågældende oplysninger på personniveau, eller om det vil være tilstrækkeligt alene at udlevere de pågældende oplysninger i aggregeret form, jf. herved proportionalitetsprincippet i persondatalovens § 5, stk. 3. Regionen og kommunen skal derfor over for den dataansvarlige myndighed begrunde, hvorfor det er nødvendigt at modtage de pågældende oplysninger på personniveau.

Når kommunalbestyrelserne og regionsrådene indhenter personoplysninger i registrene i medfør af bestemmelsen, er de ansvarlige for, at oplysningerne i øvrigt behandles inden for rammerne af persondataloven.

Indhentningen og behandlingen af oplysninger efter forslaget må f.eks. alene ske i fornødent omfang inden for rammerne af formålsbestemthedsprincippet i persondatalovens § 5, stk. 2. Efter formålsbestemthedsprincippet i persondatalovens § 5, stk. 2, jf. persondatadirektivets artikel 6, stk. 1, litra b, skal indsamling af oplysninger ske til udtrykkeligt angivne og saglige formål, og senere behandling må ikke være uforenelig med disse formål. Endvidere må behandlingen af oplysninger ikke omfatte mere end, hvad der kræves til opfyldelse af de formål, hvortil oplysningerne indsamles, og de formål, hvortil oplysningerne senere behandles, jf. persondatalovens § 5, stk. 3.

Det påhviler endvidere kommunalbestyrelsen og regionsrådet at træffe de fornødne tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger mod, at de oplysninger, kommunen henholdsvis regionen har indhentet i medfør af bestemmelsen, behandles i strid med bestemmelsen til andre formål end statistiske formål og i strid med persondatalovens regler, jf. persondatalovens § 41, stk. 3, og den i medfør af persondataloven udstedte sikkerhedsbekendtgørelse (bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000).

Bemyndigelsen efter forslaget til § 197, stk. 3, vil blive anvendt til at fastsætte regler om, at kommunalbestyrelserne henholdsvis regionsrådene får adgang til registre hos de centrale sundhedsmyndigheder, herunder Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret, EOJ (kommunale omsorgsjournaler) og GES (Genoptræning Efter Sundhedsloven). Disse registre indeholder oplysninger om den kommunale indsats på sundhedsområdet, herunder modtagne hjemmepleje- og hjemmesygeplejeydelser samt genoptræningsydelser.

Den udvidede adgang til personoplysninger vil i vid udstrækning kunne gives ved en mindre tilpasning af de systemer, der allerede anvendes af kommunerne og regionerne i eSundhed. Kommuner og regioner vil desuden efter aftale med de centrale sundhedsmyndigheder kunne modtage andre relevante data fra bl.a. Landspatientregisteret.

I takt med tilkomsten af nye registre og registeroplysninger, som er relevante for kommunernes og regionernes tilrettelæggelse og planlægning af deres indsatser på sundhedsområdet, vil bemyndigelsen kunne anvendes til at udvide deres dataadgang.

Nærmere regler vil i kraft af den foreslåede bemyndigelse i bestemmelsen kunne blive fastsat til udmøntning af sikkerhedsbekendtgørelsen, herunder krav til kommunalbestyrelserne og regionsrådene om at foretage jævnlige kontroller af loggen.

#### § 2

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. juni 2011.

Fra dette tidspunkt vil sundhedspersoner, som er omfattet af forslaget til § 42 a, kunne få adgang til at indhente en patients helbredsoplysninger m.v., herunder historiske oplysninger og oplysninger, som er registreret inden lovens ikrafttræden.

Fra dette tidspunkt vil regioner og kommuner efter nærmere af indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte regler kunne få adgang til personoplysninger i registre, herunder oplysninger, som er registreret inden lovens ikrafttræden, jf. forslaget til § 197.

#### § 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

## Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

## Gældende formulering

## Lovforslaget

## § 1

§ 42 a. Læger og sygehusansatte tandlæger kan ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.

Stk. 2. Andre sundhedspersoner end de i stk. 1 nævnte kan ved opslag i elektroniske systemer, hvori adgangen for den pågældende sundhedsperson teknisk er begrænset til de patienter, der er i behandling på samme behandlingsenhed, som den pågældende sundhedsperson er tilknyttet, i fornødent omfang indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 om aktuel behandling, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.

Stk. 3. På behandlingssteder med elektroniske systemer, der kun indeholder oplysninger til brug for behandling, som gives på det pågældende behandlingssted, kan andre sundhedspersoner end de i stk. 1 nævnte, som er ansat på behandlingsstedet, ved opslag i sådanne systemer i fornødent omfang indhente oplysninger som nævnt i stk. 1, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten. Dette gælder dog ikke, hvis behandlingsstedet har en i stk. 1 nævnt sundhedsperson ansat.

Stk. 4. Ledelsen på et behandlingssted kan give tilladelse til, at enkelte eller grupper af sundhedspersoner, der er ansat på det pågældende behandlingssted, kan foretage opslag i elektroniske systemer efter stk. 1. Tilladelse efter 1. pkt. kan kun gives til sundhedspersoner, der har behov for at kunne foretage opslag efter stk. 1 med henblik på at kunne varetage de funktioner og opgaver, vedkommende er beskæftiget med. Beslutninger truffet efter 1. pkt. skal fremgå af en datasikkerhedsinstruks for be-

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som ændret ved 3 i lov nr. 706 af 25. juni 2010 og § 2 i lov nr. 1546 af 21. december 2010, foretages følgende ændringer:

1. I § 42 a, stk. 1, ændres »og sygehusansatte tandlæger« til: », tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere med særlig kompetence«.

2. I § 42 a, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

»Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at andre sundhedspersoner, der som led i deres virksomhed deltager i behandling af patienter, kan indhente oplysninger efter reglerne i 1. pkt.«.

3. I § 42 a, stk. 2, ændres »de i stk. 1 nævnte« til: »de, der er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt.,« og i § 42 a, stk. 3, 1. pkt., ændres »de i stk. 1 nævnte,« til: »de, der er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt., og«.

4. I § 42 a, stk. 3, 2. pkt., ændres »i stk. 1 nævnt sundhedsperson ansat.« til: »sundhedsperson ansat, som er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt.«.

handlingsstedet. Beslutninger truffet efter 1. pkt. skal gøres offentligt tilgængelige.

*Stk. 5.* Læger og sygehusansatte tandlæger kan endvidere indhente oplysninger som nævnt i stk. 1, hvis indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter. Tilsvarende gælder sundhedspersoner med tilladelse efter stk. 4. Tilsvarende gælder endvidere andre sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer omfattet af stk. 2 og 3 på det behandlingssted, sundhedspersonen er ansat.

*Stk. 6.* Uden for de i stk. 1 og 5 nævnte tilfælde kan læger og sygehusansatte tandlæger med patientens samtykke endvidere ved opslag i elektroniske systemer indhente oplysninger som nævnt i stk. 1 i forbindelse med behandling af patienter.

*Stk. 7.* Patienten kan frabede sig, at en sundhedsperson indhenter oplysninger efter stk. 1-4.

*Stk. 8.* Læger og sygehusansatte tandlæger kan under disses ansvar lade medicinstuderende indhente oplysninger efter stk. 1 og 5-7.

*Stk. 9.* En sundhedsperson kan under dennes ansvar lade sekretærer yde teknisk bistand til opslag i oplysninger, som den pågældende sundhedsperson selv har adgang til, jf. stk. 1-8.

**§ 45.** En sundhedsperson kan videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, afdødes alment praktiserende læge og den læge, der havde afdøde i behandling, såfremt det ikke må antages at stride mod afdødes ønske og hensynet til afdøde, eller andre private interesser ikke taler afgørende herimod. Der kan endvidere videregives oplysninger til afdødes nærmeste pårørende efter reglen i § 43, stk. 2, nr. 2.

**§ 193 a.** Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte krav til it-anvendelsen i sundhedsvæsenet. Ministeren kan fastsætte bindende standarder for it-anvendelsen, herunder for elektroniske patient-journaler, og krav til godkendelse af anvendelsen af standarder.

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker

**5.I § 42 a, stk. 5, 1. pkt.,** ændres »Læger og sygehusansatte tandlæger« til: »Sundhedspersoner, som er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt.,«.

**6.I § 42 a, stk. 6,** ændres »læger og sygehusansatte tandlæger« til: »sundhedspersoner, som er omfattet af stk. 1, 1. pkt., eller af regler udstedt i medfør af stk. 1, 2. pkt.,«.

**7.I § 45, 1. pkt.,** indsættes efter »kan« : »og skal efter anmodning«.

**8. § 193 a** affattes således:

»**§ 193 a.** Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte krav til it-anvendelsen på sundhedsområdet, herunder krav til elektroniske patientjournaler og til anvendelsen af standarder.

m.v., der leverer ydelser efter denne lov, skal leve op til krav fastsat i medfør af stk. 1.

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker m.v. skal overholde krav fastsat i medfør af stk. 1.«

**9.**Efter § 196 indsættes:

»Kapitel 60 a

*Kommunal og regional adgang til offentlige registre til brug for tilrettelæggelse og planlægning af indsatsen på sundhedsområdet*

**§ 197.** Regionsrådene kan til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den regionale indsats på sundhedsområdet efter regler fastsat i medfør af stk. 3 indhente og behandle personoplysninger fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelser.

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelserne kan til brug for tilrettelæggelse og planlægning af den kommunale indsats på sundhedsområdet efter regler fastsat i medfør af stk. 3 indhente og behandle personoplysninger fra offentlige registre om patienters modtagelse af sundhedsydelser.

*Stk. 3.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke registre og personoplysninger regionsrådene og kommunalbestyrelserne kan få adgang til efter stk. 1 og 2, samt om behandlingen af disse oplysninger.«

## § 2

Loven træder i kraft den 1. juni 2011.

## § 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.