

Kent Kristensen

Patienters retsstilling



Jurist- og Økonomforbundets Forlag
2000

Patienters retsstilling

1. udgave

© 2000 by Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Alle rettigheder forbeholdes.

Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse eller
mangfoldiggørelse af denne bog eller dele heraf er
uden forlagets skriftlige samtykke ikke tilladt
ifølge gældende dansk lov om ophavsret.

Omslagsillustration: Morten Højmark

Tryk: Narayana Press, Gylling

Printed in Denmark 2000

ISBN 87-574-0469-0

Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Gothersgade 133

Postboks 2126

1015 København K

Telefon: 33 95 97 00

Telefax: 33 95 99 97

e-mail: fl@djoeff.dk

Homepage: www.djoeff.dk/forlag

Indholdsfortegnelse

Lovtekst	1
Indledning	15
Kapitel 1. Formål, anvendelsesområde, definitioner m.v.	27
Lovens formål	28
Lovens anvendelsesområde	29
Bemyndigelsesbestemmelse	31
Kapitel 2. Selvbestemmelse, information og samtykke	35
Samtykkekravet	37
Hensynet til patienten	42
Informationspligtens omfang	44
Kapitel 3. Medicinsk behandling og inhabilitet	51
Mindreårige	53
Varigt fornuftsinhabile patienter	58
Stedfortræderens beslutningskompetence	62
Nødret	64
Forudgående afkald på livsnødvendig behandling	65
Kapitel 4. Inhabile patienters inddragelse	69
Patientens inddragelse	70
Sundhedspersonens ansvar	71
Kapitel 5. Selvbestemmelse i særlige tilfælde	77
Forhåndstilkendegivelser og pårørendes retsstilling	79
Sultestrejke	81
Afvisning af at modtage blod	82
Behandling af uafvendeligt døende	85

Kapitel 6. Livstestamenter	89
Uafvendeligt døende	91
Svært invaliderede	91
Lægers forpligtelse i forbindelse med livstestamenter	92
Kapitel 7. Aktindsigt	95
Anvendelsesområde	97
Regler for aktindsigt	98
Adgangen til aktindsigt	100
Børn og forældre	104
Alderdomssvækkede og senildemente patienter	106
Begrænsninger i adgangen til aktindsigt	107
Afgørelse om retten til aktindsigt	109
Kapitel 8. Tavshedspligt	113
Fortrolige oplysninger	114
Erhvervet i tjenesten	117
Berettiget videregivelse	118
Den driftsansvarlige myndighed	119
Kapitel 9. Videregivelse af helbredsoplysninger til behandling	123
Samtykkekravet	125
Aktuelt behandlingsforløb	127
Klart vigtigere interesse end tavshedspligten	132
Lægens stedfortræder	135
Kapitel 10. Videregivelse af helbredsoplysninger til andre formål end behandling	139
Samtykkekravet	141
Oplysningspligt	143
Klart vigtigere interesse end tavshedspligten	147
Tilsyns- og kontrolopgaver	155

Kapitel 11. Videregivelse af helbredsoplysninger	
til pårørende vedrørende afdøde patienter	157
Aktindsigt i en afdød patients journal	158
Afdødes forhåndstilkendegivelser	160
Afdødes almentpraktiserende læge	162
 Kapitel 12. Videregivelse af helbredsoplysninger	
til særlige formål (forskning og statistik mv.)	165
Konkrete forskningsprojekter	167
Statistiske og planlægningsmæssige formål	169
Offentliggørelse	170
 Kapitel 13. Videregivelse til tredjelande	173
 Kapitel 14. Klage- og straffebestemmelser	175
 Kapitel 15. Overgangs- og ikrafttrædelsesbestemmelser	179
 Bilag	
Vejledning nr. 155 af 14.9. 1998	183
Bekendtgørelse nr. 663 af 14.9. 1998	197
Bekendtgørelse nr. 665 af 14.9. 1998	199
Cirkulære nr. 157 af 15.9. 1998	204
Vejledning nr. 158 af 15.9. 1998	207
Vejledning nr. 161 af 16.9. 1998	212
Bekendtgørelse nr. 664 af 14.9. 2000	232
 Litteraturfortegnelse	235
 Stikordsregister	237

Forord

Den retlige regulering af patienters retsstilling har hidtil været spredt over forskellige love. En af de første love, der berørte patienters retsstilling, var loven fra 1938 om sindsyge personers hospitalsophold. Loven blev senere afløst af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Inden for det sidste årti er patienters retsstilling i stigende omfang blevet præciseret ved lovregler på områder med særlig behov for beskyttelse af patienters retsstilling. Som eksempel kan nævnes regler om biomedicinske forskningsprojekter, oprettelsen af sundhedsvæsenets patientklagenævn, som træffer afgørelse i klager over sundhedspersoners faglige virksomhed, regler om transplantation og lægevidenskabelig obduktion, reglerne om kunstig befrugtning og senest lov om patienters retsstilling.

Patientretsstillingsloven vedrører ikke patienters ret til behandling men fastlægger nogle generelle og grundlæggende principper for den enkelte patients selvbestemmelse og retsstilling i forhold til undersøgelse, behandling og pleje.

Bogen her rummer en fremstilling af lov om patienters retsstilling og handler om disse regler: Skal sundhedspersonalet altid respektere patienters ret til selvbestemmelse? Gælder selvbestemmelsesretten også for mindreårige? Skal børn informeres om alvorlige risici ved behandlingen? Hvilke oplysninger må gives videre og til hvem? Har pårørende ret til aktindsigt?

Patientretsstillingsloven beskriver de retlige rammer som behandlingen skal udføres inden for, og har på en række centrale områder betydet, at der skal tilrettelægges ny administrativ praksis på vigtige områder som patient-samtykke, tavshedspligt og videregivelse af oplysninger.

Bogen henvender sig til ledere og medarbejdere i sygehus- og sundheds-

sektoren, såvel den offentlige som den private sektor. Læger, sygeplejersker og andre sundhedspersoner med patientkontakt og journalansvar.

Tak til cand.mag. Lotte Hanberg Sørensen der har bidraget med en uvurderlig korrektur og gennemarbejdning af manuskriptet. Derudover har fuldmægtig og lektor i forvaltningsret Ove Bast bidraget med værdifulde råd til bogens første udkast. Tak for det.

Også tak til embedslæge Agnete Tophøj og departementschef Finn Mortensen for kommentarer til manuskriptet.

Åbyhøj, september 2000

Kent Kristensen

Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling

Kapitel 1

Formål, anvendelsesområde, definitioner m.v.

§ 1. Loven skal medvirke til at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres. Loven skal endvidere medvirke til at sikre tillids- og fortrolighedsforholdet mellem patient og sundhedsperson.

§ 2. Loven gælder for patienter, der inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed, modtager eller har modtaget behandling af sundhedspersoner, medmindre andet særligt er fastsat i lovgivningen.

§ 3. Ved behandling forstås i denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient, m.v.

§ 4. Ved sundhedspersoner forstås i denne lov personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar.

§ 5. For en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder efter loven, i det omfang dette er nødvendigt for at varetage patientens interesser i den pågældende situation.

Kapitel 2

Selvbestemmelse

Informeret samtykke

§ 6. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 8-10.

Stk. 2. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. § 7.

Stk. 4. Et informeret samtykke efter dette kapitel kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

Stk. 5. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om samtykkets form og indhold.

§ 7. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Stk. 3. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Stk. 4. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Stk. 5. Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, jf. § 6, skal sundhedspersonen

særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information, jf. stk. 2.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om informationens form og indhold.

Mindreårige

§ 8. En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. § 7, og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Stk. 2. Såfremt sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at patienten, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke.

Stk. 3. En patient, der er fyldt 15 år, er berettiget til aktindsigt efter bestemmelserne i kapitel 4 og kan give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger m.v. efter bestemmelserne i kapitel 5.

Patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke

§ 9. For en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan informeret samtykke dog gives af værgeren.

Stk. 2. Har en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, ingen nærmeste pårørende eller værge, kan sundhedspersonen gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden sundhedsperson, der har faglig indsigt på området, og som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af den pågældende patient, giver sin tilslutning hertil.

Stk. 3. I de tilfælde, der er omfattet af stk. 2, kan sundhedspersonen dog uden inddragelse af en anden sundhedsperson gennemføre en påtænkt

behandling, hvis behandlingen er af mindre indgribende karakter med hensyn til omfang og varighed.

Stk. 4. Skønner sundhedspersonen, at de nærmeste pårørende eller værger, jf. stk. 1, forvalter samtykket på en måde, der åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan sundhedspersonen gennemføre behandlingen, såfremt vedkommende embedslægeinstitution giver sin tilslutning hertil.

Øjeblikkeligt behandlingsbehov

§ 10. Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

Patientens inddragelse

§ 11. En patient, der ikke selv kan give informeret samtykke, skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, i det omfang patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten. Patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.

Sundhedspersonens ansvar

§ 12. Den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, er forpligtet til at drage omsorg for, at

- 1) informeret samtykke indhentes efter §§ 6-8 og § 9, stk. 1,
- 2) der foreligger tilslutning fra en anden sundhedsperson efter § 9, stk. 2,
- 3) der foreligger tilslutning fra vedkommende embedslægeinstitution efter § 9, stk. 4, og
- 4) patienten informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen efter § 11.

Kapitel 3

Selvbestemmelse i særlige tilfælde

§ 13. For bestemmelserne i dette kapitel finder §§ 6 og 7 om informeret samtykke, § 8 om mindreårige, § 11 om patientens unddragelse samt § 12 om sundhedspersonens ansvar tilsvarende anvendelse. Dog finder § 8 om mindreårige ikke anvendelse for § 17 om livstestamenter.

Sultestrejke

§ 14. Hvis en patient utvivlsomt har iværksat en sultestrejke og patienten er informeret om sultestrejkens helbredsmæssige konsekvenser, må en sundhedsperson ikke afbryde denne.

Afvisning af at modtage blod

§ 15. En behandling, der indebærer transfusion af blod eller blodprodukter, må ikke indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke.

Stk. 2. Patientens afvisning af at modtage blod eller blodprodukter skal være givet i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation og være baseret på information fra sundhedspersonen om de helbredsmæssige konsekvenser af at undlade tilførsel af blod eller blodprodukter ved behandlingen.

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

Behandling af uafvendeligt døende

§ 16. En uafvendeligt døende patient kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden.

Stk. 2. Såfremt en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan en sundhedsperson undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling, jf. § 17, stk. 3.

Stk. 3. En uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Livstestamenter

§ 17. Enhver, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan oprette et livstestamente. I livstestamentet kan den pågældende udtrykke sine ønsker med hensyn til behandling, hvis vedkommende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af patienten selv.

Stk. 2. I et livstestamente kan optages bestemmelser om, at

- 1) der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende, og
- 2) der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Stk. 3. Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Stk. 4. Såfremt en sundhedsperson, i tilfælde hvor patienten ikke selv er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende eller påtænker at fortsætte livsforlængende behandling i en situation som nævnt i stk. 2, nr. 2, skal sundhedspersonen kontakte Livstestamenteregistret, jf. § 18, med henblik på at undersøge, om der foreligger et livstestamente.

Stk. 5. Testators ønske i medfør af stk. 2, nr. 1, er bindende for sundhedspersonen, medens et ønske efter stk. 2, nr. 2, er vejledende for sundhedspersonen og skal indgå i dennes overvejelser om behandling.

§ 18. Sundhedsministeren opretter et livstestamenteregister og fastsætter nærmere regler om livstestamenters oprettelse, udformning, registrering, tilbagekaldelse m.v.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om gebyrer for registrering af livstestamenter.

Kapitel 4 **Aktindsigt**

§ 19. Reglerne i dette kapitel gælder for patientjournaler m.v., der udarbejdes af sundhedspersoner, og som føres på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis eller i forbindelse med behandling i private hjem samt på andre offentlige eller private institutioner m.v., hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages behandling af patienter.

Stk. 2. Reglerne i dette kapitel gælder ikke for registre omfattet af lov om offentlige myndigheders registre eller for registrering, der alene finder sted til videnskabelige eller statistiske formål.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke oplysninger og institutioner m.v. der er omfattet af stk. 1.

§ 20. Fremsætter en patient begæring herom, skal patienten have meddelelse om, hvorvidt der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler m.v. Behandles sådanne oplysninger, skal der på patientens begæring og på en let forståelig måde gives patienten meddelelse om,

- 1) hvilke oplysninger der behandles,
- 2) behandlingens formål,
- 3) kategorierne af modtagere af oplysningerne og
- 4) tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. Retten efter stk. 1 kan dog begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige

for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

§ 21. Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne m.v. i sin besiddelse.

Stk. 2. Vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson afgør snarest, om en anmodning om aktindsigt kan imødekommes, og om aktindsigten skal gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.

Stk. 3. Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1-3 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.

§ 22. Sundhedsministeren fastsætter regler om gebyr til dækning af kopierings- og forsendelsesomkostninger m.v. i forbindelse med aktindsigten.

Kapitel 5

Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Patientens krav på sundhedspersoners tavshed

§ 23. 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, jf. dog reglerne i dette kapitel.

Stk. 2. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson i dette kapitel er tillagt beføjelser efter de enkelte bestemmelser, påhviler det overordnede ansvar for, at oplysninger videregives i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.

*Videregivelse af helbredsoplysninger m.v.
i forbindelse med behandling af patienter*

§ 24. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

- 1) det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov,
- 2) videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller
- 3) videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Stk. 3. Ved videregivelse efter stk. 2, nr. 1, kan patienten på ethvert tidspunkt af det aktuelle behandlingsforløb frabede sig, at oplysningerne videregives.

Stk. 4. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.

Stk. 5. Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 2, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. efter denne bestemmelse.

§ 25. Samtykke efter § 24, stk. 1, skal være mundtligt eller skriftligt. Samtykket kan afgives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte samtykke.

Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål

§ 26. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer m.fl.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

- 1) det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling,
- 2) videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller
- 3) videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

Stk. 3. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.

Stk. 4. Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 2, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed.

§ 27. Samtykke efter § 26, stk. 1, skal være skriftligt. Kravet om skriftlighed kan dog fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Stk. 2. Samtykke efter stk. 1 bortfalder senest et år efter, at det er givet.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte samtykke.

*Videregivelse af helbredsoplysninger
til pårørende vedrørende afdøde patienter*

§ 28. En sundhedsperson kan videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, 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 § 26, stk. 2, nr. 2.

Stk. 2. Afdødes alment praktiserende læge eller den læge, som havde afdøde i behandling, kan fra et sygehus eller fra en sundhedsperson få de samme oplysninger som nævnt i stk. 1, 1. pkt., såfremt afdødes nærmeste pårørende har fremsat begæring om at modtage oplysningerne over for den pågældende læge.

*Videregivelse af helbredsoplysninger
til særlige formål (forskning, statistik m.v.)*

§ 29. Oplysninger om enkeltpersoners helbredsforhold øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger fra patientjournaler m.v. kan videregives til en forsker til brug for et konkret biomedicinsk forskningsprojekt, såfremt der er meddelt tilladelse til projektet efter lov om et videnskabsetisk komitesystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter.

Stk. 2. Oplysninger som nævnt i stk. 1 kan, når et forskningsprojekt ikke er omfattet af lov om et videnskabsetisk komitesystem m.v., endvidere videregives til en forsker til brug ved et konkret forskningsprojekt af væsentlig samfundsmæssig interesse efter godkendelse af Sundhedsstyrelsen, som fastsætter vilkår for videregivelsen.

Stk. 3. Der må kun ske efterfølgende henvendelse til enkeltpersoner i det omfang, de sundhedspersoner, der har behandlet de pågældende, giver tilladelse hertil.

§ 30. Oplysninger som nævnt i § 29 kan videregives til brug for statistik eller planlægning efter godkendelse af Sundhedsstyrelsen, som fastsætter vilkår for oplysningernes anvendelse m.v., jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan ske uden godkendelse af Sundhedsstyrelsen, når det følger af lov, at oplysningerne skal videregives.

§ 31. Oplysninger, der er indhentet efter §§ 29 og 30 til brug for forskning, statistik eller planlægning, må ikke senere behandles i andet end statistisk eller videnskabeligt øjemed.

Stk. 2. Offentliggørelse af oplysninger som nævnt i stk. 1 må kun ske i en form, hvori oplysningerne ikke kan henføres til enkeltpersoner.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af oplysninger efter § 29, stk. 2, og § 30, stk. 1.

Videregivelse til tredjelande

§ 32. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af oplysninger efter dette kapitel til tredjelande.

Kapitel 6

Klage- og straffebestemmelser

§ 33. Klager over forhold omfattet af denne lov kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn efter reglerne herom i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse, medmindre særlig klageadgang er foreskrevet i lovgivningen. Patientklagenævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

§ 34. Den, der uberettiget videregiver eller udnytter fortrolige oplysninger efter kapitel 5, straffes efter straffelovens §§ 152-152 f.

Kapitel 7

Overgangs- og ikrafttrædelsesbestemmelser

§ 35. Loven træder i kraft den 1. oktober 1998.

Stk. 2. Samtidig ophæves

- 1) § 6, *stk. 2-5*, og § 6 *a* i lov om udøvelse af lægegerning, jf. lovbekendtgørelse nr. 632 af 20. juli 1995, som senest ændret ved § 7, *stk. 2*, i lov nr. 463 af 10. juni 1997,
- 2) lov nr. 504 af 30. juni 1993 om aktindsigt i helbredsoplysninger.

Stk. 3. Følgende bekendtgørelser, der er fastsat i medfør af de i *stk. 2* nævnte love, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af regler udstedt efter denne lov:

- 1) Bekendtgørelse nr. 782 af 18. september 1992 om livstestamenter.
- 2) Bekendtgørelse nr. 938 af 7. december 1993 om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter lov om aktindsigt i helbredsoplysninger.

§ 36. I lov om udøvelse af lægegerning, jf. lovbekendtgørelse nr. 632 af 20. juli 1995, som senest ændret ved § 7, *stk. 2*, i lov nr. 463 af 10. juni 1997, foretages følgende ændring:

1. I § 31, *stk. 2*, udgår », dog at det skal have sit forblivende ved de i medfør af § 1, nr. 1 b, i lov nr. 273 af 28. juni 1920 om udvidelse af sundhedslovgivningens gyldighed til de sønderjydske landsdele ved bekendtgørelse nr. 405 af 12. september 1922 fastsatte bestemmelser om udøvelse af virksomhed som lægepraktikant i de nævnte landsdele«.

§ 37. Kapitel 4 har virkning for patientjournaler m.v. oprettet efter 1. januar 1994 og for tilførsler til eksisterende patientjournaler m.v. foretaget efter denne dato. For oplysninger i patientjournaler m.v., der føres ved hjælp af elektronisk databehandling, har kapitlet også virkning for registreringer foretaget før 1. januar 1994. For manuelle sygehusjournaler, der føres for den offentlige forvaltning, har kapitlet virkning for journaler

oprettet efter 1. januar 1987 og for tilførsler foretaget efter denne dato til journaler oprettet før 1. januar 1987.

§ 38. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Indledning

Lovgivningen har ikke traditionelt fokuseret på patienters retsstilling i forbindelse med den daglige sundhedsfaglige virksomhed. Der findes adskillige love, som i forskellige situationer beskytter patienter, der står i et modsætningsforhold til det offentlige sundhedsvæsen. Der er regler for patienters klageadgang ved fejlbehandling, for magtanvendelse og tvangsbehandling og regler for deltagelse i forsøgsprojekter. Der har hidtil næsten ingen opmærksomhed været på de retssikkerhedsproblemer, der foreligger i forbindelse med den behandling, som patienterne underkaster sig frivilligt. Måske fordi modsætningsforholdet mellem patient og sundhedspersonalet ikke er særligt iøjnefaldende i den daglige pleje og behandling af patienterne.¹ Formålet med den sundhedsfaglige virksomhed er netop at hjælpe og dække patienternes behandlingsbehov. Det er imidlertid vigtigt at erkende, at der i mange situationer er interesseforskelle, og at disse forskelle meget vel kan have karakter af egentlige modsætningsforhold. Sundhedspersonalet bliver dagligt konfronteret med forventninger og krav, der er umulige at imødekomme. Der skal derfor dagligt prioriteres inden for rammerne af de ressourcer, der er til rådighed.

Det er karakteristisk for sundhedsretten, at den består af tre typer af regler: regler, der fastlægger nogle generelle principper for den enkelte patients retsstilling, regler, der vagt og upræcist fastsætter retten til behandling, og regler, der fastsætter normerne for det sundhedsfaglige personales virksomhed.

1. Jon Andersen, Juridiske regler i den primære sundhedssektor, 1994, p. 34.

Patientretsstillingsloven fastlægger nogle generelle og grundlæggende principper for den enkelte patients selvbestemmelse og retsstilling i forhold til den daglige behandling og pleje. Den retlige beskyttelse er udmøntet i regler om selvbestemmelse, informeret samtykke, aktindsigt og tavshedspligt mv.

Der er i patientretsstillingsloven ikke medtaget regler om patientens materielle rettigheder, som retten til behandling inden for fastsatte tidsfrister, retten til second opinion mv. Regler, der retter sig mod amtskommuner og kommuner som f.eks. regler om kvalitet og ret til undersøgelse og behandling, har en anden karakter og er derfor ikke medtaget i loven. I hvilket omfang og på hvilke vilkår amterne har pligt til at stille ydelserne til rådighed for borgerne, beror på en fortolkning af sygehuslovens regler vedrørende amternes sygehusforpligtelse.

Hvad den sundhedsfaglige pleje og behandling derudover omfatter, følger af de enkelte faggruppers autorisationslove og den sundhedsfaglige praksis, der er udviklet af Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Sygehusforpligtelsen

Sygehusloven fastslår, at sygehusvæsenet varetages af amtskommunerne, og at hver amtskommune yder vederlagsfri behandling ved sit sygehusvæsen.² Det indebærer naturligvis en pligt til at stille de pågældende ydelser til rådighed for borgerne og at afholde de udgifter, der er forbundet med behandlingen. Men derudover er forholdene mht. sygehusforpligtelsen tvivlsomme. Tvivlen knytter sig især til omfanget af sygehusforpligtelsen, dvs. til i hvilket omfang amterne er forpligtet til at stille ydelserne til rådighed for borgerne. Der er forholdsvis klare pligtregler og modstående rettighedsregler i sygehuslovens bestemmelser om behandling for livstruende sygdomme, men derudover findes der i øvrigt ingen præcisering af

2. Lovbek. nr. 687 af 16. august 1995.

omfanget af sygehusforpligtelsen. Det er i vid udstrækning overladt til det enkelte amt at afgøre, hvad der skal foretages til opfyldelse af sygehusforpligtelsen if. sygehusloven. En af de bærende ideer i det kommunale selvstyre er, at amterne selvstændigt kan fastlægge niveauet for den offentlige service, og det medfører i praksis, at grænserne for sygehusvæsenets opgaver trækkes forskelligt fra amt til amt.

Sundhedsministeriet har i forskellige sammenhænge udtalt, at konkrete behandlinger kunne anses for at være en amtslig sygehusopgave. Sygehusloven giver imidlertid ikke sundhedsministeren hjemmel til administrativt at forpligte amterne til at løse bestemte sygehusopgaver. Sådanne udtalelser er derfor alene vejledende, og de er et udtryk for, hvad der efter Sundhedsministeriets opfattelse følger af sygehusloven. I det omfang amterne skal pålægges at udbyde forskellige former for behandling, skal det ske ved lov. Sundhedsministeren har således ikke hjemmel til administrativt at fastsætte en nedre grænse for det amtslige serviceniveau.

Amternes forpligtelse til at tilbyde vederlagsfri behandling efter Sygehusloven er ikke tilstrækkelig konkret til, at amtet bærer et ansvar, som patienterne kan støtte ret på. Følgende to domme fra Højesteret illustrerer dette. U 1985.368 H vedrørte en kvindelig patient, der døde som følge af utilstrækkeligt opsyn. Det pågældende sygehus var lukningstruet, og amtet havde ikke bevilget penge til en bemandet opvågningsstue. Højesteret frifandt amtet i en efterfølgende erstatningssag. Højesteret fandt, at amtet ikke var forpligtet til at have en bemandet opvågningsstue, heller ikke selv om patienten næppe var død, såfremt hun var blevet overført til en bemandet opvågningsstue efter operationens afslutning. I U 2000.1196 H afsagde Højesteret dom i en sag, hvor et barnløst par havde sagsøgt bopælsamtet om godtgørelse af udgifterne til IVF-behandling på en privatklinik. Parret påstod, at amtets beslutning om ikke at tilbyde IVF-behandling ved uforklaret barnløshed var i strid med sygehusloven. Højesteret frifandt amtet og fastslog i dommen, at afgørelsen af, hvad der hører til varetagelse af sygehusvæsenets opgaver, er overladt til det enkelte amt inden for sygehuslovens rammer. Til grund for dommen lagde Højesteret, at amtets beslutning om ikke at tilbyde uforklaret barnløse behandling

skyldes et ønske om at begrænse udgifterne inden for dette område og et ønske om at undgå længere ventetider for de personer, som tilbydes behandling. Dommen gav anledning til tvivl om, hvorvidt sygehuslovens regler om frit sygehusvalg også omfattede patienter, der ønskede en behandling, som de i bopælsamtet ikke var berettiget til. Sammen med vedtagelsen af hospiceloven vedtog Folketinget en ændring i ordlyden af fritvalgsreglen i sygehuslovens § 5 b, stk. 1. Det følger af lovændringen, at er patienten i blot et enkelt amt berettiget til behandling på basisniveau, er hjemamtet forpligtet til at afholde udgifterne, uanset hjemamtets behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling.³

U 1985.368 H

Dommen vedrørte en 66-årig kvinde, der i september 1976 blev opereret under fuld narkose på et mindre regionssygehus. Operationen forløb uden komplikationer og blev afsluttet kl. 10.25. Anæstesen blev afsluttet kl. 10.30, hvor anæstesiologen kontrollerede, at kvinden var vågen, kunne svare og løfte hovedet på opfordring. Kvinden blev derefter bragt tilbage til den sengeafdeling, hun havde ligget på før operationen. Hun blev ifølge journalen tilset igen kl. 10.45, hvor hun var vågen med normal plus og normalt blodtryk. Mellem kl. 10.45 og 11.02 blev hun fundet bevidstløs, uden vejrtrækning og uden mærkbar puls. Der blev straks givet kunstigt åndedræt samtidig med, at hun i sin seng blev flyttet fra 1. sal til sygehusets intensivafdeling på 3. sal i samme bygning. Her fik kvinden straks og under ledelse af narkoselægen hjertemassage, ligesom hun blev tilsluttet respirator. Hjerterfunktionen genoprettedes og blev i løbet af kort tid normal. Kvinden forblev imidlertid bevidstløs indtil sin død.

Retslægerådet udtalte i den efterfølgende erstatningssag, at hjertestoppet sandsynligvis skyldtes, at kvinden efter operationen faldt i søvn liggende på ryggen og derfor ikke kunne optage den sædvanlige mængde ilt. Kulsyreophobningen i kroppen med den delvise iltmangel virkede bedøvende og fremkaldte en sekundær åndedrætsdepression med efterfølgende hjerrestop. Højesteret fastslog, at kvinden var behandlet i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Sygeplejepersonalet havde med mellemrum tilset kvinden, ligesom personalet gjorde, hvad det kunne, da hun blev fundet bevidstløs. Der var ikke begået nogle lægefaglige fejl, som kunne begrunde et ansvar hos personalet. Samtidig fastslog Højesteret, at hverken sygehusets indretning eller organisering var uforsvarlig. Der var dermed heller ikke grundlag for at holde amtet ansvarlig for kvindens død.

3. Lov nr. 470 af 31. maj 2000.

U 2000.1196 H

Et samlevende par fik af en speciallæge i gynækologi stillet diagnosen uforklaret barnløshed. Parrets bopælsamt tilbød som eneste amt ikke IVF-behandling til uforklarligt barnløse. Ægteparret søgte på den baggrund ikke amtet om behandling, men henvendte sig i stedet til en privat klinik.

Behandlingsforløbet på klinikken fandt sted i efteråret 1996 og foråret 1997.

Ægteparret sagsøgte efterfølgende amtet med påstand dels om, at amtet havde handlet i strid med sygehusloven ved retsstridigt at nægte parret IVF-behandling, dels om godtgørelse af udgifterne til behandlingen. Landsretten bemærkede i dommen, at amtet var berettiget til ud fra overordnede politiske og økonomiske overvejelser at fastlægge forsvarlige rammer for sygehusbehandlingen, og lagde til grund for dommen, at amtet havde ønsket at begrænse udgifterne inden for dette område eller at undgå længere ventetider for de personer, som blev tilbudt behandling. Højesteret stadfæstede landsrettens dom og fastslog, at afgørelsen af, hvad der hører til varetagelse af sygehusvæsenet, er overladt til den enkelte amtskommune inden for sygehuslovens rammer. Det var derfor ikke i sig selv retsstridigt, at amtets sundhedsudvalg havde fastsat snævrere grænser for behandling af ufrivilligt barnløse end landets øvrige amter. Højesteret fandt på den baggrund, at der ikke var noget grundlag for at antage, at amtets beslutning om ikke at tilbyde IVF-behandling til uforklarligt barnløse var i strid med sygehusloven.

Hvilke ydelser der kan betragtes som egentlige amtslige sygehusopgaver, beror på en fortolkning af sygehusloven. Der er i lovgivningen ikke nærmere regler for, hvilke former for behandling der skal ydes, eller til hvilke persongrupper eksisterende behandlingsmuligheder skal tilbydes. Forudsætningen for at pålægge amtet et ansvar for en mangelfuld udbygning af sundhedsvæsenet er, at det skøn, amtet lægger til grund for udbygningen, er åbenbart urimeligt, udtryk for magtfordrejning eller behæftet med væsentlige fejl og mangler. Prioriteringen af de offentlige ressourcer er først og fremmest et politisk spørgsmål og ikke et juridisk.⁴ Det betyder ikke, at amterne har opfyldt deres sygehusforpligtelse, blot de har et sygehusvæsen, men heller ikke, at amterne har en absolut forpligtelse til at yde behandling i enhver tænkelig situation.

4. Jf. Niels Pontoppidan, Lægeansvar – offentlige myndigheders erstatningsansvar, Ugeskrift for Retsvæsen, 1985 B, p. 249. Se også Lars Adam Rehofs kommentar til U 1985.368 H i Ugeskrift for Retsvæsen, 1986 B, pp. 139-144, om domstolsprøvelse af det offentlige serviceniveau.

Folketinget vedtog dog i maj 1999 en lovændring til sygehusloven, der giver patienter med livstruende sygdomme ret til behandling.⁵ Lovændringen forpligter amterne til at tilbyde patienter med visse livstruende sygdomme behandling inden for bestemte tidsfrister ved eget amts sygehusvæsen, og hvis det ikke er muligt så ved henvisning til et sygehus i et andet amt, et privat sygehus eller til et sygehus i udlandet, jf. sygehuslovens § 5d, stk. 1. Sundhedsstyrelsen fastsætter grænserne for de maksimale ventetider og overtager visitationsforpligtelsen, såfremt hjemamtet ikke kan tilbyde patienten behandling inden for den maksimale fastsatte ventetid.

En forudsætning for at blive tilbudt behandling uden for patientens hjemamt er, at det ikke er muligt at tilbyde patienten behandling inden for den maksimale fastsatte ventetid, og at patienten er henvist til en almindeligt anerkendt behandling. Bestemmelsen omfatter ikke patienter i amter, der tilbyder behandling inden for den fastsatte tidsfrist. Kan amtet tilbyde patienten undersøgelse, behandling og efterbehandling inden for den maksimale fastsatte ventetid, har amtet opfyldt sin forpligtelse. Amtet vil også have opfyldt sin forpligtelse, hvis det efterfølgende viser sig, at behandlingen må udsættes pga. komplikationer, eller fordi patienten i mellemtiden er blevet for dårlig.⁶ Der ydes ikke tilskud til alternativ behandling eller til behandling, der har forskningsmæssig eller eksperimentel karakter if. § 5d, stk. 4. Man kan diskutere, om lovændringen sikrer patienter med livstruende sygdomme en rimelig retsstilling. Patienter, der uden resultat har udtømt de fleste anerkendte behandlingsmuligheder, vil formentlig søge andre behandlingsformer, der i større eller mindre omfang kan karakteriseres som eksperimentelle, men som giver håb om helbredelse. Det er for eksempel tvivlsomt, hvorvidt loven giver patienter med leverkræft adgang til stereotaktisk strålebehandling i udlandet. Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med en konkret vurdering af strålebehandlingen

5. Lov nr. 395 af 2. juni 1999.

6. Jf. bemærkningerne til lovforslaget.

på Karolinska Sjukhuset i Stockholm udtalt, at ekstrakraniel steoretaktiske strålebehandling foreløbig skal betragtes som eksperimentel.⁷

Lovændringen omfatter patienter, der ved forundersøgelsen har fået konstateret en særlig svær hjertesygdom, og patienter med tegn på en iskæmisk hjertesygdom i ustabil stadi. På kræftområdet omfatter bestemmelsen behandling for brystkræft, herunder mammografi, operation og efterbehandling. Derudover er de to store kræftformer – lunge- og tarmkræft – også omfattet.

Lovgivningen fastslår ikke på andre områder en absolut forpligtelse for amterne til at sørge for det nødvendige antal pladser til dækning af det faktiske behov.

Behandlingspligten

Lægen har kun en egentlig pligt til behandling, når hurtig hjælp er en påtrængende nødvendighed, jf. lægelovens § 7, stk. 1. Hvad lægehjælpen i øvrigt omfatter, beror på et skøn og den praksis, der har udviklet sig omkring lægens pligt til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. lægelovens § 6, stk. 1. Skønnet kan gå fra helt at undlade behandling og til valg mellem forskellige behandlingsmuligheder eller kan være begrænset til et spørgsmål om tidsmæssig placering af behandlingen.

At adgangen til behandling bygger på et skøn, betyder ikke, at patienterne er uden retlige garantier.⁸ Skønsudøvelsen er omfattet af et krav om saglighed, der foruden den lægefaglige praksis, der er udviklet gennem udtalelser fra Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, er understøttet af bestemte uskrevne retsgrundsætninger. Med udtrykket uskrevne menes, at grundsætningerne er skabt gennem praksis. Domstolene har bidraget til at forme flere af forvaltningsrettens grundsætninger. Retsgrundsætningerne er en del af gældende ret på lige fod med lovene.

7. Sundhedsstyrelsen, 6. januar 1999, j.nr. 3214-52-97/MJ.

8. Poul Andersen, Dansk forvaltningsret, 1963, pp. 361-362.

Beføjelser til at træffe beslutninger efter et frit skøn er underkastet den begrænsning, der ligger i, at enhver myndighed kun er sat til at varetage et nærmere bestemt formål.⁹ De hensyn, der sagligt kan ligge til grund for skønnet, skal således ligge inden for rammerne af formålet med de opgaver, som den pågældende myndighed har til opgave at løse.

Med udgangspunkt i en sådan formålsbetragtning er de hensyn, der sagligt kan lægges til grund for lægebehandlingen, bestemt af sygdommens alvor, sygdomsforløbet, dødsrisiko, smerteniveau og risici for, at patientens funktionsniveau hæmmes nu og undervejs i sygdomsforløbet. De hensyn, der sagligt kan indgå i et skøn over valg mellem forskellige behandlingsmuligheder, vil være hensyn til, om behandlingen alene er livsforlængende, om den vil fjerne eller reducere patientens smerte og funktionsniveau, samt om hvor god prognosen for et godt resultat er. Der vil samtidig være en række relevante modhensyn, som skal indgå i skønsvælgelsen, herunder hensyn til lidelser og bivirkninger i forbindelse med behandlingen, risikoen for komplikationer og i den forbindelse en afvejning af risikograd og omfang.¹⁰

Patientens ønske om behandling må ikke blandes sammen med interesser, der rækker ud over dette formål. Det er naturligvis ulovligt at gøre behandlingen af patienten betinget af et løfte om at deltage i et bestemt forsøg. Alder kan heller ikke lovligt tillægges selvstændig betydning ved visitationen af en patient til eksempelvis en neuromedicinsk afdeling. En intern instruks, hvorefter sygehuset kun visiterer patienter til f.eks. specialafdelingen for apopleksiramte patienter, hvis de er under 70 år, er derfor ulovlig. Patientens alder kan derimod have betydning for en vurdering af risici og bivirkninger og dermed også for valg af behandling.

Tilsvarende må behandlingen ikke gøres betinget af patientens misbrug af tobak, alkohol eller andre rusmidler. Patientens insistere på at fortsætte sin hidtidige livsstil kan have betydning for valg af behandlingsform, idet resultatet af visse behandlingsformer påvirkes af tobak eller alkohol.

9. Ibid.

10. Prioritering inden for sundhedsvæsenet – en redegørelse, Det Ethiske Råd, 1995, p. 42.

Lighedsgrundsætningens forbud mod forskelsbehandling er en anden måde at udtrykke kravet om saglighed på. Lighedsgrundsætningen indebærer ikke, at alle skal stilles ens, men i denne ligger en pligt til at gøre forskel, når der er saglig grund til det. Grundene til at gøre forskel skal være saglige og relevante. Valg af behandling og tidspunkt kan eksempelvis ikke selvstændigt gøres betinget af patientens alder, erhverv, indkomst og køn. Den rækkefølge, patienterne behandles i, bør alene baseres på en samlet vurdering af den enkelte patients helbredstilstand og behandlingsbehov i forhold til de øvrige patienter. Patienter fra andre amter skal eksempelvis behandles på samme vilkår som patienter fra eget amt, medmindre der er saglig grund til andet.

Skønsmæssige regler og vagt formulerede retningslinier indebærer, at der på de fleste hospitalsafdelinger er udviklet en fælles praksis for, hvilke hensyn der tillægges betydning i behandlingen af patienten. Ind imellem udvikler beskrivelsen af praksis sig til et sæt interne regler og retningslinier. Sådanne instrukser findes i stort tal i forbindelse med den objektive undersøgelse og visitation af patienterne. Interne retningslinier og praksisbeskrivelser må ikke erstatte den selvstændige vurdering af patienten. Med kravet om saglighed følger et krav om en selvstændig vurdering af den enkelte patient og dermed en pligt til at foretage et konkret skøn over hver enkelt patient.

Proportionalitetsprincippet indeholder en begrænsning af skønnet efter et princip om, at midlet skal stå i et fornuftigt forhold til målet. Princippet indebærer, at indgrebet skal stå i et passende forhold til patientens udbytte. Anses behandlingen for særligt indgribende, kan man efter proportionalitetsprincippets tankegang kræve, at nødvendigheden skal være særlig klar. Jo mere indgribende foranstaltninger der er tale om, desto klarere må nødvendigheden være.

Det vil i almindelighed ikke være berettiget at anlægge en proportionalitetsbetragtning i valget mellem forskellige behandlingsformer med et krav om, at patientens udbytte skal stå i et fornuftigt forhold til udgifterne af behandlingen. Sådanne betragtninger rækker ud over formålet med behandlingen og har i sager på andre områder ført til, at hensyn, der ud fra

en samfundsøkonomisk betragtning kunne opfattes som saglige, diskvalificeres som ulovlige, fordi de indholdsmæssigt ligger for langt fra formålet med loven.¹¹ Lægeloven pålægger ganske vist lægen en pligt til at tage økonomiske hensyn ved ordinationen af lægemidler. Bestemmelsen giver imidlertid ikke hjemmel til at inddrage økonomiske hensyn i andre situationer end i valget mellem ligeværdige lægemidler.¹²

Patienters retsstilling

Folketinget vedtog i 1998 en samlet lovgivning omhandlende de grundlæggende og generelle principper vedrørende patienters retsstilling. Regler om kvalitet og ret til undersøgelse og behandling inden for bestemte tidsfrister, som retter sig mod sygehuskommunerne, falder uden for patientretsstillingsloven. Der findes, jf. ovenstående, kun på ganske få områder nogle præcise regler for retten til at blive behandlet. Fra et forvaltningsretligt synspunkt er spørgsmålet om retten til at blive behandlet derfor i det væsentligste et spørgsmål om, hvordan ressourcerne skal fordeles.¹³ At patienten har et reelt behandlingsbehov, indebærer ikke en ret til umiddelbart at komme under behandling. Det er med begrænsede ressourcer ikke altid muligt at holde en standard og en kapacitet, der gør det muligt at tage syge under den bedst mulige behandling straks, når det er nødvendigt. Tilfælde, der kan vente, må vente – det kan patienten dø eller få varige mén af, hvis der skønnes forkert.¹⁴

Beslutningen om, hvorvidt patienten skal tilbydes behandling på et af landets hospitaler, er en afgørelse, der træffes af den indlæggende læge

11. Hans Gammeltoft-Hansen, Jon Andersen, Kaj Larsen og Karsten Loiborg, *Forvaltningsret*, 1994, p. 235.

12. Johs. Nehm, Søren Thorning og Michael von Magnus, *Lægeloven – med kommentarer*, 1990, p. 63.

13. Asbjørn Kjønstad, *Patienters rettigheder – kontraktsrett eller forvaltningsrett?*, 1982, p. 593.

14. Tidemand-Petersson, *Lægeansvar*, 1978, p. 129.

under forundersøgelsen. Medmindre der er en lægelig indikation for behandling, har patienten ikke krav på at blive behandlet. Uden lægelig indikation har patienterne eksempelvis ikke krav på få foretaget kosmetiske operationer. Er ønsket om behandling imidlertid lægefagligt velbegrunderet, vil manglende behandling være omfattet af lægelovens forsømmelighedsbestemmelser. Lægens pligt til at vise omhu og samvittighedsfuldhed vil, i de tilfælde hvor behandlingsbehovet er aktuelt, udløse en ventelisteret. Men af hvem, hvor og hvornår patienten i givet fald skal behandles, afhænger af sygdommens og sygdomsforløbets karakter i forhold til de øvrige patienter, der står på ventelisten.

Patientretsstillingsloven hører til den kategori af regler inden for sundhedsretten, der fastlægger nogle generelle og grundlæggende principper for patienters retsstilling.

KAPITEL 1

Formål, anvendelsesområde, definitioner m.v.

§ 1

Loven skal medvirke til at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres. Loven skal endvidere medvirke til at sikre tillids- og fortrolighedsforholdet mellem patient og sundhedsperson.

§ 2

Loven gælder for patienter, der inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed, modtager eller har modtaget behandling af sundhedspersoner, medmindre andet særligt er fastsat i lovgivningen.

§ 3

Ved behandling forstås i denne lovundersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient, m.v.

§ 4

Ved sundhedspersoner forstås i denne lov personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar.

§ 5

For en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder efter loven, i det omfang dette er nødvendigt for at varetage patientens interesser i den pågældende situation.

Udgangspunktet for loven er patientens retsstilling. Hermed menes de basale retsregler, der regulerer forholdet mellem patient og sundhedsperson.¹ Loven skal, jf. bestemmelsen i § 1, medvirke til at sikre respekten for patientens værdighed, integritet og selvbestemmelse samt tillids- og fortrolighedsforholdet mellem sundhedsperson og patient. Selvbestemmelsesretten indebærer, at en aktuel, utvetydig og informeret tilkendegivelse fra en voksen og habil patient skal respekteres.

Patientretsstillingsloven retter sig først og fremmest mod forholdet mellem læge og patient. Det er derfor i forholdet mellem sundhedsperson og patient, at loven definerer patientens retsstilling.

Lovens formål

Patientretsstillingsloven hviler på et grundlæggende princip om patientens autonomi og ret til at træffe beslutninger vedrørende sit eget liv. Formålsbestemmelsen henviser med respekten for patientens værdighed og integritet til et grundlæggende princip om personlighedens ukrænkelighed. Respekten for patientens værdighed og integritet indebærer, at det så vidt muligt er patienten selv, der ved udøvelsen af sin selvbestemmelsesret drager denne grænse, og at andre skal respektere retten til at få den overholdt.

1. Forslag til lov om patienters retsstilling nr. L. 15 af 26. marts 1998, vedtaget som lov nr. 428 af 1. juli 1998.

Formålsbestemmelserne understreger de grundlæggende principper, som loven bygger på og som de enkelte bestemmelser skal fortolkes ud fra. Sundhedspersonalet skal i behandlingen af patienterne tage hensyn til og udgangspunkt i patientens værdighed, integritet og ret til selvbestemmelse. De grundlæggende holdninger og værdier i patientretsstillingslovens formålsbetragtninger kommer især til syne i bestemmelserne om det informerede samtykke, patientens ret til at frabede sig behandling og kravet om samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger.

Lovens anvendelsesområde

Loven gælder for patienter, der inden for sundhedsvæsenet har modtaget eller modtager undersøgelse, behandling og pleje af en autoriseret sundhedsperson og for personer, der handler på dissers vegne, jf. §§ 2-4.

Ved en autoriseret sundhedsperson forstås en person, der er meddelt autorisation efter de gældende autorisationslove som læge, tandlæge, sygeplejerske, jordemoder, fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk tandtekniker, fodterapeut, kiropaktor, psykolog, optiker, klinisk diætist og tandplejer. Loven finder tilsvarende anvendelse på personer, der arbejder under ansvar af autoriserede sundhedspersoner. Sidstnævnte gruppe omfatter navnlig social- og sundhedsassistenter, plejere og sygehjælpere.

Det særlige for sundhedssektoren er, at sundhedspersonalet er undergivet en dobbelt kontrol. Foruden at være omfattet af en egentlig tilsynsvirksomhed er sundhedspersonalet i lighed med alle øvrige offentligt ansatte undergivet et tjensteligt ansvar i forhold til ansættelsesmyndigheden, og tjenstemandsansatte er undergivet et egentligt disciplinæransvar. Social- og sundhedsassistenter, plejere og sygehjælpere er som det autoriserede sundhedspersonale ligeledes omfattet af Sundhedsstyrelsens og Patientklagenævnets tilsynsvirksomhed.

Loven finder anvendelse overalt inden for det offentlige sundhedsvæsen, i almen praksis og på institutioner inden for det private sundhedsvæsen,

hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed af en autoriseret sundhedsperson eller dennes medhjælper.

Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient mv., jf. § 3. Sygeplejersker, der virker under den kommunale hjemmepleje, og som udfører behandling og sundhedsfaglig pleje, er således også omfattet af loven. Det er i den sammenhæng uden betydning, om behandlingen finder sted i patientens eget hjem, i bofællesskaber eller på plejehjem. Det er den individorienterede behandling og pleje, der er omfattet af loven. Ydelser efter de kommunale sundhedsordninger er også omfattet, ligesom de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge og svangreomsorgen.²

Loven omfatter ligeledes plejehjem, beskyttede boliger og institutioner for voksne handicappede, Bedriftssundhedstjenesten, Kriminalforsorgen mv. i forbindelse med udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed.

Uden for lovens anvendelsesområde falder sygehuspersonale, som ikke er autoriseret eller handler på vegne af en autoriseret sundhedsperson og ikke deltager i behandlingen af patienterne. Loven omfatter således ikke socialrådgivere og patientvejledere, som er tilknyttet sygehuset, eller afdelingssekretærerne på de enkelte sengeafsnit. De deltager ikke i den sundhedsfaglige behandling af patienterne og er derfor heller ikke omfattet af sundhedsstyrelsens tilsynsfunktion. De er som øvrige offentligt ansatte undergivet et almindeligt tjenestepligtansvar over for deres arbejdsgivere. Loven omfatter ligeledes ikke kommunale lægekonsulenter eller andet autoriseret personale, som er ansat til at varetage administrative opgaver.

Loven omfatter patienter i en behandlingssituation, og den omfatter både de tilfælde, hvor patienten definerer sig som patient ved at henvende sig til sundhedsvæsenet med ønske om behandling, og de tilfælde, hvor behandlingen er foreskrevet i særbestemmelser, som f.eks. psykiatriloven.

Uden for patientretsstillingslovens anvendelsesområde falder særlige lovregulerede områder som f.eks. Psykiatriloven, lov om kunstig befrugt-

2. L. 15, p. 11.

ning, lov om ligsyn, obduktion og transplantation mv. Patientretsstillingslovens almindelige regler finder dog anvendelse, medmindre de fortrænges af specielle regler i de enkelte særlove.³

Særligt om forholdet mellem patientretsstillingsloven og lov om et videnskabetisk komitésystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter anføres det i forarbejderne, at hvis en gruppe personer, der deltager i et biomedicinsk forskningsprojekt, omfatter både raske forsøgspersoner og personer under behandling, er sidstnævnte gruppe omfattet af begge love, hvorimod førstnævnte gruppe er omfattet af komitéloven.⁴ Det betyder for den forsøgsperson, som tillige er patient, at denne med hensyn til helbredstilstand og behandlingsmuligheder dels skal informeres efter komitélovens bestemmelser vedrørende forsøgsprojektet og dels efter patientretsstillingsloven.

Bemyndigelsesbestemmelse

I tilfælde hvor en patient ikke selv kan tage vare på sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder, jf. § 5.

Skønner sundhedspersonen, at en mindreårig patient mellem 15 og 17 år ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, indtræder forældremyndighedens indehaver i den unges rettigheder efter § 8, stk. 2. For børn og unge under 15 år følges de normale regler, hvorefter det er forældremyndighedens indehaver, som har bemyndigelse til at træffe beslutninger vedrørende barnets personlige forhold. Sundhedspersonalet kan, hvis forældre til børn og unge under 15 år ikke varetager barnets interesser, anmode børn og ungeudvalget om at træffe beslutning om behandling, jf. § 44 i lov om social service. Der skal, for at børn og ungeudvalget i kommunen kan gribe ind, være tale om en livstruende sygdom eller en

3. L. 15, p. 17.

4. L. 15, p. 17.

sygdom, der udsætter barnet eller den unge for varig og betydelig invaliditet.

For patienter, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give samtykke, indtræder de personer, som efter § 9 eller § 10 har bemyndigelse til at handle på patientens vegne.

Den særlige kompetence, som forældre til børn, der er fyldt 15 år, og som pårørende er tillagt, gælder kun i forbindelse med afgivelse af et informeret samtykke til behandling. Det betyder, at forældre og pårørende kun kan give samtykke til den konkrete behandling og til videregivelse af oplysninger, som er nødvendige til brug for den aktuelle behandling af patienten. Da videregivelse af helbredsoplysninger til offentlige myndigheder, private virksomheder eller andre ikke er et nødvendigt led i behandlingen af patienten, giver hverken § 8, stk. 2, eller § 9 hjemmel til, at forældre eller pårørende giver samtykke i disse situationer.

Bestemmelserne om patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, finder ikke anvendelse på de særlige tilfælde af patientens selvbestemmelse, der er omfattet af lovens kapitel 3. Repræsentanter, som efter § 9 er bemyndiget til at varetage patientens interesser, kan således ikke, jf. § 13, give afkald på livsforlængende behandling på patientens vegne. I de tilfælde, hvor de pårørende ikke varetager patientens interesser, kan sundhedspersonen gennemføre behandlingen med embedslægens tilslutning, jf. § 9, stk. 4.

Retten til at indtræde i patientens rettigheder vedrører kun forhold, der er nødvendige for, at repræsentanten kan varetage patientens interesser og behov i den konkrete situation.⁵ Det må derfor bero på et konkret skøn, i hvilket omfang forældre eller pårørende skal gives adgang til at handle på patientens vegne. Hvis den inhabile voksne eller den mindreårige unge klart modsætter sig videregivelse af oplysninger, må repræsentanten respektere denne beslutning, også selv om patientens beslutning synes uden mening. Hverken værge eller de nære pårørende vil i en sådan situation kunne samtykke til videregivelse. Hvorvidt videregivelsen er berettiget, vil

5. L. 15, p. 18.

herefter bero på en konkret vurdering efter reglerne om videregivelse af helbredsoplysninger uden samtykke.

KAPITEL 2

Selvbestemmelse, information og samtykke

§ 6

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 8-10.

Stk. 2. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. § 7.

Stk. 4. Et informeret samtykke efter dette kapitel kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

Stk. 5. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om samtykets form og indhold.

§ 7

Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Stk. 3. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling.

Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Stk. 4. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Stk. 5. Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, jf. § 6, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information, jf. stk. 2.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om informations form og indhold.

Det er et grundlæggende princip, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens samtykke. Patientens selvbestemmelse indebærer en fundamental ret til at træffe beslutninger vedrørende egen behandling. Respekten for patientens autonomi og integritet gør ethvert indgreb i patientens frihed til at træffe beslutninger vedrørende sit eget liv til en strafbar og erstatningspådragende krænkelse af patientens ret til selvbestemmelse.

Den viden, det sundhedsfaglige personale har om sygdomsforløbet, behandlingsmuligheder og komplikationer, er afgørende for patientens beslutninger. Patientretsstillingsloven sammenfatter samtykket og den information, der ligger til grund for samtykket, som to begreber, der er helt centrale for patientens retstilling. Loven tilkendegiver derved, at samtykket afhænger af den information, som patienten har fået. Forudsætningen for, at samtykket kan tillægges retlig betydning, er, at patienten forud for behandlingen er blevet tilstrækkeligt informeret om sin helbredstilstand, behandlingsmuligheder, komplikationer, senfølger og efterfølgende behov

for pleje. Patientens udøvelse af selvbestemmelsesretten giver kun mening, hvis samtykket »er givet på grundlag af fyldestgørende information«, jf. § 6, stk. 3. Den information, patienten modtager, er en forudsætning for, at patienten kan håndhæve sin selvbestemmelsesret. Gennemføres behandlingen helt uden samtykke eller på mangelfuld information, foreligger der en retsstridig krænkelse af patientens selvbestemmelsesret.

Kravet om, at patienten skal give sit samtykke til behandling, blev først lovfæstet i dansk ret i forbindelse med en ændring i lægeloven i 1992.¹ Indtil da baserede kravet om samtykke sig på en uskreven retsgrundsætning. Reglerne om information og samtykke findes i dag i lov om patienters retsstilling, der samtidig ophæver lægelovens bestemmelser om information og samtykke samt Sundhedsstyrelsens cirkulære fra 1992 om information og samtykke – lægers pligt og patienters ret.²

Samtykkekravet

Retten til selvbestemmelse kan ikke adskilles fra den information, patienten har fået. Den information, som sundhedspersonen giver patienten, præciserer og konkretiserer rækkevidden af samtykket, og samtykket rækker ikke længere end den information, patienten har fået.³ Kravet om informeret samtykke er i patientretsstillingsloven indføjet i § 6, stk. 1, der fastslår, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder samt oplysning om konsekvenserne af, at der ingen be-

1. Lov nr. 351 af 14. maj 1992.

2. Cir. nr. 163 af 22. september 1992 om information og samtykke – lægers pligt og patienters ret.

3. Vejledning af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., p. 5.

handling iværksættes, jf. § 7, stk. 4. Den information, patienten får, er således kvalificerende for samtykket. Har patienten givet samtykke til behandling, og opstår der under operationen komplikationer, som patienten ikke var informeret om, kan behandlingen efter omstændighederne være både strafbar og erstatningspådragende. Opstår der under operationen f.eks. blødninger på livmoderen, der nødvendiggør en fjernelse af livmoderen for at sikre patientens overlevelse, er indgrebet omfattet af nødretsbestemmelsen i § 10, men er det samtidig forventede komplikationer, som patienten burde have haft kendskab til, har lægen krænket patientens selvbestemmelsesret.

Tilsammen udtrykker §§ 6 og 7 kravene til det informerede samtykke. Patientretsstillingslovens bestemmelser om det informerede samtykke er en væsentlig præcisering af lægelovens bestemmelser. Tidligere udgjorde lægelovens § 6, stk. 2-3, reglerne om det informerede samtykke. Om informationspligt fastsatte lægelovens § 6, stk. 2, at lægen, hvor det var muligt og hvor der ikke var grund til at antage, at det ville være i strid med patientens ønske, skulle oplyse patienten om dennes helbredstilstand og behandlingsmulighederne. Der var i lægeloven dermed indføjet en adgang for lægen til at antage, at patienten ikke ønskede disse oplysninger. Undtagelsen var en væsentlig indskrænkning i patientens selvbestemmelsesret, og den blev i praksis fortolket særdeles snævert, hvor indicierne for at antage, at patienten ikke ønskede disse oplysninger, skulle være endog meget stærke.⁴ Patientretsstillingslovens regler om informeret samtykke giver ikke hjemmel for sundhedspersonalet til at antage, at oplysninger om helbredstilstand og behandlingsmuligheder strider mod patientens ønsker. Enhver behandling forudsætter patientens informerede samtykke, medmindre patienten udtrykkeligt og i utvetydige vendinger frabeder sig information, jf. § 7, stk. 2.

Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke til behandling. Reglen i § 6, stk. 2, understreger, at der er tale om et frit og frivilligt

4. Jørgen Verner, Om patienters selvbestemmelsesret på informeret grundlag i dansk ret, Ugeskrift for Retsvæsen 1993 B, pp. 209-210.

samtykke, hvor patienten på et hvilket som helst tidspunkt kan trække sig tilbage og frabede sig videre behandling. Hvis patienten afviser at modtage behandling, skal det noteres i journalen. Dette gælder også, hvis afvisningen sker ved, at patienten uden forklaring lader sig udskrive fra sygehuset. Patienten skal – der hvor det er muligt – informeres om konsekvenserne af at undlade behandling, og det skal af journalen fremgå, hvorledes denne information er givet.

Samtykket skal være udtrykkeligt, dvs., at patienten klart og konkret i såvel ord som handling skal give udtryk for at være indforstået med den påtænke behandling.

PKN 9913218

Der må ingen tvivl herske om patientens samtykke eller om rækkevidden af det. Hvis der opstår tvivl, bør sundhedspersonen undlade at behandle, medmindre der foreligger en situation, hvor behandling er absolut nødvendig, jf. lovens § 10 om øjeblikkelig påkrævet behandling. Sagen vedrørte en klage over fjernelse af patientens æggeleder uden samtykke. En 33-årig kvinde var af den praktiserende læge blevet henvist til gynækologisk afdeling på grund af en cyste på den venstre æggestok. Det var ikke på baggrund af den præoperative undersøgelse muligt at udelukke kræft. Kvinden gav i en samtykkeerklæring udtrykkeligt udtryk for, at selv om der måtte være tale om en kræftlidelse, ønskede hun ikke at få foretaget en radikal operation, men kun fjernelse af cysten. Ved den efterfølgende operation af kvinden fandt afdelingslægen en stor godartet cyste på venstre æggestok. Afdelingslægen vurderede, at det ikke var muligt at bevare æggelederen, hvis hele cysten skulle fjernes, hvorefter han valgte at fjerne æggelederen i forbindelse med, at han fjernede cysten. Samtidig fjernedes en 1/3 af venstre æggestok. Patientklagenævnet fandt, at lægens indgreb rakte videre end samtykket, hvor patienten udtrykkeligt havde tilkendegivet, at hun under ingen omstændigheder – heller ikke ved mistanke om kræft – ville have fjernet mere end cysten, og at lægen derfor burde have undladt at fjerne cysten.

U 2000.515 H

Et mandligpatient henvendte sig til hospitalet med smerte i venstre knæ. Han havde tidligere ved en kikkert undersøgelse fået konstateret en fremskreden sygdom i knæbrusken, hvorefter han blev opereret og fik brusken i knæet fjernet. Da patienten påny henvendte sig med forværrede smerter blev han indlagt til trykmåling og røntgenundersøgelse med henblik på et relevant operativt indgreb. Forud for undersøgelsen underskrev patienten en samtykkeerklæring, hvor han som led i undersøgelse og behandling af svære kroniske knæsmarter accepterede at lade sig underkaste indboring af knogletrykmålingskanyler i knoglerne omkring begge knæled samt efterfølgende indsprøjtning af 5 ml røntgenkontraststof i hver knæskal.

Det fremgik af journalen, at trykmåling og røntgenfotoografering viste normale forhold i begge knæes knogler, medens kikkertundersøgelsen afslørede nubret brusk på indersiden af venstre knæ. Medens patienten endnu var i narkose i forbindelse med trykmålingerne valgte operatøren at gennemføre en såkaldt Bandioperation, hvor knæets strækkesene flyttedes for at lette trykket på knæets ledflader. Beslutningen om en Bandioperation var klinisk velbegrundet, og der blev i forbindelse med operationen ikke begået fejl.

Uanset at Bandioperationen på tidspunktet for operationen var et standardindgreb, var lægeligt indiceret og blev korrekt udført fastslog Højesteret at hospitalet ved at have udført operationen uden patientens samtykke havde handlet ansvars- og erstatningspådragene for krænkelse af patientens legeme.

Det er et grundlæggende princip for al behandling, at den ikke må indledes eller fortsættes mod patientens vilje. Hvor der ikke er særlig hjemmel for tvangsmæssig behandling, og hvor der ikke foreligger en nødsituation kræves der således altid et informeret samtykke. Det gælder uafhængigt af, om behandlingen i øvrigt var motiveret ud fra et lægeligt synspunkt og korrekt udført.

Samtykket skal være konkret, dvs., det skal være givet til en konkret behandling, og det skal være klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter. Det skal være klart, hvilken behandling og hvilke behandlingsmetoder der må foretages og hvad formålet med behandlingen er. Samtidig skal samtykket være aktuelt, dvs., samtykket skal gives til en aktuel behandling, der skal foretages i nærmeste fremtid og ikke på et uvist tidspunkt i fremtiden. Det betyder også, at den patient, der ved forundersøgelsen tilbydes eksempelvis en prostataoperation, skal informeres om bivirkninger og komplikationer første gang, han samtykker og igen ved den efterfølgende indlæggelse 3 måneder senere. Kravet om, at samtykket skal gives til konkret behandling og skal afspejle den aktuelle sygdomssituation, betyder derfor, at hvis der kommer nye oplysninger eller der sker ændringer i behandlingsplanen, skal der indhentes fornyet samtykke fra patienten. I takt med udviklingen i sygdomsforløbet vil udgangspunktet for patientens samtykke derfor også ændres.

Et mundtligt samtykke er fuldt tilstrækkeligt til, at sundhedspersonen kan indlede eller fortsætte en behandling. Men det skal af journalen fremgå, hvilken information patienten har fået, og hvad patienten har tilkende-

givet. Et skriftligt samtykke vil sjældent være nødvendigt. Det kan i særlige situationer være hensigtsmæssigt, at sundhedspersonen anmoder om et skriftligt samtykke. F.eks. ved større indgreb og komplicerede behandlinger med risiko for omfattende komplikationer, hvor sundhedspersonen vil være sikker på, at der ikke efterfølgende kan rejses tvivl om samtykkets indhold. Patienten har imidlertid ikke pligt til at underskrive et sådant samtykke. Har patienten skrevet under på en erklæring om, at vedkommende føler sig grundigt informeret, uden at det af erklæringen samtidig fremgår, hvilken information patienten faktisk har fået, er erklæringen uden juridisk betydning.⁵

Patientretsstillingsloven omtaler muligheden for et stiltiende samtykke. Bestemmelsen om det stiltiende samtykke i § 6, stk. 4, skal ses i sammenhæng med, at sundhedspersonen som et led i undersøgelsen har pligt til løbende at informere patienten om, hvad undersøgelsen indebærer. Det informerede samtykke baserer sig på en dialog mellem patient og sundhedsperson, hvor disse løbende udveksler oplysninger, stiller spørgsmål og når frem til enighed og fælles forståelse af den behandling, der skal iværksættes. Er patienten løbende blevet informeret, vil patienten samtidig have en klar forestilling om sundhedspersonalets overvejelser mht. til den fortsatte behandling. Det følger af bestemmelsen om den løbende information, at der vil være tilfælde, hvor det vil forekomme kunstigt at afkræve patienten et udtrykkeligt samtykke. Har patienten af den undersøgende læge fået fortalt, at det er nødvendigt at få taget nogle blodprøver, hvorefter patienten melder sig på hospitalets blodprøveudtagning, smøger det ene ærme op og sætter sig ned på den ledige stol ved siden af laboranten, der sidder ved et bord med reagensglas, er det berettiget, at laboranten opfatter det som et stiltiende samtykke. Loven åbner op for et stiltiende samtykke, hvor det i behandlingssituationen er utvivlsomt, at patienten er indforstået med behandlingen.⁶ Et sådant stiltiende samtykke vil som hovedregel kun

5. Jf. Patientklagenævnets årsberetning 1994/95, p. 92.

6. Jf. bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. § 2, stk. 4.

være aktuelt i forbindelse med enkelte delelementer i undersøgelses- og behandlingsforløbet. Lægen må således kunne gå ud fra, at patienten, der møder frem til forundersøgelsen, samtidig også har givet samtykke til de mest almindelige undersøgelser, som en sådan forundersøgelse rummer. Medmindre patienten tilkendegiver andet, vil sundhedspersonen med rimelighed kunne antage, at der foreligger et stiltiende samtykke til f.eks. undersøgelse af lunger, undersøgelse af arme og bens funktionsevne, rensning af sår, påsætning af bind mv. På samme måde giver den patient, der selv møder frem på skadestuen med et blødende sår, også tilladelse til, at skadestuelægen og sygeplejersken rens og forbinder såret. Dialogen mellem læge og patient forudsætter imidlertid, at lægen løbende fortæller patienten, hvad han gør. Det giver patienten lejlighed til at stille spørgsmål samt mulighed for at frabede sig behandling.

Hensynet til patienten

Bestemmelsen i § 7, stk. 3, fastsætter, at informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring mv. Bestemmelsen rummer en pligt til at tage hensyn til patienten, herunder at sætte sig i patientens sted ved at tilpasse informationen til den konkrete patient. Hensynet til patienten berettiger ikke, at sundhedspersonalet uden patientens samtykke tilbageholder oplysninger, der har betydning for patientens stillingtagen. Patientretsstillingsloven giver ikke, som de tidligere regler i lægeloven, mulighed for, at lægen selv afgør, om en patient kan tåle at blive informeret om sin sygdom. Den ændring, der er sket i formuleringen af denne bestemmelse, skal tages som udtryk for, at man har villet skærpe praksis, således at patienten nu udtrykkeligt skal frabede sig information, jf. § 7, stk. 2. Herved er det særligt tydeligt understreget, at patientens selvbestemmelse også gælder patientens ønsker om at afstå fra information om helbredstilstand, sygdomsprognose og behandlingsmuligheder.

Retten til ikke at vide omfatter patienter i en behandlingssituation, jf. § 2. Uden for lovens anvendelsesområde falder henvendelser til forsøgspersoner som led i et forskningsprojekt eller lignende. Samtykkebestemmelserne er i disse tilfælde reguleret i lov om et videnskabetisk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter.

PKN 9912611

Sagen vedrørte en ældre mandlig patient, hvor man under en operation for vandladningsgener fik mistanke om, at patienten havde kræft i blærehalskirtlen. Få dage efter operationen blev diagnosen bekræftet ved den mikroskopiske vævsprøveundersøgelse. Det fremgik af journaludskriften, at overlægen bevidst undlod at informere patienten om fundene, dels på grund af patientens relativt høje alder, dels fordi overlægen vurderede, at patienten havde det godt og derfor ikke skulle behandles for sin lidelse de følgende måneder. Først ved en henvendelse til egen læge 5 måneder senere blev han bekendt med kræftlidelsen. Den omstændighed, at patienten var 75 år gammel, og at han i øvrigt havde det godt, begrundede ifølge Patientklagenævnet ikke, at overlægen undlod at informere ham om diagnosen, og om hvilke relevante medicinske og kirurgiske behandlingsmuligheder han havde.

PKN 1993/94.38

En 66-årig kvinde blev på grund af forværring af en kronisk lungelidelse henvist til en lungeklinik til en lungefunktionsundersøgelse. Der blev tillige udført røntgenundersøgelse af lungerne. Patienten blev efterfølgende informeret om, at der var et tumorsuspekt område i den ene lunge, at det drejede sig om kræft, og at der ikke var mulighed for operation. Der blev aftalt en fornyet undersøgelse en uge senere efter behandling med steroid hormon. Ved den efterfølgende undersøgelse medbragte patienten en røntgenfilm fra tidligere undersøgelser, hvorved det kunne konstateres, at forandringerne i lungen havde bestået uændret i 5 år, hvorfor mistanken om kræft måtte afslås. Såvel Sundhedsstyrelsen som Patientklagenævnet fandt, at overlægen havde overtrådt lægelovens § 6 ved at diagnosticere en kræftsygdom på et for spinkelt grundlag og derefter informere patienten herom.

En læge har pligt til af egen drift at informere en patient om forhold, som patienten ikke formodes at være bekendt med, og som må anses for væsentlige for patientens beslutning. Sundhedspersonalet kan ikke, som i sagen med den mandlige patient med kræft i blærehalskirtlen, tilbageholde informationer af hensyn til patientens høje alder og fordi patienten ikke skal behandles de følgende måneder. Hensynet til patienten kan derimod i visse tilfælde indebære, at den behandlende læge ikke bør delagtiggøre

patienten i sine overvejelser på et for spinkelt grundlag og derved give anledning til unødvendig ængstelse og bekymring.

Informationspligtens omfang

Den information, der skal udgøre basis for et reelt frivilligt samtykke, må indeholde en sådan mængde af oplysninger om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger, at patienten selvstændigt kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet. Retten til information omfatter alene patienten selv, jf. § 7, stk. 1. Pårørende har ikke nogen ret til information om patientens sygdom, medmindre der foreligger et samtykke fra patienten.

Der er i patientretsstillingsloven ikke fastsat regler for, hvilke oplysninger der er nødvendige for patientens stillingtagen, førend patienten kan siges at være tilstrækkeligt informeret. Det er næppe heller muligt at fastsætte sådanne regler. Hvis patientens selvbestemmelse reelt skulle praktiseres, måtte den enkelte patients krav på information være målestok for, hvilken information der gives. Lige så urealistisk som muligheden for at opstille fælles regler for informationen til den enkelte patient er, lige så urealistisk er det at forestille sig, at patienter, der tilbydes den samme behandling, lægger de samme kriterier til grund for deres samtykke til behandling. I stedet for at definere indholdet af det informerede samtykke er det overladt til den enkelte sundhedsperson at definere patientens behov for information. Det er if. Sundhedsstyrelsens vejledning til patientretsstillingsloven om information og samtykke mv. sundhedspersonen, der skal »vurdere, hvad der er væsentligt og relevant for patienten at vide«. ⁷ Sundhedspersonalet har pligt til at foretage et skøn over, hvilke oplysninger der er nødvendige for, at patienten kan overskue behandlingsforløbet og træffe et selvstændigt valg. Det er patientens forudsætninger og behov, som sundhedspersonen skal lægge til grund for den konkrete information.

7. Vejledning af 16. september 1998, p. 7.

Meget vil derfor afhænge af de spørgsmål, patienten stiller. Informationen skal tage hensyn til den opmærksomhed og interesse, patienten viser for bestemte risici og bivirkninger ved behandlingen, også selv om det er komplikationer, der – set med lægens øjne – forekommer usandsynligt sjældent eller som er ganske uden betydning.

Det er patienten, der samtykker, og informationen skal derfor gives med udgangspunkt i patientens perspektiv og ikke ud fra en lægefaglig standard. Patientens samtykke indebærer normalt, at sundhedspersonen ikke efterfølgende kan retsforfølges for et uretmæssigt indgreb i patientens integritet. Hvis patienten samtykker til behandlingen, men lægen ikke opfylder sin pligt til at give information om risikoen for komplikationer, krænkes patientens selvbestemmelsesret. I meget graverende tilfælde invaliderer mangelfuld information samtykket, og situationen kan nærme sig en vildledning af patienten. Der kan ikke generelt sættes lighedstegn mellem mangelfuld information og manglende samtykke. Der kan imidlertid forekomme tilfælde, hvor samtykket ikke kan tillægges betydning på grund af mangelfuld information, f.eks. hvis patienten ikke er blevet oplyst om mere eller mindre uundgåelige følger af behandlingen og derfor ikke har forstået, hvad indgrebet overhovedet går ud på.⁸

Den usikkerhed, som bestemmelserne om informeret samtykke efterlader, er måske særligt knyttet til, hvor langt informationspligten rækker i forhold til oplysninger om mulige komplikationer og bivirkninger, og til oplysning om andre behandlingsmuligheder.

Hvad angår informationen om risiko for komplikationer og bivirkninger, fremgår det af § 7, stk. 4, at der skal informeres mere omfattende, når der er nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger. Hvis der er tale om alvorlige komplikationer eller risici, skal der altid informeres, uanset om disse komplikationer forekommer sjældent eller hyppigt. Hvis der er tale om bagatelagtige komplikationer, vil der ofte skulle informeres om dette, hvis de er hyppigt forekommende. Bagatelagtige kompli-

8. Bo von Eyben, Patientforsikring, 1993, p. 205.

kationer, som kun sjældent forekommer, skal sundhedspersonalet derimod normalt ikke informere om.⁹

Det fremgår af bemærkningerne til loven, at det ikke er muligt at angive en bestemt procentuel risikogrænse for, hvornår der skal informeres om en eventuel komplikation. Det følger af pligten til at sætte sig i patientens sted, at sundhedspersonalet i informationen skal tage højde for den enkelte patients grænser for, hvad der synes at være hhv. bagatelagtige og alvorlige komplikationer. Problemet opstår normalt ikke, når der er tale om meget alvorlige eller bagatelagtige komplikationer. Det er i mellemtilfældene, det er vanskeligt at vurdere, hvor omfattende informationen skal være.

Patientklagenævnet har endnu ikke truffet afgørelse i nogle sager, der kan hjælpe til med at fastsætte nogle retningslinier for informationspligtens omfang. Der er derfor ingen aktuel praksis.

Til støtte for forsøget på at fastsætte nogle retningslinier for informationspligten skal her omtales to principielle sager.¹⁰ Sagerne er fra før patientretsstillingslovens vedtagelse. Bestemmelserne om det informerede samtykke har imidlertid længe figureret i domspraksis som en retsgrund-sætning, også længe før Sundhedsstyrelsens første cirkulære om det informerede samtykke i 1982.¹¹

U 1991.774 Ø

Østre Landsrets dom vedrørte en behandling hos en privatpraktiserende kiropraktor. Sagen drejede sig om en 40-årig kvinde, der opsøgte egen læge med hovedpine og smerter i nakken. Lægen drejede hovedet på patienten og opfordrede hende til at henvende sig igen, hvis smerterne ikke fortog sig. Patienten opsøgte lægen to dage senere og denne henviste hende til en kiropraktor. Efter at have undersøgt patienten indledte kiropraktoren en såkaldt manipulationsbehandling mod hovedpine, i første omgang ved at trykke med fingrene op mod partiet under kraniet. Dette førte ikke i første omgang til ubehag for patienten, men dagen efter hvor kiropraktoren gentog behandlingen, blev patienten dårlig med svimmelhed og opkastninger. Hun faldt om på gulvet og blev herefter indlagt på hospitalet. Ved den efterfølgende neurologiske undersøgelse af patienten viste det sig, at hun led af et »locked-

9. Vejledning af 16. september 1998, p. 7.

10. Begge sager er omtalt i Bo von Eyben, Patientforsikring, 1993, pp. 207-211.

11. Cir. af 21. oktober 1982 om information og samtykke – lægers pligt og patienters ret.

in syndrom«, hvor de eneste bevarede funktioner var bevægelse af øjnene. På opfordring blinkede patienten med øjnene og skønnedes helt vågen, men var ude af stand til at bevæge resten af kroppen, ligesom hun havde mistet taleevnen. Såvel den objektive undersøgelse som en CT-scanning og en MR-scanning tydede entydigt på, at der ved manipulationsbehandlingen var sket en læsion af hjernestammen, formentlig på grund af tillukning af de blodkar, der fører til den forlængede rygmærk. Risikoen for denne komplikation betegnes som velkendt, men meget sjælden. Det stod fast, at kiropraktoren ikke havde informeret kvinden om risiko, og at selve komplikationens indtræden ikke skyldtes fejl ved udførelsen af behandlingen. Retslægerådet mente, at patienten ved behandlingen for en helt godartet hovedpine burde været orienteret om de risici, der kan være forbundet med manipulationsbehandlingen. Patienten mente derfor, at kiropraktoren måtte være ansvarlig, fordi der ikke forelå et informeret samtykke. Kiropraktoren gjorde gældende, at han ikke havde pligt til af egen drift at informere om en så ringe risiko. Det mente retten imidlertid. Landsretten fastslog, at kiropraktoren burde have sikret sig, at patienten var indforstået med den risiko, som manipulationen af patientens nakkehvirvler indebar. I særdeleshed fordi kvinden led af en godartet hovedpine, som formentlig alligevel ville have foretaget sig i løbet af kortere tid uden behandling.

U 1992.404 H

Højesteret har i U 1992.404 H senere fastslået, at lægen ikke af egen drift har pligt til at informere om sjældent forekommende komplikationer. Højesteretsdommen vedrørte en 28-årig mandlig patient, der under en 2-årig periode blev behandlet med prednison for bløden- de tyktarmskatar. Behandlingen med prednison er sædvanligvis meget effektivt mod sygdommen. Eneste andet behandlingsalternativ er en operation med fjernelse af en del af eller eventuelt hele tyktarmen. Sygdommen havde et sjældent genstridigt forløb, og patienten blev på et tidligt tidspunkt rådet til en fjernelse af tarmen. Det var imidlertid ikke muligt at motivere patienten til et sådant indgreb. Patienten blev forud for behandlingen informeret om de almindeligt forekommende bivirkninger ved prednison (måneansigt, vægtforøgelse og usædvanlig energi), men ikke om muligheden for henfald af knoglevæv (osteonekrose). Den behandlende læge begrundede det med, at man for at undgå unødigt ængstelse ikke plejede at oplyse om sjældne bivirkninger, som f.eks. grå stær, sukkersyge, muskellidelser eller knoglehenfald, hvor risikoen er mindre end ½%. Prednisonbehandlingen hjalp radikalt i begyndelsen, men bedrede ikke tilstanden varigt. Efter en god periode fik patienten jævnlige tilbagefald, der blev behandlet med stødure med få dages varighed. Samtidig begyndte de første tegn på knoglehenfald at vise sig med tiltagende bevægelsesindskrænkninger og smerter i hofteledene. Højesteret fastslog i dommen, at lægen havde opfyldt sin informationspligt over for patienten. Det knoglehenfald, som patienten pådrog sig, var en så sjælden komplikation, at der ikke var fornødent grundlag for at fastslå, at det påhvilede lægen forud for behandlingen at informere patienten om denne risiko for yderligere at motivere ham til et kirurgisk indgreb.

Landsrettens kendelse i kiropraktordommen betegner tilsyneladende et brud på praksis ved, at der pålægges en pligt til at informere om endog

meget sjældent forekommende komplikationer. Det er imidlertid en udlægning, der overser de præmisser, landsretten lægger til grund for dommen. Det fremgår af landsrettens kendelse, at informationspligten skal ses i sammenhæng med, om behandlingen er tilstrækkeligt lægeligt indiceret. Landsretten lægger således til grund for dommen, at der var tale om en godartet hovedpine, som formentlig havde foretaget sig uden behandling. Der er således en helt afgørende forskel mellem denne sag og prednisondommen, hvor behandlingen er klart lægeligt indiceret. Patienten lider af en meget alvorlig tarmsygdom, som kan være livstruende. Der er ikke andre medicinske behandlingsmuligheder end prednison, og muligheden for et kirurgisk indgreb udgør ikke i begyndelsen af sygdomsforløbet et egentligt alternativ. Der er i sagen med kiropraktorens manipulationsbehandlinger et skærende misforhold mellem patientens lidelse og komplikationens alvor. Lidelsen er banal og reelt set ikke behandlingskrævende overhovedet samtidig med, at behandlingen medfører en risiko for meget alvorlige skader. Uanset om følgerne af behandlingen forekommer overordentligt sjældent, er behandlingen ikke tilstrækkeligt lægeligt indiceret.

Højesteret fastslår i prednisondommen, at lægen ikke af egen drift har pligt til at informere om sjældent forekommende komplikationer. Det fremgår imidlertid af journalerne, at sundhedspersonalet under behandlingen blev opmærksom på knoglehenfald som en mulig bivirkning. I journalen betegnes diagnosen allerede på baggrund af de første røntgenbilleder som »mest nærliggende«, selv om den først blev sikker nogle måneder senere.

Et andet spørgsmål i dommen var derfor, om lægen havde begået en fejl ved ikke at informere patienten om bivirkningerne, da der var tegn på begyndende komplikationer. To dommere afviste dette, én mente ikke, at en eventuel fejl havde nogen betydning, da skaden var sket, men to dommere mente, at lægen på et tidligere tidspunkt burde have oplyst om muligheden for knoglehenfald. Uenigheden mellem dommerne drejede sig ikke om den forhåndsinformation, patienten fik, men om hvorvidt røntgenbillederne rent faktisk viste tegn på knoglehenfald, og der således var grund til

at ændre behandlingsformen og for patienten grund til at tage sin modstand mod et kirurgisk indgreb op til fornyet overvejelse.

Det indebar, at de to sidstnævnte dommere skulle tage stilling til, hvorvidt patienten havde foretrukket det kirurgiske indgreb, hvis lægen havde informeret om bivirkningerne på et tidligere tidspunkt. I sagen ovenfor fandt de to dommere ikke, at det skulle komme patienten til skade, at det ikke var muligt at fastslå, hvordan han ville have reageret.

Tilbageholdenheden med at afsløre fjerntliggende følgevirkninger for at undgå unødigt ængstelse hos patienten forekommer rigtig, så længe de er ubegrundede og behandlingen samtidig klart indiceret. I det øjeblik, hvor bivirkningerne er erkendt, er det imidlertid en misforstået tilbageholdenhed. Uenigheden mellem dommerne i prednisonsagen vedrørte alene spørgsmålet om, hvorvidt røntgenbillederne viste begyndende tegn på udvikling af knoglehenfald. Er komplikationerne erkendt, er det utvivlsomt i patientens interesse at få kendskab til følgevirkningerne. Dette syn på patientens selvbestemmelsesret understreges af, at sundhedspersonalet efter patientretsstillingsloven har pligt til løbende at informere om behandlingsforløbet.

KAPITEL 3

Medicinsk behandling og inhabilitet

§ 8

En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. § 7, og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Stk. 2. Såfremt sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at patienten, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke.

Stk. 3. En patient, der er fyldt 15 år, er berettiget til aktindsigt efter bestemmelserne i kapitel 4 og kan give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger m.v. efter bestemmelserne i kapitel 5.

§ 9

For en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan informeret samtykke dog gives af værge.

Stk. 2. Har en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, ingen nærmeste pårørende eller værge, kan sundhedspersonen gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden

sundhedsperson, der har faglig indsigt på området, og som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af den pågældende patient, giver sin tilslutning hertil.

Stk. 3. I de tilfælde, der er omfattet af stk. 2, kan sundhedspersonen dog uden inddragelse af en anden sundhedsperson gennemføre en påtænkt behandling, hvis behandlingen er af mindre indgribende karakter med hensyn til omfang og varighed.

Stk. 4. Skønner sundhedspersonen, at de nærmeste pårørende eller værger, jf. stk. 1, forvalter samtykket på en måde, der åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan sundhedspersonen gennemføre behandlingen, såfremt vedkommende embedslægeinstitution giver sin tilslutning hertil.

§ 10

Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

Enhver voksen, habil person råder over sit legeme og sin sundhed og må – bortset fra særligt lovhjemlede undtagelsestilfælde – ikke underkastes behandling imod sin vilje. Forudsætningen for at kunne afgive samtykke er, at den, der afgiver samtykke, har handleevne. Det forudsætter, at patienten er så velfungerende, at vedkommende kan overskue rækkevidden af egne handlinger og er i stand til at handle fornuftsmæssigt. Patienter, som er ude af stand til at overskue konsekvenserne af en behandling, er således afskåret fra at afgive et gyldigt samtykke. Retsstillingen for denne gruppe af patienter er hidtil blevet løst ved at sammenholde flere regelsæt

med hinanden i lyset af de retlige principper, der i øvrigt vedrørte inhabile personers retsstilling.¹

Sundhedsstyrelsens cirkulære om information og samtykke modificerede på visse områder forældremyndighedslovens regler for mindreårige. Retsstillingen for varigt inhabile patienter var reguleret i værgemålsloven, men i de tilfælde, hvor der ikke forelå et egentligt værgemål, måtte sundhedspersonalet ofte handle på egen hånd, eventuelt med inddragelse af de pårørende. Endelig fandtes reglerne for den akutte og øjeblikkeligt påkrævede behandling i lægelovens akutregel og straffelovens bestemmelser om nødret.

Der er i patientretsstillingsloven særlige regler for mindreårige, varigt inhabile og patienter, der er ude af stand til at give et gyldigt samtykke, men hvor behandlingen er uopsættelig. For disse grupper af patienter er der med patientretsstillingsloven fastsat særregler, hvorved det er overladt til andre at udøve selvbestemmelsesretten for dem.

Mindreårige

Børn og unge under 18 år er under forældremyndighed, jf. § 1 i lov om forældremyndighed og samvær. Forældrene har pligt til at drage omsorg for barnet og kan, ud fra barnets interesser og behov, træffe afgørelse vedrørende barnets personlige og helbredsmæssige forhold. Mindreårige er uden retlig handleevne i personlig henseende og kan ikke handle på egen hånd, medmindre der foreligger særlig hjemmel.² Samtidig er der ifølge gældende ret ikke nogen generel pligt for forældremyndighedens indehaver til at tage barnet med på råd i spørgsmål vedrørende dets personlige forhold. Der er imidlertid på få specielle områder, herunder i patientretsstillingsloven, mere eller mindre vidtgående afvigelser fra forældre-

1. Lis Frost, *Mindreårige*, Juristen, 1995, nr. 1, pp. 15-27.

2. Lis Frost, *Mindreårige*, Juristen, 1995, nr. 1, p. 17.

myndighedens kompetence til at træffe beslutning vedrørende barnets personlige forhold.

Efter værgemålslovens § 26 skal unge over 15 år, så vidt det er muligt, inddrages i alle vigtige beslutninger vedrørende deres personlige forhold. Der er i adoptionsloven tilføjet en bestemmelse i § 6, stk. 3, om, at er barnet under 12 år, skal der foreligge oplysninger om dets holdninger til den påtænkte adoption i det omfang, barnets modenhed og sagens omstændigheder tilsiger det. Samtidig skal der ved afgørelsen i videst muligt omfang tages hensyn til barnets holdninger til den påtænkte adoption. Det retlige udgangspunkt, der fastholdes i de fleste sammenhænge, er dog fortsat, at personer under 18 år har ikke fuld selvbestemmelsesret og er enten underlagt andres beslutninger eller må dele selvbestemmelsesretten med andre.³

Patientretsstillingsloven fraviger dette udgangspunkt. Unge, der er fyldt 15 år, kan efter hovedreglen i patientretsstillingslovens § 8, stk. 1 give selvstændigt samtykke til behandling. Den 15-17-årige unge har således krav på at blive fuldt informeret om sygdommen og den foreslåede behandling. Da den unge som mindreårig stadig er under forældrenes myndighed, skal forældrene inddrages i den unges stillingtagen og som udgangspunkt have den samme information som den unge selv. Sundhedspersonen har således pligt til at forhøre sig om forældrenes opfattelse af behandlingsbehov og ønsker. Reglen tager sigte på, at sundhedspersonen drøfter behandlingssituationen med både den unge og forældrene i fællesskab. Det fremgår af bemærkningerne til loven, at der med bestemmelsen er lagt vægt på at finde en passende balance mellem den unges selvbestemmelse og forældrenes omsorgspligt.⁴ I de formentlig få tilfælde, hvor der er uenighed mellem den unge og forældrene, er retten til selv at bestemme lagt endeligt ud til den 15-17-årige unge.⁵ Den unge har efter § 8, stk. 1, således en reel selvbestemmelse på lige fod med en myndig patient og kan

3. Jon Andersen, Juridiske regler i den primære sundhedssektor, p. 51.

4. L. 15, p. 22.

5. L. 15, p. 24.

modsatte sig behandling også på trods af forældres og lægers eventuelle opfordring.

Selvbestemmelsesretten indebærer tillige, at ønsker den 15-17-årige unge ikke, at forældrene skal informeres, skal sundhedspersonalet respekterer den unges beslutning. Forældremyndighedsindehavere har efter § 8, stk. 1, ret til information og til at blive inddraget i den mindreåriges stillingtagen. Det følger imidlertid af bemyndigelsesbestemmelsen i § 5, at den særlige kompetence, som forældre til børn, der er fyldt 15 år, er tillagt, kun vedrører forhold, der er nødvendige for at varetage patientens interesser og behov. Giver den unge udtryk for, at forældrene ikke skal informeres om sygdomsforløbet, vil en beslutning om at informere forældrene imod den unges udtrykkelige ønske gå videre end varetagelsen af den unges interesser efter § 5. Forældrene vil heller ikke kunne gennemtvinge aktindsigt for sig selv imod den unges ønske.⁶

Den unge har efter bestemmelsen et personligt ansvar for den behandling, den unge samtykker i, og bestemmelsen er dermed en væsentlig indskrænkning af forældremyndighedsindehaverens kompetence til at træffe beslutning vedrørende den unges personlige forhold. Selvbestemmelsesretten gælder, uanset hvilken sygdom og behandling der er tale om, men det er klart, at sygdommens alvor og behandlingens karakter kan have betydning for vurderingen af, om en 15-årig ung patient er i stand til at overskue konsekvenserne af sine beslutninger. Er barnet eller den unge ude af stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, giver bestemmelsen i § 8, stk. 2, mulighed for, at forældrene samtykker på barnets vegne. Uanset bestemmelsen i § 8, stk. 2, giver patientretsstillingsloven ikke hjemmel til at anvende magt, hvis barnet eller den unge modsætter sig behandling. Den unge kan på et hvilket som helst tidspunkt standse en behandling ved at nægte yderligere medvirken eller ved at forlange sig udskrevet.

For børn og unge under 15 år følges de almindelige regler i lov om forældremyndighed og samvær. Det er herefter indehaveren af forældre-

6. John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, 1998, p. 318.

myndigheden, der har den endelige beslutningskompetence. I de fleste tilfælde er begge forældre indehavere af forældremyndigheden. Er barnets forældre skilt, hvor den ene har fået overdraget forældremyndigheden, er det den, som har forældremyndigheden, som træffer beslutning vedrørende barnets personlige forhold.

U 1984.665 Ø

Den såkaldte Jon-sag vedrørte en 12-årig dreng, der på moderens anmodning blev indlagt på børnepsykiatrisk afdeling. Moderen var eneindehaver af forældremyndigheden. Hendes anmodning fremkom på baggrund af, at faderen efter et ferieophold havde levet i skjul med drengen i en periode på 2½ år. Faderen sagsøgte Justitsministeriet med påstand om ulovlig frihedsberøvelse efter psykiatriloven. Faderen fik ikke medhold. Landsretten fastslog, at eftersom barnet hverken var psykotisk eller indlagt til behandling herfor, var indlæggelsen ikke omfattet af psykiatriloven, og at spørgsmålet, om en mindreårig skulle underkastes hospitalsbehandling, normalt afgøres af forældremyndighedens indehaver.

Forældremyndighedsindehaveren har som udgangspunkt en vidtgående ret til at bestemme over barnet og skal som udgangspunkt altid inddrages og give sin tilladelse til behandling. Medmindre der foreligger andet særligt grundlag, kan lægen ikke erstatte informationen til forældre med information til barnet, og et samtykke fra barnet kan ikke erstatte et samtykke fra forældrene. Barnet skal dog stadig inddrages mest muligt i spørgsmål vedrørende behandlingen, alt afpasset efter modenhed og den behandlingsmæssige situation i øvrigt, jf. § 11.

Uanset forældrenes samtykke giver patientretsstillingsloven ikke hjemmel til med magt at fastholde en 14-årig patient, der i ord og handling modsætter sig behandling. Magtanvendelsen er reguleret i psykiatriloven, og medmindre psykiatrilovens bestemmelser om magtanvendelse er opfyldt, har sundhedspersonalet ikke hjemmel til eksempelvis at fastholde barnet med henblik på røntgenfotografering, syning eller udtagning af sting, når barnet i ord og handling udtrykkeligt ikke ønsker behandling.

Det er forudsat, at forældrene handler i barnets interesse. Træffer forældrene beslutning vedrørende barnets sundhedsmæssige behandling på en måde, der er åbenbart i strid med barnets tarv, kan sundhedspersonalet i særlige situationer behandle uden forældrenes samtykke. Finder sundheds-

personen, at det er absolut nødvendigt at påbegynde en bestemt behandling af hensyn til barnets sundhed eller fremtidige velfærd, er sundhedspersonen forpligtet til at underrette de sociale myndigheder. Det kommunale børn og ungeudvalg kan herefter træffe beslutning om at gennemføre behandling eller undersøgelse, hvis forældremyndighedsindehaveren undlader at lade barnet undersøge eller behandle for en livstruende sygdom eller en sygdom, der udsætter den unge for varig og betydelig invaliditet, jf. § 44 i lov om social service.

Sundhedspersonalet kan ikke handle på egen hånd i situationer, hvor forældrene handler i åbenbar strid med barnets interesser. Den altovervejende hovedregel er, at sundhedspersonen alene kan indlede behandling med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, og nægter forældrene at give samtykke, er den rigtige fremgangsmåde at indhente samtykke fra kommunens børn og ungeudvalg. I tilfælde, hvor hensynet til barnet taler for at behandlingen ikke skal udsættes med henblik på behandling i børn og ungeudvalget, kan formanden eller næstformanden træffe foreløbig beslutning om behandling. Er der tale om en situation, hvor behandling er øjeblikkelig påkrævet for barnets overlevelse, og det ikke er muligt at få kontakt til forældrene, kan sundhedspersonen indlede behandling efter bestemmelsen i patientretsstillingslovens § 10.

Inden for den specielle del af sundhedsretten findes særlige regler for mindreåriges selvbestemmelsesret. Sådanne særlige regler har, jf. § 2, fortrin frem for de generelle regler i patientretsstillingen.⁷ Eksempler på områder, hvor mindreårige har fået tildelt en vis medindflydelse og selvbestemmelse inden for sundhedsretten, findes i reglerne for abort, sterilisation, prævention og organtransplantation.⁸

Abort. Kvinder har, jf. §§ 1-3 i lov om svangerskabsafbrydelse, en lovbestemt ret til gratis abort inden for de første 12 uger af graviditeten. Et samråd kan under særlige betingelser give tilladelse til abort senere i

7. L. 15, pp. 24-25.

8. Lis Frost, *Mindreårige – information og samtykke til sygdomsbehandling*, Juristen, 1995, nr. 1, p. 25.

svangerskabet. Forstår kvinden betydningen af indgrebet, kan det kun finde sted med hendes samtykke – også selv om hun er mindreårig. Forældremyndighedens indehaver skal som udgangspunkt give samtykke til indgrebet, men kvinden kan af samrådet få tilladelse til enten at undlade indhentelse af samtykke eller til at få indgrebet foretaget mod forældrenes vilje.

Organtransplantation. Transplantation fra en levende person under 18 år kan kun finde sted med samtykke fra såvel den mindreårige som forældremyndighedens indehaver, jf. § 13, stk. 2, i lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v.

Prævention. Læger er forpligtet til at yde gratis vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder. Vejledning kan, jf. § 11, stk. 3, i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, gives til mindreårige uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Sterilisation. En person under 18 år kan kun steriliseres under ganske særlige omstændigheder og med godkendelse fra abortsamrådet, jf. § 4, stk. 3 og § 5 i lov om sterilisation og kastration. Anmodning skal fremsættes af både den mindreårige selv og forældremyndighedens indehaver.

Varigt fornuftsinhabile patienter

For patienter, der varigt mangler evnen til at give samtykke, er det efter § 9, stk. 1, de nærmeste pårørende eller patientens værge, der giver informeret samtykke til behandlingen. Selve den omstændighed, at en person er afhængig af hjælp i form af hjemmesygepleje eller hjemmehjælp, indebærer ikke i sig selv en begrænsning i selvbestemmelsesretten.

Det er efter bestemmelsen afgørende, at patienten varigt mangler evnen til at handle fornuftsmæssigt og at tage vare på sine interesser. Demente, kronisk sindslidende, alvorligt udviklingshæmmede og svært alderdomssvækkede, som er ude af stand til at forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag i en behandlingssituation og som må betegnes som patienter, der varigt mangler evnen til at give et informeret samtykke, er om-

fattet af reglerne i § 9. Patienter, der er midlertidigt fornuftsinhabile pga. bevidstløshed forårsaget f.eks. af ulykke, forgiftning eller andre forhold, falder uden for bestemmelsen i § 9.

Efter § 9, stk. 1, kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling af varigt inhabile.

Patientretsstillingsloven giver ikke en nærmere definition af personkredsen af nærmeste pårørende. Ved nærmeste pårørende forstås først og fremmest patientens samlevende ægtefælle eller samlever, slægtninge i lige linie og alt efter de konkrete forhold patientens søskende. Der lægges i bemærkningerne til lovforslaget vægt på, at familiebandet ikke altid er eneafgørende. En nær ven, en patientrådgiver, en besøgsven eller anden omsorgsgiver, der er fortrolig med patienten og som af patienten opfattes som »den nærmeste«, falder ligeledes ind under begrebet. Begrebet pårørende er i loven meget udvidet, og der kan i praksis opstå tvivl om, hvem de nærmeste pårørende er. To søskende eller både børn og samlever kan således gøre krav på at være den nærmeste. Hvem den nærmeste er, må i hvert enkelt tilfælde bero på en konkret vurdering. Patientens samlever, der hver dag kommer på besøg og opholder sig på sengestuen under stuegangen og som patienten plejede at tage med til konsultationen med lægen, kan efter omstændighederne betragtes som den nærmeste frem for måske patientens børn eller søskende. Anlægges der en sådan fortolkning af begrebet pårørende, skal det for sundhedspersonalet være utvivlsomt, at patienten havde peget på vedkommende som sin naturlige værge, hvis man havde spurgt om, hvem der skulle tage vare på patientens interesser.

Værgemålsloven giver mulighed for at udpege en værge for voksne personer, der er ude af stand til at træffe beslutninger vedrørende deres personlige forhold. Med værgemålslovens vedtagelse i 1995 ændredes umyndiggørelsesreglerne således, at udgangspunktet i dag er, at værgemålet skal afpasses efter behov og ikke må være mere omfattende end nødvendigt.

Værgemålet kan begrænses til at angå nærmere bestemte økonomiske eller personlige forhold efter værgemålslovens § 5. Værgemålet kan endvidere gives midlertidigt, hvis der ikke er behov for en varig ordning. Vær-

gens kompetence til at træffe beslutninger på personens vegne er begrænset til kun at omfatte de forhold værgemålet angår. I det omfang værgemålet vedrører patientens helbredsmæssige forhold, skal værgeren inddrages i beslutningen om behandlingen af patienten, også selv om patientens nærmeste pårørende samtykker til behandlingen, eftersom det er værgeren, som har samtykkekompetencen. Der er intet, som forhindrer værgeren i at delegerer kompetencen til at træffe beslutninger vedrørende behandlingen af hverdagsagtig og ukompliceret karakter til pårørende eller til det behandlingsansvarlige personale.⁹

Et andet spørgsmål er, om værgeren har kompetence til at handle imod den pågældendes ønsker. Personer, der er under værgemål, er ikke begrænset i deres retlige handleevne. Et personligt værgemål medfører derfor i princippet ikke noget indgreb i den pågældendes selvbestemmelse og faktiske handlefrihed. Værgemålet giver således ikke værgeren ret til at anvende selv et minimum af tvang. Tilkendegiver patienten trods sin sygdom og svækkelse en modstand mod den foreslåede behandling, er værgeren if. betænkning om værgemål begrænset til at »bruge sin autoritet til med ord at påvirke og overbevise«.¹⁰ Forudsætningen er, at den pågældende trods sin svækkelse eller sygdom er i stand til at tilkendegive en holdning til det konkrete problem.

Spørgsmålet om værgens medvirken til at træffe beslutning om lægebehandling og anden behandling er ikke fuldt afklaret. Kun de færreste er omfattet af et værgemål, og i de fleste tilfælde vil det formentlig være uklart, hvad der ligger inden for og uden for det personlige værgemåls grænser. Samtidig vil et værgesamtykke til en behandling oftest have karakter af en illusion. Det vil være næsten umuligt for en værger at sige nej til en behandling, som lægerne og det øvrige sundhedspersonale, der til daglig har omsorgen for den pågældende, anbefaler. Justitsministeriets myndighedslovsudvalg satte på den baggrund spørgsmålstejn ved det rimelige i, at der altid skulle beskikkes en værger, for at en varigt inhabil

9. Lis Frost, Medicinsk inhabilitet, upubl. p. 4.

10. Betænkning nr. 1247/1993, p. 119.

patient kunne modtage den nødvendige behandling. Med vedtagelsen af værgemålsloven blev der således lagt op til, at såfremt der var behov for en nærmere regulering af spørgsmålet om værgens medvirken til at træffe beslutninger om behandling, måtte det ske i sundhedslovgivningen.¹¹

Har patienten ingen nærmeste pårørende, giver patientretsstillingsloven mulighed for at sundhedspersonalet efter § 9, stk. 2, kan gennemføre behandlingen med tilslutning fra en anden sundhedsperson. Det fremhæves i bemærkningerne til patientretsstillingsloven, at en sådan tilsluttende sundhedsperson findes mere velegnet end en sundhedsværge valgt af en kreds af interesserede personer, bl.a. fordi værgens rolle ofte vil være at legitimere en allerede truffet beslutning taget af fagfolk.¹² Det er forudsat, at den tilsluttende læge ikke tidligere har haft patienten i behandling, og at der ikke eksisterer et over-/underordningsforhold mellem de to sundhedspersoner.¹³

I de tilfælde, hvor behandlingen gennemføres med tilslutning fra andre sundhedspersoner eller embedslægen, indtræder disse ikke i patientens rettigheder efter § 5. De uvildige sundhedspersoner har ikke status som patientens legale repræsentanter i lighed med patientens nærmeste pårørende, værge eller forældremyndighedsindehaveren og er derfor ikke omfattet af bestemmelsen i § 5. Den tilsluttende sundhedsperson eller embedslægen kan alene samtykke til et konkret behandlingsforslag, men er i øvrigt afskåret fra at indtræde i patientens rettigheder.

Bagatelagtige indgreb forudsætter ikke tilslutning fra andre sundhedsperson, jf. § 9, stk. 3. Det fremhæves i bemærkningerne til loven, at indtagelse af en anden sundhedsperson ved de helt bagatelagtige indgreb, som f.eks. temperaturtagning, skiftning af bind på sår og lignende forekommer uhensigtsmæssigt og overflødigt.¹⁴ Bestemmelsen i stk. 3 er en undtagelsesregel og skal fortolkes snævert. Er den behandlende sundheds-

11. Lovforslag nr. L. 191, 1994-95, p. 16 og 17, samt betænkning 1247/1993, p. 139.

12. L. 15, p. 26.

13. L. 15, p. 27.

14. Ibid.

person i tvivl, bør han således inddrage en anden sundhedsperson efter reglen i stk. 2.

Forvalter de nærmeste pårørende eller værgen samtykket i åbenbar strid med patientens interesser, kan lægen gennemføre behandlingen med embedslægeinstitutionens tilslutning, jf. § 9, stk. 4. Bestemmelsen i stk. 4 forudsættes kun anvendt i yders få og sjældne tilfælde, hvor sundhedspersonen skønner, at de nærmeste pårørendes eller værgens forvaltning af samtykket skader patienten eller behandlingsresultatet.

Stedfortræderens beslutningskompetence

Den kompetence, patientens nærmeste pårørende er tillagt efter § 9, stk. 1, udledes af bemyndigelsesbestemmelsen i patientretsstillingslovens § 5. Pårørende kan herefter alene tage stilling til behandlingsspørgsmål, og skal handle i patientens interesser.

Pårørendes kompetence er begrænset til beslutninger, der objektivt betragtes i patientens interesser. Uanset patienten selv, kan fravælge livsnødvendig behandling, kan de pårørende ikke. Pårørende kan ikke kræve, at sundhedspersonalet skal undlade at behandle en patient, der befinder sig i en situation hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet. Pårørende vil heller ikke kunne kræve en sultestrejke eller et ønske om ikke at modtage blod respekteret, hvis patienten ikke udtrykkeligt har taget stilling til spørgsmålet, jf. §§ 14-15. Varetager de pårørende samtykket på en måde, som er åbenbart i strid med patientens interesser, kan sundhedspersonalet indlede behandling med embedslægens tilslutning efter § 9, stk. 4.

Værgen skal som de pårørende handle i patientens interesser. Det er et grundlæggende princip, at værgen skal varetage interesserne for den, der er under værgemål jf. værgemålslovens § 24. Handler værgen i strid med patientens interesser, handler værgen uden for den kompetence som værgemålet giver. Værgemålet vil ofte række udover behandlingsspørgsmål i snæver forstand og bemyndige værgen til at handle på patientens vegne i andre spørgsmål end de rent behandlingsmæssige.

Sundhedspersonalet falder uden for bestemmelsen i § 5 og kan alene give samtykke til enkeltstående behandlingsspørgsmål. Rækkevidden af sundhedspersonaltes kompetence følger af autorisationslovenes ansvarsregler. Bestemmelserne om at vise omhu og samvittighedsfuldhed i lægelovens § 6, stk. 1, forudsætter at lægen handler i patientens interesser og varetager patientens tarv bedst muligt. Den behandling, der iværksættes, skal således ligge inden for rammerne af lægelovens § 6.

Et særligt spørgsmål, er i hvilket omfang sundhedspersonalet er forpligtet til at respektere patientens forhåndstilkendegivelser. Udgangspunktet er, at ønsker udtrykt af en voksen og habil patient skal respekteres, uanset om patienten i forløbet bliver inhabil ude af stand til at udtrykke sine ønsker. Det fremgår af bemærkningerne til loven, at når patientens tidligere udtrykte ønsker må antages fortsat at være relevante, skal de tillægges betydning, og indgå som et element i sundhedspersonens overvejelser. Forudsat patientens forhåndstilkendegivelser afspejler den konkrete og aktuelle behandlingssituation slår selvbestemmelsesretten igennem, og sundhedspersonen skal respektere patientens ønske om ikke at indlede en bestemt behandling eller helt at undlade behandling.

Har patienten på et tidligere tidspunkt, og ikke i relation til et konkrete behandlingsforløb, udtrykt sine holdninger til behandling, er dette alene vejledende for sundhedspersonen, og ønskerne skal alene indgå som et element i overvejelserne vedrørende behandlingen af patienten.¹⁵

Befinder patienten sig i en situation, hvor der er et øjeblikkeligt behandlingsbehov og hvor patienten er ude af stand til at samtykke til behandling, giver nødretsbestemmelsen i patientretsstillingslovens § 10 hjemmel til at sundhedspersonen handler på egen hånd uden stedfortrædende samtykke. Bestemmelsen skal ses i sammenhæng med lægens hjælpepligt efter lægelovens § 7, stk. 1 om påtrængende nødvendig lægehjælp og straffelovens §§ 250 og 253 om handlepligt.

15. Ulla Hybel, Tab af handleevne – et patientperspektiv, Juristen nr. 7, 2000, p. 246.

Nødret

Kravet om samtykke betyder, at sundhedspersonalet skal kunne legitimere behandlingen med henvisning til et samtykke. Undtagelsesvist kan samtykke gives af andre end patienten selv, og kun i ganske særlige tilfælde kan sundhedspersonalet retmæssigt indlede behandling uden samtykke med henvisning til en nødretsgrundsætning. Patientretsstillingsloven indeholder en sådan særlig undtagelsesbestemmelse. Sundhedspersonen kan, jf. § 10, iværksætte behandling af patienter, der er forhindrede i selv at tage stilling til behandlingsspørgsmålet. Bestemmelsen falder uden for reglerne om diskulperende samtykke, fordi der ikke på forhånd forligger et samtykke til behandling, og retter sig således mod patienter, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, og hvor der ikke er andre, som er bemyndiget til at varetage patientens interesse.

U 1989.1007 H

Sagen vedrørte en 21-årig kvinde, som fik foretaget kejsersnit. Under operationen opstod der blødningskomplikationer, hvorefter den opererende overlæge foretog et sterilisationsindgreb ved overskæring af kvindens æggeledere. Sterilisationsindgrebet blev foretaget uden samtykke. Årsagen til blødningen var if. lægen en lang rift i venstre side af livmoderen, strækkende sig op mod venstre æggeleder. En fornyet graviditet ville indebære en meget stor risiko for en bristning af livmoderen. Sterilisationsindgrebet blev ikke udført for at afværge fare for patienten under operationen, men, som lægen forklarede i retten, for at forebygge en fremtidig risiko. Indgrebet kunne derfor uden risiko have været udskudt. Betingelserne for nødret var således ikke opfyldt. Højesteret udtalte i sagen: »Efter indgrebets karakter og indstævntes unge alder tiltræder Højesteret endvidere, at indstævnte har været udsat for en sådan krænkelse, at der bør tillægges hende en godtgørelse.«

Behandlingen skal, jf. § 10, være øjeblikkeligt påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen. Bestemmelsen hviler på en nødretsbetragtning, hvor det mindre gode – patientens selvbestemmelse – må vige for at opnå et større gode – patientens liv og

førlighed.¹⁶ I akutte situationer, hvor det er umuligt at indhente samtykke til behandling, har sundhedspersonen således pligt til at afveje hensynet til patientens selvbestemmelse over for den opståede fare. Patientretsstillingslovens § 10 opstiller således en norm for sundhedspersonalets handlepligt.

Bestemmelsens tyngdepunkt ligger i det øjeblikkelige behandlingsbehov, dvs. når øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse, eller hvor behandlingen er uopsættelig for på længere sigt at forbedre patientens chance for at overleve, eller for at opnå et væsentligt bedre resultat af behandlingen.

Straffelovens § 14 omhandler nødretshandlinger. En ellers strafbar handling er efter straffelovens § 14 straffri, når den er nødvendig til afværgelse af truende skade. Bestemmelsen i patientretsstillingslovens § 10 rækker videre end straffelovens bestemmelser om nødret, for selv om der i patientretsstillingsloven forudsættes en nødretslignende situation, er den ikke knyttet til betingelserne i straffelovens § 14. Den behandlende sundhedsperson vil i langt de fleste situationer handle i en berettiget forventning om, at patienten ville samtykke til behandlingen, hvis det havde været muligt at spørge. Da der i langt de fleste tilfælde ikke er grund til at antage, at der er nogen interessekonflikt, er indgrebet retmæssigt, også selv om værdiforskellen er mindre, end det kræves i den almindelige nødretssituation. Har patienten på forhånd frabedt sig behandling, er situationen en anden.

Forudgående afkald på livsnødvendig behandling

Adgangen til at indlede behandling uden samtykke er snæver, og sundhedspersonen er forpligtet til i videst muligt omfang at respektere patientens selvbestemmelsesret. Bestemmelserne i patientretsstillingslovens kapitel 3 regulerer særlige tilfælde af selvbestemmelsesretten. Har en fornuftshabil patient iværksat sultestrejke, frabedt sig blodprodukter eller livs-

16. Ibid.

forlængende behandling, skal sundhedspersonen respekterer dette, også selv om patienten glider over i en tilstand af bevidstløshed. Retsstillingen er imidlertid uklar for tilfælde, der falder uden for særbestemmelserne i kapitel 3.

Det har i den juridiske teori især været diskuteret, hvorvidt en sundhedsperson skal acceptere forudgående afkald på livsnødvendig behandling, når patienten ikke længere kan anses for fornuftshabil og er gledet over i en tilstand af bevidstløshed og dermed er afskåret fra at fastholde sine foråndstilkendegivelser.¹⁷ På den ene side er der hensynet til patientens ret til selvbestemmelse, der gør uhjemlede indgreb til en strafbar integritetskrænkelŸe og ulovlig anvendelse af tvang. Har en habil patient med forståelse for sin egen situation afvist at lade sig behandle, vil den læge, der ikke respekterer patientens beslutning, handle retsstridigt. Over for hensynet til patientens selvbestemmelse står på den anden side respekten for et menneskes liv som et gode, der betinger alle andre, og som derfor må have krav på fortrinsvis, absolut retsbeskyttelse. Det første af disse hensyn har givet sig udtryk i straffelovens § 260 om individets integritet og det andet i straffelovens § 250 om forbud mod at hensætte en anden i hjælpeløs tilstand og § 253 om pligten til at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare. Det er ikke klart, hvilket af principperne der har forrang ved kollision.¹⁸

En læge, der iværksætter livreddende behandling mod patientens foråndstilkendegivelse og efter at patienten har mistet bevidstheden, vil næppe kunne straffes for ulovlig tvang. Der er, jf. straffelovens § 250, et særligt varetægtsforhold mellem sundhedsperson og patient, hvorefter den behandlende sundhedsperson ikke må forlade en person i hjælpeløs tilstand.¹⁹ Det er imidlertid også usikkert, om en læge, der respekterer patientens klare og umisforståelige foråndstilkendegivelser og undlader behandling, vil kunne straffes for ikke at yde den påkrævede hjælp. Har en læge

17. Se f.eks. Alf Ross, *Livets hellighed contro individets autonomi*, i *Ugeskrift for læger*, 1979, 141/13, pp. 862-866.

18. Alf Ross, *ibid*, p. 864.

19. Jf. betænkning nr. 1184/1989, p. 39 og Sundhedsstyrelsen i *ugeskrift for læger*, 148/9, 1986, p. 555.

forud for en operation tilkendegivet at ville gennemføre behandlingen på patientens præmisser, og viser det sig under operationen umuligt, vil lægen næppe kunne drages til ansvar efter en eventuel tilsidesættelse af handlepligten efter straffelovens §§ 250 eller 253.²⁰

Uden for bestemmelsen i patientretsstillingslovens § 10 falder alle ikke akutte situationer. Er der tid til at indhente samtykke fra en legal repræsentant, er der ikke tale om øjeblikkeligt behandlingsbehov i bestemmelsens forstand. Patientretsstillingsloven giver ikke hjemmel til, at andre end patienten selv kan give samtykke til behandling, medmindre undtagelsesbestemmelserne vedrørende unge i § 8, stk. 2, eller varigt inhabile i § 9 stk. 1-2, er opfyldt. Der findes i patientretsstillingsloven ingen regler for midlertidigt inhabile. Det indebærer, at man i ikke akutte situationer må udsætte behandlingen af en midlertidigt inhabil patient, indtil patienten genvinder sin habilitet, eftersom patientretsstillingsloven ikke indeholder hjemmel til, at andre kan give samtykke i denne situation.

20. Jf. betænkning 1184/1989, p. 40 og Jon Andersen, Juridiske regler i den primære sundhedssektor, p. 44.

KAPITEL 4

Inhabile patienters inddragelse

§ 11

En patient, der ikke selv kan give informeret samtykke, skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, i det omfang patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten. Patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.

§ 12

Den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, er forpligtet til at drage omsorg for, at

- 1) informeret samtykke indhentes efter §§ 6-8 og § 9, stk. 1,
- 2) der foreligger tilslutning fra en anden sundhedsperson efter § 9, stk. 2,
- 3) der foreligger tilslutning fra vedkommende embedslægeinstitution efter § 9, stk. 4, og
- 4) patienten informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen efter § 11.

Det praktiske problem i hverdagen for syge og patienter med et pleje- og omsorgsbehov er i første række, hvorledes de kan få den nødvendige

hjælp. Flere lovbestemmelser pålægger læger eller andre sundhedspersoner en handlepligt. Bestemmelserne indebærer, at læger og det øvrige sundhedspersonale er forpligtede til at tage sig af syge og give den nødvendige livreddende behandling. Det forhold, at en patient er afhængig af hjælp eller pleje, begrænser ikke patientens selvbestemmelsesret. Udgangspunktet er, at patienten har selvbestemmelsesret, og at det er sundhedspersonalets ansvar, at patientens værdighed og integritet respekteres. Dette grundsynspunkt kommer til udtryk i patientretsstillingslovens §§ 11-12. En patient, der ikke selv kan give informeret samtykke til behandling, skal inddrages mest muligt, uanset om der er andre, som er bemyndiget til at repræsentere patientens interesser.

Patientens inddragelse

Den omstændighed, at den voksne patient er ude af stand til at afgive et gyldigt samtykke, betyder ikke, at patienten er udelukket fra at deltage i en dialog med sundhedspersonalet om behandlingen. I det omfang patienten forstår behandlingssituationen, har sundhedspersonalet pligt til efter § 11 at informere og inddrage patienten mest muligt i behandlingen. Bestemmelsen gælder i alle tilfælde, hvor patienten ikke selv har kompetencen til at give et informeret samtykke, dvs. i forhold til børn under 15 år, unge, som skønnes ikke at være i stand til at forstå konsekvenserne af deres stillingtagen, og patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke.

For børn under 15 år er det, jf. bemærkningerne til § 8, forældrene, som træffer afgørelse om, hvorvidt den unge skal underkastes behandling. Barnet er uden retlig handleevne i personlig henseende og kan derfor ikke handle på egen hånd. Retten til at træffe afgørelse i barnets personlige forhold giver forældrene ret til også at bestemme, hvorledes omsorgspligten skal udøves, om barnet skal modtage etableret lægehjælp eller evt. alternativ behandling. Retten er indrømmet til varetagelse af barnets, og

ikke forældrenes, interesse.¹ I det omfang barnet er i stand til at forstå sygdoms situationen, har sundhedspersonalet pligt til at drage omsorg for, at barnet inddrages mest muligt i beslutningsprocessen vedrørende behandlingen. Barnets tilkendegivelser skal i givet fald indgå som en væsentligt faktor i forældrenes stillingtagen.

Patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, udgør en bred og uensartet gruppe, som dækker over store variationer af manglende evne til at give samtykke. Patienter, der kan forstå dele af sygdomsproblematikken, skal efter bestemmelsen inddrages mest muligt i behandlingen. Forudsat at patientens tilkendegivelser er aktuelle og relevante, skal de tillægges betydning, også selv om der foreligger et værgeomål, hvor værgen er bemyndiget til at varetage patientens interesser. Det grundsynspunkt, der kommer til udtryk i § 11, hviler på respekten for individets værdighed, ukrænkelighed og selvbestemmelsesret. Patientens selvbestemmelsesret skal respekteres – også hvis patienten stik imod forventning ikke ønsker behandling. Pårørende til patienten, patientens værge eller sundhedspersonalet er begrænset i deres kompetence til at forsøge at overtale patienten til behandling. Modsat patienten sig behandling, må det således vurderes, om der er grundlag for at behandle med tvang, eller om betingelserne for nødret er opfyldt. Uden andet grundlag for at sikre patientens sundhed vil der være situationer, hvor alderdomssvækkede og demente patienter lider et omsorgssvigt.

Sundhedspersonens ansvar

Det er, jf. § 12, den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, der er forpligtet til at drage omsorg for, at der indhentes et informeret samtykke til behandling efter reglerne i §§ 6-8 og § 9, stk. 1-2 og § 9, stk. 4, og at patienten informeres og inddrages mest muligt i behandlingen efter § 11. Den sundhedsperson, som har patienten i behandling, har derfor også pligt

1. Betænkning 985/1983, p. 60.

til at drage omsorg for, at patienten er tilstrækkeligt informeret om behandlingen til at vide, hvad han eller hun giver samtykke til.² Den indlæggende læge, operatøren og narkosesygeplejersken har således en selvstændig pligt til at informere patienten. Det er udtrykkeligt angivet, at den ansvarlige sundhedsperson skal drage omsorg for, at samtykke indhentes. Heri ligger, at den ansvarlige sundhedsperson kan uddelegere den konkrete informationsopgave og indhentelse af samtykke til en anden. Uddelegeringen kan principielt ske uafhængig af uddannelse, forudsat at vedkommende har vurderet, at den pågældende kan løse opgaven på forsvarlig vis. Der vil i sundhedsvæsenet ofte være tale om uddelegation til en anden læge, en sygeplejerske eller en lægesekretær.³

Sundhedspersonen skal sørge for, at samtykke indhentes på et tidspunkt i undersøgelses- og behandlingsforløbet, hvor patienten har de bedste forudsætninger for at forholde sig til behandlingssituationen. I tilfælde, hvor patienten er omtåget pga. medicin eller af andre årsager, bør det overvejes at udsætte informationen og behandlingen, hvor det er muligt. Har patienten givet samtykke til en given behandling i god tid før operationen, og oplyses der først umiddelbart inden operationen om væsentlige komplikationer, opfylder situationen ikke betingelserne for at indhente patientens informerede samtykke. Patienten kan ikke umiddelbart inden operationen og i en situation, hvor vedkommende har stået på venteliste i måske 3 måneder forholde sig objektivt til relevante oplysninger om mulige komplikationer og bivirkninger.

Patientklagenævnet har offentliggjort en række afgørelser, der beskriver sundhedspersonalets ansvar i forbindelse med indhenting af patientens informerede samtykke.

PKN nyhedsbrev nr. 9/1999

Patientklagenævnets afgørelse refereret i Ugeskriftet vedrørte en 50-årig kvinde, hvor den opererende læge undersøgte patienten, medens hun var under bedøvelse, og valgte at gen-

2. Vejledning af 14. september 1998, p. 5.

3. L. 15, p. 29.

nemføre en anden operation end den, som kvinden havde givet sit samtykke til. Lægen udelukkede sig derved fra muligheden for at indhente et informeret samtykke.

Ved forundersøgelsen på kirurgisk ambulatorium konstaterede én læge, at kvinden havde et stort fremfald af den forreste del af skeden samt et mindre fremfald af den bagerste skedevæg, og skrev hende efterfølgende op til en for- og bagvægsplastik. Kvinden blev samme måned opereret af en anden læge. Den opererende læge foretog en gynækologisk undersøgelse umiddelbart inden operationen, medens hun var under bedøvelse. På baggrund heraf foretog lægen en operation af den bagerste skedevæg og et tarmbrok. Kvinden var efter operationen fortsat meget generet af et fremfald i den forreste del af skeden og klagede over, at hun ikke fik foretaget den planlagte operation og at den opererende læge ikke efterfølgende informerede hende om den operation, han havde foretaget. Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægens valg af operation, men fandt dog, at lægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i sin information til patienten. Lægen burde have indledt sin undersøgelse af patienten, inden denne blev bedøvet, idet han derved havde haft mulighed for at indhente et informeret samtykke. Endelig havde han som den opererende læge et selvstændigt ansvar for at informere patienten om baggrunden for at foretage et andet indgreb end det først aftalte.

PKN 9913809

Sagen vedrørte en kvinde, der på selve operationsdagen blev undersøgt af den opererende overlæge, som efter undersøgelsen valgte at gennemføre et andet indgreb end det, kvinden havde givet sit samtykke til. Kvinden havde givet samtykke til fjernelse af albuebenets nedre ende på grund af smerter i håndleddet. På baggrund af røntgenbillederne vurderede den opererende læge imidlertid, at smerterne snarere skyldtes trykpåvirkning af nerven. Han valgte derfor at foretage en dekompression af nerven for derved at skabe mere plads. Først ved den ambulante kontrol fik kvinden forklaret, hvorfor lægen havde valgt en anden operation. Operationen var imidlertid uden effekt, og hun fik senere fjernet den nedre del af albuebenet. Der blev ikke begået fejl ved operationen, og valget af anden operationsmåde var velbegrundet. Patientklagenævnet fandt derfor ikke anledning til at kritisere valget af anden operation, men lagde samtidig vægt på, at der blev gennemført et andet indgreb end det, patienten havde givet sit samtykke til, og at lægen ikke var tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld i sin information til patienten og burde have indhentet kvindens samtykke.

Bestemmelsen om det informerede samtykke indebærer, at den ansvarlige sundhedsperson er forpligtet til at drage omsorg for, at patienten løbende skal inddrages i beslutninger vedrørende behandlingen. Informationen til indgribende behandlinger skal gives i så god tid, at patienten har mulighed for at overveje situationen og eventuelt drøfte den med pårørende eller andre. Beslutter den opererende læge kort før operationen at foretage en anden operation end den oprindeligt planlagte, skal sundhedspersonen

drage omsorg for, at patienten inddrages i beslutningen, uanset om valget af anden operation var velbegrundet.

Ansvarsfordelingen ved indhentning af et informeret samtykke er særlig relevant i forbindelse med operative indgreb, der foretages som såkaldt elektiv eller planlagt kirurgi. Ved den planlagte kirurgi har patienten før operationen været til forundersøgelse. Forundersøgelsen danner grundlag for sundhedspersonalets overvejelser og beslutning vedrørende den efterfølgende behandling af patienten. Munder forundersøgelsen ud i et tilbud om operation, skrives patienten op og vil efterfølgende modtage en indkaldelse om at møde op på en fastsat dag for at blive opereret. Ofte er det ikke den samme læge, der foretager både forundersøgelsen, sikrer, at patienten bliver gjort klar til operation og udfører operationen. I disse situationer skal der tages stilling til, hvem der er ansvarlig for informationen til patienten og for indhentning af patientens samtykke.

PKN nyhedsbrev nr. 9/1999

Patientklagenævnets afgørelse vedrørte en kvinde, der blev forundersøgt på ortopædkirurgisk ambulatorium for hvile- og belastningssmerter i den ene hofte. Røntgenundersøgelsen viste moderate slidgigtsforandringer, og der blev i første omgang bestilt en MR-scanning. På baggrund af MR-scanningen, som viste tegn på betændelse af ledkapslen og lettere slidgigtsforandringer, blev det besluttet at tilbyde hende en operation med indsættelse af en protese i venstre hofteled. 3 måneder senere blev hun opereret af en anden læge end den, der havde stået for forundersøgelsen. Samme dag, som operationen skulle finde sted, bemærkede operatøren, at der i journalen ikke var taget stilling til valg af protese. Protesen blev derfor valgt ved morgenkonferencen, og operatøren informerede kvinden umiddelbart inden operationen, og efter at hun var blevet præmediceret, om valget af protese. Patientklagenævnet fandt, at operatørens beslutning om at gennemføre operationen ikke kunne kritiseres. Nævnet lagde i afgørelsen vægt på, at det ifølge afdelingens interne retningslinier var den læge, der stillede operationsindikationen, der havde ansvaret for at informere patienten. Såfremt lægen skulle operere en patient, som en anden havde skrevet op til operation, var den opererende læge forpligtet til at sikre sig, at indikationen var i orden, og at patienten havde fået den nødvendige information. For at sikre sig, at disse krav var opfyldt, blev samtlige journaler og røntgenbilleder gennemgået ved morgenkonferencen inden operationen. Hvis der var forhold, der krævede yderligere afklaring, skulle disse afklares inden operationen. Patientklagenævnet konkluderede, at afdelingens interne retningslinier ikke gjorde det muligt for afdelingen at informere patienten i tilstrækkelig god tid inden operationen, fordi de ikke tog højde for, at det ikke altid er den læge, der skriver patienten op til operationen, som udfører den. Patientklagenævnet fandt derfor, at

den ansvarlige overlæge havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i udarbejdelsen af de interne retningslinier.

Deltager flere læger i behandlingen af samme patient, har de hver især en selvstændig informationspligt. I de tilfælde, hvor det ikke er den samme læge, som stiller operationsindikationen, gør patienten klar til operation og udfører operationen, er patientens samtykke til behandling afhængig af afdelingens interne retningslinier for, hvem der har informationspligten.

KAPITEL 5

Selvbestemmelse i særlige tilfælde

§ 13

For bestemmelserne i dette kapitel finder §§ 6 og 7 om informeret samtykke, § 8 om mindreårige, § 11 om patientens inddragelse samt § 12 om sundhedspersonens ansvar tilsvarende anvendelse. Dog finder § 8 om mindreårige ikke anvendelse for § 17 om livstestamenter.

§ 14

Hvis en patient utvivlsomt har iværksat en sultestrejke, og patienten er informeret om sultestrejkenes helbredsmæssige konsekvenser, må en sundhedsperson ikke afbryde denne.

§ 15

En behandling, der indebærer transfusion af blod eller blodprodukter, må ikke indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke.

Stk. 2. Patientens afvisning af at modtage blod eller blodprodukter skal være givet i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation og være baseret på information fra sundhedspersonen om de helbredsmæssige konsekvenser af at undlade tilførsel af blod eller blodprodukter ved behandlingen.

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

§ 16

En uafvendeligt døende patient kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden.

Stk. 2. Såfremt en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan en sundhedsperson undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling, jf. § 17, stk. 3.

Stk. 3. En uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Sundhedspersonen har pligt til at yde den første og fornødne behandling, når patienten befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet. Som altovervejende hovedregel har den behandlende sundhedsperson pligt til at give en patient med livstruende lungebetændelse antibiotika, til at foretage genoplivning af en patient, der har fået hjertestop, og til at lægge en patient, hvis åndedræt svigter, i respirator. Spørgsmålet er imidlertid, om dette også gælder i situationer, hvor patienten modsætter sig behandling, enten fordi vedkommende ikke vil behandles, eller fordi behandlingen er udsigtsløs.¹

Den respekt for individets integritet og autonomi, som patientretsstillingsloven hviler på, udstrækkes i lovens kapitel 3 til en række særlige

1. Betænkning nr. 1184/1989, p. 27.

situationer vedrørende selvbestemmelsesretten. Det drejer sig om sultestrejkende, patienter, der afviser at modtage blod, og behandling af uafventeligt døende. Har patienten i forbindelse med et aktuelt sygdomsforløb tilkendegivet, at vedkommende ikke ønsker behandling, skal sundhedspersonen respektere de særlige tilfælde af patientens selvbestemmelsesret, også i en situation hvor patienten er blevet bevidstløs og vil dø på grund af sult eller et uerstattet blodtab.

De eneste forhåndstilkendegivelser, der tillægges retlig betydning, og som er bindende for sundhedspersonen, er tilkendegivelser i relation til særbestemmelserne i §§ 14-16 og livstestamentebestemmelserne i §§ 17-18.

Forhåndstilkendegivelser og pårørendes retsstilling

Det fremgår af § 13, at de grundlæggende regler om informeret samtykke i §§ 6-7 også finder anvendelse i de særlige tilfælde i lovens kapitel 3. Tilsvarende finder reglen i § 8 om mindreåriges beslutningskompetence, § 11 om patientens inddragelse og § 12 om sundhedspersonens ansvar også anvendelse.

Der er i § 13 ikke henvist til § 9 og § 10. Det betyder, at reglen om pårørendes mulighed for at samtykke til behandlingen og reglen om øjeblikkeligt behandlingsbehov er holdt uden for kapitel 3.

I forbindelse med en aktuel sygdomssituation, hvor det kan forudses som en nærliggende mulighed, at behandlingen vil vise sig udsigtsløs og patienten efter en tid vil miste bevidstheden og være ude af stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan patienten med en forhåndstilkendegivelse udøve sin ret til helt eller delvist at afvise behandling. En sådan erklæring skal respekteres, også hvis patienten efterfølgende bliver fornuftsinhabil på grund af bevidstløshed. De særlige tilfælde af patientens selvbestemmelse skal respekteres af sundhedspersonen, også hvis patienten i behandlingsforløbet kommer i en situation, hvor § 10 principielt kunne anvendes, fordi patienten er blevet bevidstløs og situationen har udviklet sig livstruende.

Patientens forhåndstilkendegivelser skal være utvivlsom og givet i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb. Patienten skal på tidspunktet for sin tilkendegivelse være fornuftshabil, i stand til at forstå sundhedspersonalets information og til at overskue rækkevidden af sin beslutning. Udøvelsen af patientens selvbestemmelse forudsætter især på dette punkt, at den behandlende læge har informeret patienten om sygdommens karakter og behandlingsmuligheder.

Patienter, der bliver indbragt bevidstløse med skriftlige erklæringer, der tilkendegiver, at de under ingen omstændigheder ønsker behandling med blodprodukter, kan ikke få deres ønske opfyldt, idet sådanne skriftlige erklæringer ikke har retlig gyldighed. Beslutningen om fravalg af behandling skal træffes i den aktuelle sygdomssituation, hvor patienten er klar og kan forstå konsekvenserne. Patienter med sådanne forhåndserklæringer er ikke omfattet af bestemmelserne i kapitel 3 og skal behandles på lige fod med enhver anden bevidstløs patient.

For uafvendeligt døende patienter, som er ude af stand til at udøve deres selvbestemmelsesret, og som ikke på anden måde har tilkendegivet, at de ikke ønsker livsforlængende behandling, er det nærliggende at søge at definere patientens interesser med vidnesbyrd fra pårørende om, hvad patienten selv ville have ønsket, hvis vedkommende havde været i stand til at træffe afgørelse. Pårørende er imidlertid afskåret fra at træde i patientens sted, jf. § 13. Patientens ægtefælle, nærmeste pårørende eller værge har således ingen mulighed for at varetage den pågældendes interesser.

De eneste forhåndstilkendegivelser, der har retlig betydning, og som ikke er givet i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb, er livstestamentet. Patienter, der er uafvendeligt døende, kan i et livstestamente tilkendegive, at de ikke ønsker en behandling, der alene er livsforlængende.

Patienter, der er fyldt 15 år, har selvbestemmelse på lige fod med en myndig patient og er ikke undtaget fra bestemmelserne i kapitel 3. Mindreårige kan således imod forældremyndighedsindehaverens vilje afvise behandling i overensstemmelse med de særlige regler i §§ 14-16. En patient på 15 år, der er medlem af trossamfundet Jehovas Vidner, kan

afvise at modtage blod efter bestemmelsen i § 15. Er patienten moden og bevidst om sin situation, skal sundhedspersonen respektere patientens beslutning.² Glider den unge ind i en bevidstløs tilstand, har hverken sundhedspersonen eller forældrene hjemmel til at gribe ind i den unges selvbestemmelsesret.

Sultestrejke

Hvis en patient utvivlsomt har iværksat en sultestrejke, og patienten er informeret om de helbredsmæssige konsekvenser, må sundhedspersonen ikke afbryde denne, jf. § 14. I ordet »utvivlsomt« ligger, at patienten med sikkerhed vil tage den konsekvens, at sultestrejken kan medføre døden, og at patienten er informeret om og har forstået, at dette kan blive følgen.³

Sundhedsstyrelsen har tidligere taget stilling til spørgsmålet om tvangsernæring af sultestrekende. Sagen vedrørte en frivillig indlæggelse af en sultestrekende asylansøger, der nogle døgn før indlæggelsen havde syet sin mund sammen med sytråd. Da den pågældende efter nogle dages forløb fik ønsket om en ændret opholdtilladelse opfyldt, afbrød han sin sultestrejke. Sundhedsstyrelsen udtalte, at behandling mod patientens vilje ikke var berettiget.⁴

Voksne og habile personer har ret til selv at bestemme, om de vil undergive sig lægelig behandling. Lægens pligt til at gribe ind over for patienten viger for patientens selvbestemmelsesret. Sundhedspersonen er ikke berettiget til at iværksætte en tvangsmæssig ernæring, heller ikke selv om det betyder, at den sultestrekende vil dø af sit forehavende.

Anklagemyndigheden havde i 1987 en sag til vurdering, der vedrørte en 56-årig plejehjemspatient. Patienten led af en sjælden nervesygdom, en olivopontocerebellar atrofi, der viste sig ved en tiltagende degeneration af

2. L. 15, p. 30.

3. L. 15, p. 30.

4. Sundhedsstyrelsens udtalelse er refereret i Ugeskrift for læger, 1986, 148/9, p. 555.

nervecellerne i et bestemt område af hjernen, og som medførte svære funktionsnedsættelser, bl.a. lammelser i alle lemmer og alvorligt talebesvær. Patienten, der ønskede at dø, men ikke var i stand til umiddelbart at berøve sig selv livet, nægtede de sidste måneder af sit liv at tage næring til sig. Patienten blev under sultestrejken overført til et sygehus, der imidlertid udskrev hende igen. Patienten havde mistet evnen til at tale med sin mand. I journalen anførte lægen bl.a., at patienten følte, at der ikke var mere at leve for, at hun ikke virkede psykotisk, og at hun bekræftede samtalens indhold ved håndtryk. To uger efter døde patienten efter nogen tids bevidstløshed, og uden at plejepersonalet benyttede den indtrådte bevidstløshed til at iværksætte tvangsernæring af patienten. Den stedlige politimester fandt ikke grundlag for at kritisere plejehjemmets beslutning om ikke at iværksætte tvangsforanstaltninger over for patienten.⁵

Formålet med behandlingsvægringen er uden betydning. Den omstændighed at en spisevægring indledes af en voksen og habil patient, der i forvejen lider af en dødelig sygdom, begrunder ikke en afvigelse fra udgangspunktet i patientens selvbestemmelsesret. Dette forhindrer naturligvis ikke, at man i et tilfælde som det foreliggende behandler patienten bedst muligt med respekt for hans selvbestemmelsesret.

Reglen om mindreåriges beslutningskompetence i § 8 finder også anvendelse i relation til spørgsmålet om sultestrejke, afvisning af at modtage blod og behandling af uafvendeligt døende. Der kan, jf. § 13, således ikke stilles krav om, at patienten er myndig. Unge, der er fyldt 15 år, vil således også her have fuld selvbestemmelsesret på lige fod med enhver anden myndig patient.

Afvisning af at modtage blod

Patienter kan, jf. bestemmelsen i § 15, stk. 1, afvise at modtage transfusion af blod og blodprodukter selv i tilfælde, hvor afvisningen kan medføre

5. Sagen er refereret i betænkning nr. 1184/1989, pp. 40-43.

overhængende fare for patientens liv. Afvisningen kan være religiøst begrundet, men kan også have andre årsager, f.eks. patienter, der afviser at modtage blodprodukter med henvisning til risikoen for HIV.

Bestemmelsen er en videreførelse af Sundhedsstyrelsens cirkulære om information og samtykke fra 1992. Reglerne blev i sin tid indført for at imødekomme ønsker fra medlemmerne af trossamfundet Jehovas Vidner. Trossamfundet har siden ændret opfattelse, så det nu er overladt til det enkelte medlems beslutning, om vedkommende ønsker behandling med blodprodukter.

Patientens afvisning af at modtage blod eller blodprodukter skal være givet i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation og være baseret på information om de helbredsmæssige konsekvenser af at undlade tilførsel af blod eller blodprodukter ved behandlingen, jf. § 15, stk. 2. Informationen skal, jf. §§ 6-7, gives løbende og afspejle de aktuelle forandringer i patientens helbredssituation.

Beslutningen om ikke at anvende blod eller blodprodukter under en operation kan være fuldt ud lægeligt forsvarlig. Den kan imidlertid også være forbundet med betydelige risici. Sundhedspersonen har, hvis det strider mod vedkommendes etiske opfattelse, mulighed for at afvise at udføre en behandling uden anvendelse af blod eller blodprodukter. Kan behandlingen udsættes, er lægen ikke forpligtet til at behandle patienten, men skal i stedet henvise patienten til en anden sundhedsperson. Tåler behandlingen ingen yderligere udsættelse, er det i stk. 3 præciseret, at lægen er forpligtet til at behandle patienten med respekt for patientens selvbestemmelsesret, jf. akutreglen i lægelovens § 7, stk. 3, også selv om det indebærer, at patienten ikke får den optimale behandling, men en behandling, der i sin yderste konsekvens kan medføre patientens død af et uerstattet blodtab.⁶

Hvor en behandling kan udsættes, må lægen tage stilling til, om vedkommende vil behandle patienten. Bestemmelserne i stk. 3 indebærer, at en sundhedsperson ikke er berettiget til at anvende blod, hvor en patient

6. L. 15, p. 31.

har afvist dette, heller ikke hvis det under operationsforløbet viser sig, at anvendelsen af blod er mere nødvendig, end først antaget.⁷ Beslutter den behandlende læge alligevel at anvende blod mod en voksen, habil og informeret patients vilje, er det i strid med patientens ret til selvbestemmelse og kan efter omstændighederne være omfattet af straffelovens § 260 om ulovlig tvang.

PKN nyhedsbrev nr. 4/1999

En 24-årig kvinde, som var medlem af Jehovas Vidner, blev indlagt på sygehusets fødegang i 40. uge med spontane veer. Kvinden fik anlagt en rygmarsbedøvelse til smertelindring, fødslen skred planmæssigt frem bortset fra, at det flere gange var vanskeligt at gennemføre en underlivsundersøgelse. Hun fødte spontant en levende pige kl. 20.45. Efter fødslen af moderkagen minutter senere bemærkede jordemoderen rigelig blødning fra skeden, men kvinden modsatte sig en underlivsundersøgelse. Jordemoderen kontaktede herefter en afdelingslæge på gynækologisk-obstetrisk afdeling. Kvinden led af svær skedekrampe. Med henblik på undersøgelse og syning af eventuelle læsioner tilkaldte afdelingslægen en narkoselæge. Narkoselægen forklarede kvinden, at hun var i en potentielt livstruende tilstand, og at han ville anlægge en supplerende bedøvelse med henblik på undersøgelse af skeden. Jordemoderen fandt to store rifter i begge sider af skeden, anlagde tryk over blødningerne og tilkaldte en 1. reservelæge fra gynækologisk-obstetrisk afdeling. 1. reservelægen ankom til fødestuen kl. 21.55, umiddelbart efter. Blødningen var på dette tidspunkt skønsmæssigt 1 liter. Kvinden var trods bedøvelsen ikke fuldt afslappet, og undersøgelsen og syningen af rifterne var vanskeliggjort af hendes udtalte afværgereaktioner. Efter syningen var der fortsat en kraftigt sivende blødning, som dog kunne standses ved tryk. 1. reservelægen tilkaldte derfor afdelingslægen på gynækologisk-obstetrisk afdeling. Blødningen var da skønsmæssigt 1½ liter. Afdelingslægen ankom til stuen kl. 22.25. Blødningerne blev da skønnet til 2 liter. Med servietter i skeden var det ved tryk med fingrene muligt at standse blødningerne. Det blev herefter skønnet nødvendigt, at kvinden blev fuldt bedøvet for nærmere undersøgelse. En afdelingslæge fra anæstesiaafdelingen blev tilkaldt kl. 22.45 af den tilstedeværende narkoselæge. Blodtabet var da skønnet til 2½ liter. Afdelingslægen ankom og talte med kvinden og hendes ægtefælle. De fastholdt deres beslutning om ikke at ville modtage blod, selv om konsekvensen kunne være, at hun døde. Afdelingslægen kontaktede kl. 22.50 telefonisk en overlæge fra gynækologisk-obstetrisk afdeling, som anbefalede, at kvindens tilstand blev vurderet under fuld bedøvelse. Afdelingslægen blev tilkaldt akut til en anden patient. Overlægen blev derfor kontaktet igen kl. 23.00 og ankom ca 20 minutter efter. Kvinden blev overflyttet til operationsgangen. Under flytningen blev der foretaget kompression med servietter i skeden og kompression af hovedpulsåren. Hun blev derefter undersøgt under fuld bedøvelse. Da kvinden havde fastholdt beslutningen om ikke at modtage blodprodukter, fandt overlægen det nødvendigt

7. L. 15, p. 31.

med akut fjernelse af livmoderen. Det samlede blodtab blev da skønnet til 3½-4 liter. 1. reservelægen fra gynækologisk-obstetrisk afdeling oplyste kvindens ægtefælle og plejefar om, at hendes tilstand var kritisk, og at hun kunne risikere hjertestop når som helst, samt at man tilrådede blodtransfusion. Begge fastholdt, at der ikke skulle gives blod. Kvinden blev efter operationen kørt på intensivafdeling. Selv om hun havde en ekstremt lav blodprocent på 0,9 mmol/l hæmoglobin, var hun vågen og klar og fastholdt beslutningen om ikke at modtage blod. Trods intensivbehandling i de følgende dage blev hendes tilstand gradvist forværret, og hun afgik ved døden 4 dage senere. Kvindens ægtefælle klagede over forløbet efter fødslen. Der blev især klaget over, at kvinden først blev fuldt bedøvet efter 45 minutter på grund af en diskussion med anæstesiologen om behovet for blodtransfusion, at hun først blev opereret omkring midnat, og endelig over at overlægen blev tilkaldt for sent. Patientklagenævnet fandt, at kvinden var under relevant og så intensiv behandling som muligt fra det øjeblik, hvor hendes blødninger startede. Nævnet lagde herunder vægt på, at de involverede læger kun måtte yde kvinden delvis behandling, da hun selv havde fravalgt behandling med blodtransfusion, som var en væsentlig del af behandlingen.

Patientklagenævnets afgørelse i sagen er udtryk for, at individets integritet og selvbestemmelse vægtes højere end bevarelsen af livet. Den omsorgspligt, der følger af patientretsstillingslovens § 10 og straffelovens bestemmelser om nødret og pligten til at komme nødstedte til undsætning, erstatter ikke patientens selvbestemmelsesret, når patienten er blevet inhabil.

Behandling af uafvendeligt døende

Uafvendeligt døende kan, jf. § 16, stk. 1, afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden.

En patient er uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger, og enhver mulighed for behandling er udsigtsløs og blot forlænger en allerede igangværende dødsproces.⁸ De situationer, hvor patienten frabeder sig livsforlængende behandling, afviger generelt fra beslutningen om ikke at anvende blod eller blodprodukter under en operation. Patienter med behov for blodtransfusion

8. Vejledning af 15. september 1998 om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter, p. 2.

lider sædvanligvis af sygdomme, hvor behandlingen langt fra er udsigtsløs, men tværtimod ofte vil kunne føre til fuldstændig helbredelse.

Sundhedspersonen kan, jf. § 16, stk. 2, undlade at påbegynde eller fortsætte en behandling, der alene er livsforlængende. Det vil derfor ikke være i strid med lægens handlepligt at undlade at sætte et standset hjerte i gang, når det må anses for sikkert, at hjertestoppet har medført svære, uoprettelige hjerneskader hos patienten. Under lignende omstændigheder vil lægen kunne undlade at behandle en terminal patient med antibiotika ved en tilstødende lungebetændelse. Tilsvarende vil lægen være berettiget til at undlade at gennemføre en større kræftoperation, når det ved indgrebs start kan konstateres, at kræften er så fremskreden, at patienten under alle omstændigheder må antages at dø inden for den nærmeste fremtid.⁹

I hvilke situationer sundhedspersonalet skal undlade at forsøge at genoplive patienter med hjertestop eller undlade behandling ved fremadskridende livstruende sygdomme, skal til enhver tid tage udgangspunkt i en konkret vurdering af den enkelte patients helbredstilstand, udsigterne til bedring samt mulighederne for behandling.¹⁰ Det er den behandlende læges ansvar at foretage denne vurdering og handle efter den i henhold til lægeloven. Interne procedurer og retningslinier kan understøtte lægens beslutning, men de må ikke erstatte den konkrete og selvstændige bedømmelse af patientens tilstand. Er der tvivl om patientens tilstand, skal lægen behandle patienten, indtil tilstanden er afklaret.¹¹

Bestemmelsen i stk. 2 forudsætter, at patienten er ude af stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, og giver ikke hjemmel til at afbryde en allerede iværksat behandling imod patientens ønske. Reglerne om information og samtykke forudsætter en vidtgående forpligtelse til at tilrettelægge behandlingen i overensstemmelse med patientens ønsker. Lægen er således ikke beføjet til uden videre at afbryde respiratorbehandling, ilt- eller væ-

9. Betænkning nr. 1184/1989, p. 28, eksemplerne er fra arbejdsgruppens overvejelser.

10. Cirkulære af 15. september 1998 om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter mv. § 5, stk. 1.

11. Vejledning af 15. september 1998 om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter p. 2.

sketilførsel, selv om det med sikkerhed kan fastslås, at patienten under alle omstændigheder kun har ganske kort levetid tilbage.¹²

Hvis en patient er uafvendeligt døende, og enhver behandling dermed er udsigtsløs, kan sundhedspersonen indgive den smertestillende medicin, som er nødvendig for at holde patienten smertefri, selv om det vil fremskynde dødstidspunktet, jf. § 16, stk. 3. Bestemmelsen lovliggør behandlinger med dobbelte følgevirkninger. Foranstaltninger med den såkaldte dobbelteffekt blev lovfæstet første gang med ændringerne i lægeloven i 1992.

Bestemmelsen giver hjemmel til at smertebehandle med kraftige centralt virkende præparater som f.eks. morfin og petidin, hvor følgen kan være, at dødstidspunktet fremskyndes på grund af opioidernes respirationshæmmende bivirkninger. Tilsvarende giver bestemmelsen hjemmel til at behandle med de beroligende midler, der er nødvendige med henblik på at mildne den terminale patients ubehag eller dæmpe den pågældendes angst. Er patienten bevidstløs eller på anden måde fornuftsinhabil, beror brugen af smertestillende midler på den behandlende læges skøn. Det er ikke en forudsætning, at der foreligger en accept fra patienten i form af et livstestamente.

Lovligheden af foranstaltninger med dobbelte følgevirkninger beror på, at patientens død er en utilsigtet konsekvens. Det vil være klart retsstridigt at indlede en automatisk og kontinuerlig optrapning af en medicinering.

Sundhedsstyrelsen udsendte i december 1995 en vejledning om morfindrop på baggrund af en konkret sag. Sagen vedrørte en 80-årig kræftpatient, som ved sin død var i behandling med morfindrop. Dosis blev fordoblet hver 8. time, indtil patienten døde knap halvandet døgn senere. I en udtalelse til Patientklagenævnet udtalte Sundhedsstyrelsen bl.a., at de ansvarlige læger havde udvist manglende omhu ved at have ordineret en betydelig og i journalen ikke begrundet øgning af dosis. Patientklagenævnet fandt, at patienten på tidspunktet for beslutningen om morfindrop havde været uafvendeligt døende, og at der havde været grundlag for

12. Dødshjælp? En redegørelse, Etisk Råd, 1996, afsnit 5.3.2.

behandlingen. Nævnet traf imidlertid også afgørelse om, at lægeloven var overtrådt, fordi der ikke var gjort de fornødne tilførsler til journalen. Det var ikke muligt at læse i journalerne, hvilke læger der havde deltaget i de afgørende beslutninger, og på hvilke præmisser beslutningerne var taget.

Sundhedsstyrelsen understreger, at anvendelsen af kontinuerlig intravenøs morfing er sidste udvej, såfremt andre indgiftsmetoder ikke kan anvendes. Beslutningen om at behandle med morfing skal fremgå af journalen med angivelse af behandlingsindikation samt dosisberegning. Der skal samtidig ske en løbende beskrivelse af patientens tilstand i journalen, hvor også enhver dosisændring skal begrundes og noteres.¹³

13. Vejledning nr. 15090 af 6. december 1995 vedrørende kontinuerlig intravenøs opioid-infusion til terminale patienter.

KAPITEL 6

Livstestamenter

§ 17

Enhver, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan oprette et livstestamente. I livstestamentet kan den pågældende udtrykke sine ønsker med hensyn til behandling, hvis vedkommende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af patienten selv.

Stk. 2. I et livstestamente kan optages bestemmelser om, at

- 1) der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende, og
- 2) der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Stk. 3. Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Stk. 4. Såfremt en sundhedsperson, i tilfælde hvor patienten ikke selv er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende eller påtænker at fortsætte livsforlængende behandling i en situation som nævnt i stk. 2, nr. 2, skal sundhedspersonen kontakte Livstestamen-

teregistret, jf. § 18, med henblik på at undersøge, om der foreligger et livstestamente.

Stk. 5. Testators ønske i medfør af stk. 2, nr. 1, er bindende for sundhedspersonen, medens et ønske efter stk. 2, nr. 2, er vejledende for sundhedspersonen og skal indgå i dennes overvejelser om behandling.

§ 18

Sundhedsministeren opretter et livstestamenteregister og fastsætter nærmere regler om livstestamenters oprettelse, udformning, registrering, tilbagekaldelse m.v.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om gebyrer for registrering af livstestamenter.

I forbindelse med lovfæstelsen af det almindelige princip om patientens ret til selvbestemmelse blev der tillige indført udtrykkelige regler om livstestamenter. Et livstestamente er en formaliseret forhåndstilkendegivelse, hvor testator tilkendegiver, at vedkommende ikke ønsker at modtage en udsigtsløs og livsforlængende behandling, såfremt vedkommende ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret.

Enhver, der er fyldt 18 år, og som ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, kan oprette et livstestamente, jf. § 17, stk. 1. I livstestamentet kan den pågældende udtrykke sine ønsker med hensyn til behandling, hvis vedkommende kommer i en tilstand, hvor selvbestemmelsen ikke længere kan udøves af patienten selv.

Livstestamentebestemmelserne omfatter patienter der er uafvendeligt døende eller svært invalideret.

Uafvendeligt døende

Testator kan afvise livsforlængende behandling i den situation, hvor vedkommende er uafvendeligt døende, jf. 17, stk. 2, nr. 1. Livstestamentet er bindende for sundhedspersonen og forpligter lægen til på eget initiativ og i overensstemmelse med testators ønske at afbryde en behandling, der alene er livsforlængende.

Det er i loven fastsat, at alene bedømmelsen af patientens tilstand skal tillægges betydning, andre hensyn som ønsker fra pårørende eller lægens etiske holdninger må ikke spille ind.

Bestemmelsen omfatter de samme situationer som behandling af uafvendeligt døende, patienter, der er i terminalfasen af en cancersygdom, og som ikke viser tegn på bedring eller lindring som følge af behandlingen. Det er typisk patienter med uoprettelige svigt af flere organsystemer: Hjerter, lunger, nyrer, og lever, hvor man trods maksimalt understøttende behandling ser fortsat forværring af de fysiologiske symptomer.¹

Sundhedspersonen har efter § 17, stk. 4, pligt til at kontakte Livstestamenteregistret. Reglerne for behandling af uafvendeligt døende i § 16, stk. 2, tilgodeser formentlig patientens forhåndstilkendegivelse i de fleste tilfælde. Sundhedspersonen kan på baggrund af almindelige lægefaglige normer beslutte, at behandlingen ikke bør fortsættes. Der er i disse tilfælde ikke behov for at konstatere, om der foreligger et livstestamente. Bestemmelsen i § 17, stk. 2, nr. 1, er derfor kun relevant i de situationer, hvor en læge måtte overveje yderligere behandling.

Svært invaliderede

Testator kan tillige udtrykke ønske om ikke at modtage livsforlængende behandling i en fremtidig situation, hvor vedkommende ikke er uafvendeligt døende, men hvor sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, en

1. Vejledning af 15. september 1998.

ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at testator varigt er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, jf. § 17, stk. 2, nr. 2.

Behandlingen er ikke udsigtsløs, men forlængelsen af livet vil indebære en svært invalideret tilværelse. Bestemmelsen omfatter de mest håbløse former for uhelbredelige og svært invaliderende lidelser, sådan som der kan være tale om ved igangsættelse af et standset hjerte, når det må anses for sikkert, at hjertestoppet allerede har medført svære og uoprettelige skader hos patienten.² Det kan være lidelser som fremadskridende lunge-svækkelse uden en ledsagende sygdom, hvor lungelidelsen er så fremskreden, at kun en respiratorbehandling kan forlænge livet, eller rygmarvslidelser, hvor patienten på grund af svære læsioner i den forlængede rygmarv er totalt lammet og ude af stand til at meddele sig til omverdenen.³

Lægen har pligt til at vurdere patientens aktuelle tilstand. I nogle tilfælde kan lægen allerede på baggrund af et godt kendskab til patienten vurdere, hvorvidt en patient er uafvendeligt døende eller er svært invalideret. Såfremt en sundhedsperson påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af svært invaliderede, skal vedkommende kontakte Livstestamenteregistret med henblik på at undersøge, om der foreligger et livstestamente, jf. stk. 4.

En forhåndstilkendegivelse af denne type er imidlertid ikke bindende for sundhedspersonen. Den skal dog indgå som et ikke uvæsentligt led i de forhold, som den eller de behandlende læger må tage i betragtning i forbindelse med tilrettelæggelsen af behandlingen.

Lægers forpligtelse i forbindelse med livstestamenter

Lægens forpligtelse til at kontakte Livstestamenteregistret er begrænset til situationer, hvor behandlingen ikke allerede tilgodeser patientens eventuel-

2. Dødshjælp? En redegørelse, Etisk Råd, 1996, afsnit 5.3.2.4.

3. Vejledning af 15. september 1998, p. 2.

le forhåndstilkendegivelser. Sundhedspersonen vil derefter kun have pligt til at kontakte Livstestamenteregistret i de situationer, hvor vedkommende overvejer at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling hos en patient, der er uafvendeligt døende.

Sundhedsstyrelsen har, jf. § 18, fastsat nærmere regler for livstestamenters oprettelse, udformning, registrering og tilbagekaldelse mv. Reglerne fremgår af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om livstestamenter.

Sundhedsstyrelsens livstestamenteformular svarer til indholdet i patientretsstillingslovens § 17, stk. 2, hvor patienten kan tilkendegive, at vedkommende ikke ønsker livsforlængende behandling i en situation, hvor han eller hun er enten uafvendeligt døende eller svært invalideret.

Livstestamentebestemmelserne i § 17 giver ikke hjemmel til oprettelse af testamenter med andre individuelle ønsker.

Livstestamenteregistret er placeret på Rigshospitalet. Testamentet er kun gyldigt, såfremt det er registreret på Sundhedsstyrelsens livstestamenteformular. Livstestamenteregistret sender testator en bekræftelse på registreringen sammen med en mindre opkrævning. Gebyret skal betales senest 2 måneder efter, at testator har modtaget bekræftelsen. Er betaling af gebyret ikke sket inden for den fastsatte frist, slettes livstestamentet i registret.

Et livstestamente tilbagekaldes ved, at testator skriftligt og utvetydigt tilkendegiver over for Livstestamenteregistret, at livstestamentet ikke længere skal være gældende. Tilbagekaldelsen er gyldig fra det øjeblik, den er registreret. Et livstestamente kan dog til enhver tid tilbagekaldes i forbindelse med en aktuel sygdomssituation. Denne tilkendegivelse kan finde sted mundtligt over for den læge, der har patienten i behandling. Tilbagekaldelsen har virkning fra det tidspunkt, den er fremsat.

KAPITEL 7

Aktindsigt

§ 19

Reglerne i dette kapitel gælder for patientjournaler mv., der udarbejdes af sundhedspersoner, og som føres på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis eller i forbindelse med behandling i private hjem samt på andre offentlige eller private institutioner mv., hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages behandling af patienter.

Stk. 2. Reglerne i dette kapitel gælder ikke for registre omfattet af lov om offentlige myndigheders registre eller for registrering, der alene finder sted til videnskabelige eller statistiske formål.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke oplysninger og institutioner mv. der er omfattet af stk. 1.

§ 20

Fremsætter en patient begæring herom, skal patienten have meddelelse om, hvorvidt der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler mv. Behandles sådanne oplysninger, skal der på patientens begæring og på en let forståelig måde gives patienten meddelelse om,

- 1) hvilke oplysninger der behandles,
- 2) behandlingens formål,
- 3) kategorierne af modtagere af oplysningerne og
- 4) tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. Retten efter stk. 1 kan dog begrænses i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

§ 21

Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne mv. i sin besiddelse.

Stk. 2. Vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson afgør snarest, om en anmodning om aktindsigt kan imødekommes, og om aktindsigten skal gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen mv. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.

Stk. 3. Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil, samt om hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1-3 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.

§ 22

Sundhedsministeren fastsætter regler om gebyr til dækning af kopierings- og forsendelsesomkostninger mv. i forbindelse med aktindsigten.

Retten til aktindsigt i helbredsoplysninger går tilbage til lov om offentlige myndigheders registre fra 1979. Loven gav kun aktindsigt i de elektroniske sygehusregistre, og dengang skulle aktindsigten gå gennem en læge, som så videreformidlede dem til patienten. Først næsten 10 år senere, da offentlighedsloven blev ændret i 1987, fik patienterne ret til aktindsigt i sygehus-

journalerne. Offentlighedsloven gav alene adgang til aktindsigt i sygehus-journalerne på de offentlige sygehuse. Journalerne hos de privatpraktiserende læger og privathospitalerne blev først omfattet af en generel adgang til aktindsigt med lov om aktindsigt i helbredsoplysninger fra 1994. Patientretsstillingslovens regler om aktindsigt er i alt væsentligt en videreførelse af reglerne i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger.

Anvendelsesområde

Reglerne gælder for patientjournaler, der er udarbejdet af sundhedspersoner, og som føres på offentlige eller private sygehuse, og hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages behandling af patienter, jf. § 19, stk. 1.

Det er uden betydning, hvor behandlingen finder sted. Reglerne er uafhængige af, om journalerne er ført for patienter på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis eller i forbindelse med behandling i patientens hjem.

Uden for lovens anvendelsesområder falder optegnelser om enkeltpersoners helbredsforhold, der foretages af andre end autoriserede sundhedspersoner, og som ikke indgår som et led i en sundhedsmæssig behandling. Det kan f.eks. være helbredsoplysninger, der indgår i afgørelsessager, som er under behandling i Den Sociale Ankestyrelse. Det kan også være oplysninger, der er taget i kontrolmæssigt øjemed, f.eks. inden for Kriminalforsorgen. I disse tilfælde skal en anmodning om aktindsigt behandles efter reglerne i enten persondataloven, offentlighedsloven eller forvaltningsloven.

Regler for aktindsigt

Patientretsstillingsloven	Manuelle patientjournaler, sygeplejefaglige optegnelser mv.
Lov om offentlighed i forvaltningen	Meroffentlighed
Forvaltningsloven	Helbredsoplysninger til brug for afgørelsessager
Lov om behandling af personoplysninger	Elektronisk registrerede oplysninger og manuelle patientregistre

Patientretsstillingslovens regler for aktindsigt gælder for oplysninger oprettet efter 1. januar 1994 og for tilførsler til eksisterende journaler foretaget efter denne dato, jf. patientretsstillingslovens § 37. For oplysninger oprettet før 1. januar 1994 og efter 1. januar 1987 har patienten adgang til aktindsigt i sygehusjournaler, jf. lov om offentlighed i forvaltningen. Loven indeholder en bestemmelse om meroffentlighed i § 4, der giver mulighed for en videre adgang til aktindsigt, herunder også i journaler oprettet før 1987. Patienter har ikke krav på aktindsigt i sygehusjournaler fra før 1. januar 1987, men journaloplysningerne kan udleveres efter en konkret vurdering af deres indhold og betydning for patienten. Det følger af meroffentlighedsprincippet, at sundhedspersonen forinden et afslag har pligt til at overveje, om der er noget til hinder for, at der meddeles aktindsigt.¹ Det vil således være ulovligt at etablere en praksis, hvorefter merof-

1. Vejledning om lov om offentlighed i forvaltningen, pkt. 8, og vejledning af 14. september 1998 om aktindsigt i helbredsoplysninger mv., pkt. 3, afsnit 5.

fentlighed aldrig eller så godt som aldrig gives. Lov om offentlighed i forvaltningen omfatter kun den offentlige forvaltning og giver dermed ikke adgang til aktindsigt i journaler ført af privat praktiserende læger.

Persondataloven trådte i kraft den 1. juli 2000, men det følger af overgangsbestemmelserne, at aktindsigtsreglerne gælder for oplysninger oprettet efter 24. oktober 1998. Loven gælder for personoplysninger i digitale sager samt i manuelle registre. Det registerbegreb, loven definerer, omfatter manuelle registre såsom kartotekskasser, journalkortsystemer og andre samlinger af manuelt materiale, som for at lette adgangen til de indeholdte personoplysninger opbevares struktureret efter bestemte kriterier vedrørende personer. Begrebet omfatter ikke manuelle sagsakter eller samlinger af sagsmapper. Manuelle sygehusjournaler er derfor undtaget fra loven.²

Anmodning om indsigt i oplysninger i sygehusets patientregistreringssystemer skal behandles efter persondatalovens bestemmelser. I det omfang personoplysningerne er indeholdt såvel elektronisk som manuelt, f.eks. ved at der sker elektronisk journalisering og sagsstyring af en manuel sag, er kun den elektroniske journalisering og sagsstyring omfattet af loven. Endelig bygger persondataloven på den forudsætning, at kan den registrerede opnå indsigt i oplysninger efter flere love, skal afgørelse træffes på det for patienten mest gunstige retsgrundlag, jf. persondatalovens § 2, stk. 1.

Forvaltningslovens regler finder anvendelse, medmindre der er tale om oplysninger, der er omfattet af patientretsstillingsloven eller lov om behandling af personoplysninger. Patientretsstillingsloven og persondataloven er således udtryk for en specialregulering i forhold til forvaltningsloven. Persondataloven medfører ikke indskrænkninger i parter adgang til aktindsigt efter reglerne i forvaltningsloven. Dermed er der, som det også er forudsat i forarbejderne til forvaltningsloven, ret til partsaktindsigt,

2. Jf. registerlovsudvalgets betænkningen nr. 1345/1997 om behandling af personoplysninger, p. 249.

uanset på hvilken måde en forvaltningsmyndighed opbevarer sine dokumenter.³

Med hensyn til ret til aktindsigt i autoriserede psykologers journaler er der i § 14, stk. 3-5, i lov om psykologer mv. fastsat regler om aktindsigt. Reglerne om aktindsigt i kapitel 4 i lov om patienters retsstilling gælder derfor heller ikke for denne gruppe.

Obduktionserklæringer vedrørende retslægelige forhold og den sundhedsfaglige vurdering af en speciallægeerklæring til brug ved et forsikringsselskabs behandling af en klagesag er ikke udarbejdet som et led i en behandling af patienten. De falder således uden for patientretsstillingslovens anvendelsesområde. Tilsvarende falder psykiatriske erklæringer udarbejdet til brug for straffesager uden for lovens anvendelsesområde.

Adgangen til aktindsigt

Retten til aktindsigt er en ret til egen acces. Det er kun den patient, journalen vedrører, der har ret til aktindsigt i den. Pårørende eller andre må i det omfang, det overhovedet er muligt, søge aktindsigt efter andre regler. Reglerne svarer til, hvad der hidtil har været gældende ret efter lov om aktindsigt i helbredsoplysninger. Formålet med de ændrede regler er at sikre, at bestemmelsen om patientens ret til aktindsigt er i overensstemmelse med Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om behandling af personoplysninger.

Patienten har, jf. § 20, stk. 1, på begæring krav på meddelelse om, hvorvidt der »behandles« helbredsoplysninger om vedkommende i patientjournaler. Patienten har således ret til at få aktindsigt i de oplysninger, der indgår i journaler, patientoptegnelser mv.

Patientens adgang til aktindsigt omfatter som hidtil alle ordnede optegnelser, som oplyser om patientens tilstand, planlagte og udførte undersøgelser og behandlinger og observationer af patienten. Omfattet er også

3. Betænkning nr. 345/1997, p. 160.

materiale, som f.eks. lægeerklæringer, røntgenbilleder og røntgenbeskrivelser samt resultater af undersøgelses- og behandlingsforløb.

Aktindsigten omfatter hele journalens indhold, såvel faktiske oplysninger som vurderende udsagn, også selv om det er vurderinger, der er blevet ændret, efter at de i sin tid blev tilført journalen. De sygeplejefaglige optegnelser er også omfattet af patientens ret til aktindsigt. Oplysninger fra ikke-autoriserede sundhedspersoner er også omfattet af loven i det omfang, de indgår i patientjournalen. Retten til aktindsigt omfatter også oplysninger, der ellers ikke er omfattet af journalføringspligten, men som er tilført journalen som bilag. Breve fra andre myndigheder eller fra pårørende, som er tilført journalen som bilag, er således også omfattet af patientens ret til aktindsigt.⁴

Bestemmelsen i § 20, stk. 1, medfører, at når en patient fremsætter en begæring om aktindsigt, er sundhedspersonen på patientens anmodning forpligtet til på en let og forståelig måde at meddele patienten, hvilke oplysninger der behandles, behandlingens formål, kategorierne af modtagere og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.⁵

Bestemmelsens § 20, stk. 1, nr. 1, dækker det, der hidtil har været gældende ret i Lov om aktindsigt i helbredsoplysninger, medens punkterne 2-4 er en præcisering af, hvad adgangen til aktindsigt omfatter.

Der skal efter bestemmelsen i § 20, stk. 1, nr. 2, gives meddelelse om behandlingens formål. Med behandlingens formål tænkes der på formålet med at indsamle og journalføre helbredsoplysninger om patienten. Der er ingen pligt til at meddele, hvad de enkelte oplysninger nøjagtigt skal bruges til. En generel angivelse af formålet med at indhente de pågældende oplysninger til journalen er tilstrækkelig.

Herudover skal der efter reglen i § 20, stk. 1, nr. 3, gives meddelelse om kategorierne af modtagere af oplysningerne. I forarbejderne til bestemmelsen peges på, at der efter nr. 3 skal gives meddelelse, såfremt der er eller

4. Vejledning af 14. september 1998 om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger, pp. 2-3.

5. Lov nr. 147 af 9. december 1999 om forslag til lov om behandling af personoplysninger, p. 116.

vil blive videregivet oplysninger fra patientjournalen til andre sundhedspersoner og myndigheder, jf. lovens § 24, stk. 2, og § 26, stk. 2.

Endelig skal patienten efter § 20, stk. 1, nr. 4, gives tilgængelig information om, hvorfra de oplysninger, der behandles, stammer. Denne pligt gælder kun, hvis der foreligger tilgængelig information herom. Sundhedspersonalet har således ikke en selvstændig pligt til at tilvejebringe oplysninger herom. Det vil i de fleste sammenhænge fremgå af oplysningerne, hvorfra de stammer. Typisk stammer de fra patienten selv, fra pårørende, foretagne undersøgelser, laboratoriesvar, eventuelle udtalelser fra en speciallæge eller patientens alment praktiserende læge.⁶

En anmodning om aktindsigt i journalen skal forstås som en anmodning om aktindsigt i hele journalen. Er der grund til at opfatte patientens ønske om aktindsigt til kun at omfatte oplysninger i forbindelse med det aktuelle behandlingsforløb eller den sidste indlæggelse, skal det udtrykkeligt fremgå, at man har fortolket patientens anmodning som et ønske om aktindsigt i det aktuelle eller sidst afsluttede behandlingsforløb. De sygeplejefaglige optegnelser antages kun at omfatte patientens anmodning om aktindsigt i det omfang, de indgår som en del af journalen. I de tilfælde, hvor de ikke opbevares sammen med journalen, skal patienten anmode om at få dem udleveret.

Retten til aktindsigt er uafhængig af, hvorfra oplysningerne stammer, og hvem der i øvrigt har ført journaloptegnelserne. Patientens adgang til aktindsigt omfatter således også oplysninger indhentet fra andre sygehusafdelinger. Den praksis, nogle sygehuse har med alene at give aktindsigt i afdelingens egne optegnelser, er en ulovlig begrænsning i patientens adgang til aktindsigt. Patientens ret til aktindsigt omfatter alle de oplysninger, sundhedspersonen har i sin besiddelse. Intet forhindrer den pågældende læge i at rette en forespørgsel til et andet sygehus eller en anden afdeling, hvorfra oplysningerne stammer. Det er den sundhedsperson, der har journalen i sin besiddelse, der træffer afgørelsen, og der vil kun sjældent

6. John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, 1998, pp. 328-329.

være behov for at høre den sundhedsperson, som har tilført journalen de ønskede oplysninger. Det er i § 21, stk. 2, fremhævet, at afgørelse i sager om aktindsigt skal træffes snarest. Er der ingen grund til at afvise anmodningen, bør afgørelsen ikke udsættes.

Patientklagenævnet har behandlet en enkelt sag, hvor en hospitalslæge besvarede en anmodning om aktindsigt i en henvisningsseddel med en opfordring til patienten om at henvende sig til den praktiserende læge der havde udstedt henvisningen. Fremgangsmåden gav ikke anledning til bemærkninger.

PKN nyhedsbrev nr. 2/2000

En kvinde blev af sin praktiserende læge henvist til ambulant undersøgelse på sygehuset. Kvinden skrev efterfølgende et brev til sygehuset med en anmodning om aktindsigt i den praktiserende læges henvisningsseddel. Efter aftale med den praktiserende læge sendte overlægen 6 dage senere et brev til patienten med en opfordring om at henvende sig til den praktiserende læge. En socialrådgiver fra lægehuset bekræftede modtagelsen af brevet og oplyste at lægen ville se på hendes anmodning, når han kom hjem fra 3 ugers ferie. Den praktiserende læge blev først opmærksom på patientens brev 2 ½ måned efter, da han blev kontaktet af overlægen, der af patienten havde fået at vide, at hun endnu ikke havde modtaget en kopi af henvisningssedlen. Patientklagenævnet fandt, at overlægen på sygehuset ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling. Nævnet lagde vægt på, at overlægen skriftligt havde opfordret patienten til at rette henvendelse til den praktiserende læge og fremsætte sin anmodning om aktindsigt over for ham. Nævnet fandt derimod, at den praktiserende læge havde overtrådt patientretsstillingsloven, fordi han ikke umiddelbart efter ferien havde besvaret patientens anmodning om aktindsigt.

Patientens har ret til at se materialet i sin originale form. Dette kan alene ske ved gennemsyn på stedet. Det følger af lægelovens opbevaringspligt i § 13, stk. 3, at sygehuset har pligt til at kunne dokumentere indholdet i journalen. Patienten har derfor ikke krav på at få udleveret journalmaterialet i sin originalform med risiko for, at journalen går tabt. Patienten har derimod krav på at få en kopi af journalen i den form, som den foreligger i. Patienten kan ikke kræve en sammenfatning af journalmaterialet. Patientklagenævnet har tidligere givet udtryk for, at når bilagsmaterialet er omfattende, og når det ikke direkte fremgår af anmodningen om aktindsigt, kan hospitalet afstå fra at udlevere en kopi af bilagsmaterialet og blot oplyse, at bilagsmaterialet er til rådighed for aktindsigt og som udgangs-

punkt også i kopi, medmindre det er forbundet med overordentligt stort besvær.⁷

Der kan ikke stilles nogen formkrav til en anmodning om aktindsigt. Det kan altså ikke kræves, at patienten henvender sig personligt eller afleverer en skriftlig ansøgning. Den praksis, som flere sygehuse har etableret med at udsende ansøgningsskemaer til tidligere patienter, der ringer og anmoder om aktindsigt, kan ikke stilles som en betingelse for at få imødekommet anmodningen.

Børn og forældre

Patienter, der er fyldt 15 år, har den samme ret til aktindsigt som alle øvrige myndige patienter. Da den unge som mindreårig samtidig er under forældremyndighed, skal indehaveren af forældremyndigheden som udgangspunkt have den samme information som den unge og inddrages i den unges stillingtagen. Forældremyndighedens adgang til aktindsigt er tænkt som et fundament for en fælles drøftelse med henblik på at opnå enighed om behov og ønske om behandling. Det fremgår af forarbejderne, at der ved udformningen af loven er lagt vægt på at finde en passende balance mellem den unges selvbestemmelsesret og forældrenes omsorgspligt.⁸

Forældremyndigheden kan ikke modsætte sig den unges adgang til aktindsigt. I de formentlig få tilfælde hvor der er uenighed mellem den unge og forældrene, har den unge imidlertid retten til at bestemme. Det betyder, at den unge 15-17-årige kan modsætte sig, at forældrene får aktindsigt i vedkommendes journal.⁹

For børn under 15 år har forældremyndighedsindehaveren en selvstændig ret til aktindsigt, og barnet vil ikke kunne modsætte sig denne. Hvad

7. Dette formentlig med udgangspunkt i en fortolkning af offentlighedslovens § 16, jf. justitsministeriets vejledning til offentlighedsloven pkt. 51. Se herom i øvrigt FOB 1972, side 110.

8. L. 15, p. 22.

9. L. 15, p. 24.

angår barnets ret til aktindsigt, kan det modsatte ikke slutes. Der er i patientretsstillingsloven ikke en nedre grænse for, hvem der kan begære aktindsigt. Børn og unge skal tværtimod, jf. bestemmelsen i § 11, inddrages mest muligt i beslutningerne vedrørende deres forhold, dog afpasset efter deres modenhed og situationen i øvrigt. Kun i tilfælde, hvor der er uenighed mellem forældre og barn, har aldersgrænsen betydning, og forældre vil kunne modsætte sig, at barnet får adgang til aktindsigt. Modsætter forældrene sig på forhånd generelt eller i en konkret anledning, at barnet får aktindsigt, er sundhedspersonalet afskåret fra at videregive oplysningerne til barnet. Sundhedspersonalet har imidlertid ikke en selvstændig pligt til at involvere forældrene i barnets anmodning om aktindsigt. Personalet skal ud fra en samlet bedømmelse af barnets modenhed og oplysningernes karakter vurdere, om anmodningen skal imødekommes.¹⁰

Der opstår et særligt problem i de situationer, hvor kun den ene af den mindreåriges forældre har forældremyndigheden. Den af forældrene, som ikke har del i forældremyndigheden, har efter § 19 i lov om forældremyndighed og samvær ret til efter anmodning at få orientering om barnets forhold bl.a. af sundhedsvæsenet. Bestemmelsen giver ikke adgang til aktindsigt, men alene ret til at få orientering, typisk i form af mundtlige oplysninger, og der er ikke efter bestemmelsen pligt til at imødekomme en generel opfordring til at blive holdt orienteret. Bestemmelsen giver heller ikke ret til at overvære konsultationen sammen med barnet. Bestemmelsen i lov om forældremyndighed og samvær er ikke afstemt med patientretsstillingsloven, men det må antages, at den unge over 15 år orienteres om en eventuel henvendelse, og at et oprigtigt ment nej fra vedkommende til videregivelse af fortrolige oplysninger respekteres.¹¹

10. John Vogter, *Offentlighedsloven med kommentarer*, p. 112.

11. *Op. cit.*, p. 319.

Alderdomssvækkede og senildemente patienter

Alderdomssvækkede og senildemente patienter er ikke afskåret fra aktindsigt. Patientretsstillingsloven giver ikke hjemmel til at nægte patienter, som er ude af stand til at give et informeret samtykke, aktindsigt i deres egen journal.

Kan patienten ikke selv tage vare på sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter loven er bemyndiget til det, i patientens rettigheder, jf. § 5.

Retten til at indtræde i patientens rettigheder vedrører kun forhold, der er nødvendige for at varetage patientens interesser og behov. Pårørendes adgang til aktindsigt er efter bestemmelsen i § 9 begrænset til at vedrøre oplysninger, der har betydning for at kunne træffe beslutning om behandling i situationer, hvor patienten er varigt inhabil. I øvrige tilfælde er de pårørende som udgangspunkt afskåret fra aktindsigt, medmindre der foreligger en fuldmagt fra patienten eller eventuelt en værgemålsbeskikkelse.

Bestemmelsen i § 9 indebærer, at pårørende til patienter, der ikke er varigt inhabile, men svært alderdomssvækkede, er udelukket fra at indtræde i patientens rettigheder og væsentligt begrænsede i deres muligheder for at varetage patientens interesser. Sundhedsministeriets vejledning om aktindsigt i helbredsoplysninger anlægger imidlertid en bred fortolkning af de pårørendes adgang til aktindsigt. Det er således fremhævet, at hvis en nær pårørende til en alderdomssvækket plejehjemsboer fremsætter anmodning om aktindsigt i den pågældendes journal, bør der ikke stilles krav om indhentning af en formel fuldmagt fra patienten eller alternativt om værgesbeskikkelse.¹² Har de pårørende gennem længere tid varetaget patientens interesser, og har patienten været indforstået hermed, må fuldmagtsforholdet antages at ligge i det nære familieforhold. Andre hensyn end dem, der har konkret betydning for behandlingen, udelukker derfor heller ikke nære pårørende fra aktindsigt.

12. Vejledning af 14. september 1998, p. 4.

Begrænsninger i adgangen til aktindsigt

Retten til aktindsigt kan, jf. § 20, stk. 2, begrænses i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til patienten selv eller til andre private interesser. Bestemmelsen er en undtagelsesbestemmelse og svarer til de tidligere undtagelsesbestemmelser i offentlighedslovens § 9, stk. 2, samt § 2, stk. 2, i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger.

Bestemmelsen er formuleret som en værdispringsregel. Den skal forstås sådan, at der i hvert enkelt tilfælde, hvor det overvejes at begrænse adgangen til aktindsigt, skal foretages en konkret afvejning. Her afvejes patientens interesse i at få de pågældende oplysninger mod afgørende hensyn til enten patienten selv eller andre private interesser, som taler imod at udlevere de ønskede oplysninger.

I få tilfælde kan der i journalerne være oplysninger, der er så alvorlige, at de vil være direkte skadelige for det fremtidige patient- behandlerforhold og for den iværksatte eller påtænkte behandling.¹³ Bestemmelsen vil kunne finde anvendelse i få tilfælde i forbindelse med behandlingen af patienter med psykiske lidelser, hvor afgørende behandlingsmæssige hensyn taler imod at give aktindsigt. Uden for det psykiatriske område forudsættes bestemmelsen kun anvendt i ganske få tilfælde, eksempelvis hvor det drejer sig om en alvorlig, uhelbredelig og fremadskridende sygdom, og der er en nærliggende risiko for, at patientens psykiske tilstand vil lide alvorligt under at blive gjort bekendt med oplysningerne.¹⁴

Undtagelsesbestemmelsen er snæver og indebærer, at der i hvert enkelt tilfælde skal være et stærkt fagligt belæg for at antage, at det vil være direkte skadeligt at give patienten adgang til aktindsigt i journalen.

Det forekommer, at pårørende bidrager med oplysninger til journalen. Dette sker i tilfælde, hvor patienten på grund af sygdommen er ude af stand til at afgive relevante oplysninger. Hensynet til de pårørende kan, jf.

13. John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, p. 324.

14. Vejledning af 14. september 1998, p. 8.

§ 20, stk. 2, begrunde en begrænsning af patientens aktindsigt, hvis denne må antages at være alvorligt belastende for forholdet mellem patienten og de pårørende. Oplysninger om utroskab, børn uden for ægteskabet eller særlige familiemæssige relationer samt misbrugsproblemer, som patienten ikke kan antages at være bekendt med, kan være eksempler herpå.¹⁵

Forældre til mindreårige vil også kunne nægtes aktindsigt, hvor forældrenes interesser i aktindsigt bør vige for afgørende hensyn til den mindreårige. Det kan dels være tilfældet, hvis journalen indeholder oplysninger om prævention, abortindgreb eller om behandling af kønssygdomme, som er sket uden forældrenes vidende. Dels kan det være tilfældet, hvis den mindreårige i forbindelse med psykolog- eller mentalundersøgelser fremkommer med oplysninger, som bør undtages fra forældrenes adgang til aktindsigt.

Er kun en del af journalen undtaget fra aktindsigt, skal patienten gives aktindsigt i den resterende del af journalen. Patienten skal, når der gives delvis aktindsigt, gøres bekendt med, at der er dele af journalen, der er udeladt. Kun i de tilfælde, hvor der er grund til at antage, at det vil være til alvorlig skade for patienten at få kendskab til, at visse oplysninger er tilbageholdt, kan sundhedspersonalet undlade at meddele patienten om tilbageholdelsen. Det skal fremgå af journalen, hvilke oplysninger der ikke er givet aktindsigt i og med hvilken begrundelse. En sådan journalpåtegning kan efter omstændighederne også unddrages patientens aktindsigt, hvis afgørende hensyn taler for det.

Et afslag på aktindsigt er omfattet af forvaltningslovens begrundelseskrav. Patienten skal herefter gøres bekendt med, at visse oplysninger er undtaget fra aktindsigt, medmindre den blotte oplysning, at aktindsigten er begrænset, i sig selv vil være til væsentlig skade for patienten. Forvaltningsloven gælder for offentligt ansatte sundhedspersoner. Sundhedspersoner, der er ansat i en privat praksis eller på private behandlingsinstitutioner, er således ikke omfattet af begrundelseskravet. Formålet med reglerne

15. Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, p. 326.

i patientretsstillingsloven taler imidlertid for, at også private sundhedspersoner begrundet afslag på aktindsigt og giver klagevejledning.

Begrundelseskravet kan være problematisk. Den blotte oplysning om, at aktindsigten er begrænset, kan i sig selv være til væsentlig skade for patienten. Er det tilfældet, skal også begrundelsen eller dele af den undlades efter undtagelsen i § 20, stk. 2. Det forhold, at patienten har fået begrænset sin aktindsigt, begrundet imidlertid ikke en samtidig udeladelse af begrundelsen for afslaget. Indholdet i begrundelsen skal afvejes selvstændigt. Begrundelsen kan efter omstændighederne alene indeholde en henvisning til hjemmelsgrundlaget i § 20, stk. 2.

Afgørelse om retten til aktindsigt

Det er, jf. § 21, stk. 1, den sundhedsperson, der har journaloptegnelserne i sin besiddelse, der træffer afgørelse om aktindsigt. For sygehusjournalers vedkommende er det afdelingens administrerende overlæge eller den, vedkommende har bemyndiget dertil, som træffer afgørelse om aktindsigt. For sygeplejefaglige optegnelser er det den ledende sygeplejerske, der træffer afgørelse om aktindsigt, eller den, som vedkommende har bemyndiget dertil. Det fremgår af lovens § 21, stk. 4, at det overordnende ansvar for, at aktindsigten meddeles i overensstemmelse med loven, påhviler den driftsansvarlige myndighed.

Det vil sædvanligvis enten være den administrerende overlæge eller den læge, der sidst har haft patienten i behandling, der træffer afgørelse om aktindsigt i den konkrete situation. Den driftsansvarlige myndigheds overordnende ansvar indebærer en forpligtelse til at sikre, at personalet er bekendt med reglerne for aktindsigt, og at der er etableret arbejdsgange, som sikrer, at lovens bestemmelser efterleves.

Vedkommende myndighed eller sundhedsperson kan efter bestemmelsen i § 21, stk. 2, afgøre, om en anmodning om aktindsigt skal gennemføres ved et gennemsyn på stedet eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi af journalen.

Patientens ret til aktindsigt skal forstås som en ret til at få udleveret en kopi af journalen. Bestemmelsen i § 21, stk. 2, giver ikke hjemmel til at begrænse patientens ret til aktindsigt til et gennemsyn på stedet, ligesom bestemmelsen ikke giver hjemmel til at stille krav om, at aktindsigten skal ske sammen med en sundhedsperson. Enhver begrænsning i patientens ret til aktindsigt forudsætter, at betingelserne i undtagelsesbestemmelsen i § 20, stk. 2, er opfyldt.

Patientoptegnelser er på grund af deres funktion, udformning og anvendelsen af faglige udtryk vanskelige at forstå for en udenforstående, og derfor vil et tilbud om gennemgang af journalen i langt de fleste tilfælde blive opfattet positivt. I den sammenhæng er det vigtigt at understrege, at sundhedspersonalet har en generel vejledningspligt efter § 7, men at en gennemgang af journalen ikke kan erstatte patientens ret til at få udleveret en kopi af journalen.

I de tilfælde, hvor betingelserne for at begrænse patientens adgang til aktindsigt er opfyldt, kan den pågældende sundhedsperson tilbyde at formidle aktindsigten ved at referere journalen for patienten med udeladelse af de oplysninger, der undtages fra aktindsigt. Fremgangsmåden kan imidlertid kun benyttes, hvis patienten giver samtykke til det. Hvis patienten efterfølgende anmoder om fuldstændig aktindsigt, må sundhedspersonen meddele, at anmodningen ikke kan imødekommes.

En anmodning om aktindsigt skal behandles med den fornødne hurtighed. Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået 10 dage efter, at den er modtaget, skal patienten underrettes om grunden hertil samt om, hvornår afgørelsen kan forventes at foreligge, jf. § 21, stk. 3.

PKN 0018214

En patient bad den 13. december 1999 om aktindsigt i sin journal på neurologisk afdeling og præciserede i anmodningen, at han ønskede fuld kopi af operationsjournal, røntgendignoser, undersøgelsesresultater og medicineringsforløb for perioden fra 23. november til den 10. december 1999. Patienten modtog diverse journalkopier, men rettede den 29. december på ny henvendelse til afdelingen, idet han ikke mente at have fået det hele. Den 6. januar 2000 modtog patienten det ønskede materiale. Patientklagenævnet fandt, at lov om patienters retsstilling ikke var blevet overholdt. I en udtalelse til nævnet anførte den administrerende overlæge, at årsagen til, at den fuldstændige journal kopi først nåede frem den 6. januar

2000, var, at patienten blev tilset i neurologisk ambulatorium den 22. december 1999 og at sagsgangen herved forsinkedes, idet journalen blev flyttet til ambulatoriets sekretariat, og dermed fra det sekretariat, som skulle stå for kopieringen. Endvidere, at der i dagene mellem jul og nytår var en kraftig nedbrydning af aktiviteterne. Patientklagenævnet lagde i afgørelsen vægt på, at patienten ikke modtog en komplet kopi af journalen efter sin første anmodning, og at patienten først modtog svar på sin anden anmodning 6. januar 2000.

10-dages fristen regnes i kalenderdage. Modtager en afdeling en anmodning om aktindsigt den 20. i en måned, skal der enten træffes afgørelse eller patientens underrettes senest den 30. Den administrerende overlæge burde således have underrettet patienten om forsinkelsen og grunden hertil. Folketingets ombudsmand har i flere sager fremhævet, at aktindsigten bør meddeles med det samme.¹⁶ Hensynet til den interne arbejdstilrettelæggelse kan betyde, at en anmodning ikke kan imødekommes straks. Medmindre ganske særlige overvejelser eller fortolkningsspørgsmål gør sig gældende, bør aktindsigten dog meddeles inden for fristen på 10 dage.

Sundhedsministeren har med hjemmel i § 22 fastsat regler om gebyr til dækning af kopierings- og forsendelsesomkostninger i forbindelse med aktindsigten. Første gang en patient anmoder om aktindsigt, vil det som udgangspunkt være gratis for patienten. Derudover er hovedreglen, at der betales 10 kr. for første side og 1 kr. for de efterfølgende sider. Med hensyn til kopier af røntgenbilleder mv. kan patienten efter forudgående underretning afkræves betaling svarende til omkostningerne ved kopiering. Der kan i øvrigt kun kræves betaling efter patientens udtrykkelige anmodning om udlevering af dokumenterne.

16. Jf. FOB 1994.356.

KAPITEL 8

Tavshedspligt

§ 23

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, jf. dog reglerne i dette kapitel.

***Stk. 2.* I de tilfælde, hvor en sundhedsperson i dette kapitel er tillagt beføjelser efter de enkelte bestemmelser, påhviler det overordnede ansvar for, at oplysninger videregives i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.**

Tavshedspligten udspringer af et grundlæggende princip om, at patienten har krav på beskyttelse af sit privatliv. Formålet med tavshedspligten er at styrke tillidsforholdet mellem sundhedsperson og patient både af hensyn til patientens behandling og for at sikre patientens tiltro til sundhedsvæsenet. Den betænkning, der i 1931 blev afgivet af Kommissionen angående Lægers Retsstilling, anførte følgende vedrørende spørgsmålet om lægers tavshedspligt: »Hvis Læger var berettiget til at udtale sig om alt, hvad de maatte erfare om deres Patienters Sygdomme og andre Forhold, kunne det befrygtes, at Folk af denne Grund ville holde sig tilbage fra at søge Læge eller undlade at give disse fuldstændige Oplysninger, hvilket i høj Grad ville stride imod saavel den enkeltes som mod den offentlige Sundhedsple-

jes Interesse.«¹ I forarbejderne til patientretsstillingsloven er det understreget, at det er en fundamental regel, at de oplysninger, man betror en sundhedsperson, bliver mellem patienten og sundhedspersonen og ikke videregives til uvedkommende. Patienten skal føle sig tryk ved at give sundhedspersonalet de ofte meget intime oplysninger, der er nødvendige for en udredning af patienten.

Tavshedspligten tilsidesættes, når den, der er omfattet af tavshedspligten, uberettiget videregiver eller udnytter den fortrolige oplysning. Videregivelsesreglerne i patientretsstillingslovens §§ 24-32 fastlægger en række situationer, der berettiger videregivelse uden patientens samtykke. Det er derfor ikke muligt at fastsætte indholdet i tavshedspligten uden samtidig at sætte den i umiddelbar forbindelse med de øvrige regler for videregivelse i patientretsstillingsloven eller andre bestemmelser, hvorefter videregivelsen er berettiget.

Patientretsstillingslovens tavshedsregler suppleres af de almindelige regler om tavshedspligt i straffelovens §§ 152-152 f. Indholdet i sundhedspersonalets tavshedspligt skal således fastsættes med udgangspunkt i de generelle regler om tavshedspligt i straffeloven. Det følger af straffeloven, at fortrolige oplysninger, erhvervet i tjenesten, ikke uberettiget må videregives eller udnyttes. Det afgørende for tavshedspligtens omfang er således forståelsen af, hvad der menes med »fortrolige oplysninger«, »erhvervet i tjenesten« og »berettiget videregivelse«.

Fortrolige oplysninger

En oplysning er, jf. straffelovens § 152, stk. 3, fortrolig, når den ved lov eller anden gyldig bestemmelse er betegnet som fortrolig, eller når det i øvrigt er nødvendigt at hemmeligholde den for at varetage væsentlige hensyn til offentlige eller private interesser. Straffeloven indeholder ingen nærmere angivelse af, hvilke offentlige eller private interesser der kan føre

1. Betænkning 1931, p. 27.

til, at en oplysning skal holdes hemmelig. Hvorvidt en oplysning er fortrolig, beror derfor hovedsageligt på normer uden for straffeloven.² Blandt disse normer er bestemmelserne i forvaltningsloven og den retspraksis, der har udviklet sig omkring forvaltningsloven.

Efter patientretsstillingslovens § 23, stk. 1, har en patient 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.

Enhver oplysning vedrørende helbredsforhold, sygdommens karakter, varighed og forløb, behandlingsmåde og behandlingsudsigter er fortrolig. Det er ikke kun den information om patienten, der er noteret i journalen, som er beskyttet af tavshedspligten. Røntgenbilleder, scannings- og laboratorieresvar og udskrifter fra elektrokardiogrammer er også omfattet af tavshedspligten.

Tavshedspligten omfatter ikke kun oplysninger, der direkte fortæller noget om patientens helbred, f.eks. at patienten lider af knogleskørhed, slidgigt eller sklerose. Enhver form for information, der kan fortælle noget om patientens helbred, er omfattet af tavshedspligten. Der er til oplysningen om, at patienten er indlagt på f.eks. reumatologisk afdeling, hæftet en bioplysning, der fortæller noget om patientens helbred.

Oplysningen om, at en person er indlagt på hospitalet eller har søgt lægehjælp, betragtes som fortrolig.³

Indenrigsministeriet j.nr. 1993/122/050-7

På baggrund af en sag om præster, der ønskede indskrivningslisterne udleveret, har Indenrigsministeriet udtalt, at blot oplysningen om, at en patient er indlagt til behandling, er fortrolig.

Sagen drejede sig om, hvorvidt præster, som ønskede at besøge patienter fra sognet, skulle have adgang til at gennemse sygehusets indskrivningslister. En generel adgang til at gennemse indskrivningslisterne gav ikke alene præsten adgang til at få oplysninger om de patienter, der hørte til det pågældende sogn, men også om andre patienter.

2. Kommenteret straffelov, speciel del, p. 97.

3. L. 15, p. 34.

Sagen udelukker ikke ethvert samarbejde mellem præsten og sygehuset, således at sygehusets personale retter henvendelse til de patienter, der har bopæl i det pågældende sogn, redegør for præstens henvendelse og spørger, om patienten er interesseret i besøg af præsten. Hvis patienten ønsker besøg af præsten, kan personalet videregive oplysningen herom, samt om, på hvilken afdeling patienten er indlagt.

Tavshedspligten omfatter ikke kun helbredsoplysninger, men også oplysninger om private og andre fortrolige forhold. Ud over rene helbredsoplysninger indeholder de fleste journaler også oplysninger om patientens opvækstforhold, familieforhold, sociale netværk, boligforhold, økonomi og forsørgelsesgrundlag. Socialmedicinske journaler bærer således præg af, at beslutninger om tildeling af hjemmehjælp, hjælpemidler eller pension støtter sig til andet end rent helbredsmæssige aspekter. Oplysninger om sociale problemer er fortrolige. Der kan være tale om oplysninger vedrørende økonomiske og forsørgelsesmæssige problemer, vanskeligheder med at tilpasse sig på arbejdsmarkedet eller om opdragelsesmæssige problemer med patientens børn eller om forholdet til pårørende. Oplysninger om misbrug af nydelsesmidler og lignende er fortrolige uanset misbrugets art og omfang, uanset om det er lovligt eller ulovligt, og uanset om det stadig står på eller er ophørt. Oplysningerne om strafbare forhold er fortrolige, uanset om lovbruddet er politianmeldt og retsforfulgt eller ej. De er fortrolige, uanset om straffen er udstået eller ej, også selv om forholdet ligger mange år tilbage i tiden. Oplysninger om seksuelle forhold er fortrolige, uanset om de røber en konventionel adfærd eller en afvigende, en lovlig eller en ulovlig adfærd.⁴

4. Oluf Jørgensen og Martin Basse, *Fortrolighed i forvaltningen*, pp. 48-50.

Erhvervet i tjenesten

Det er kun oplysninger, som sundhedspersonen har erhvervet i tjenesten som et led i den sundhedsfaglige virksomhed, der er omfattet af tavshedspligten.

Lægens tjenestemæssige forhold kan ikke begrænses til konsultationstiden i praksis eller til arbejdsdagen på hospitalet. De oplysninger, lægen erhverver i sin egenskab af læge, er, uanset om oplysningerne er erhvervet uden for konsultationen, omfattet af tavshedspligten. Følgende afgørelse fra Patientklagenævnet illustrerer dette:

PKN 1988.46

På et samarbejds møde mellem forskellige læger i social- og sundhedsforvaltningen udtalte en praktiserende læge sig om en kvindelig ansat i kommunen. Han havde i en årrække haft hende som patient. Af mødereferatet fremgik det, at lægen på mødet havde udtalt: »Lægerne var meget forbavsede over, at hun blev ansat i kommunen, uden at man satte spørgsmålstegn ved, om hun psykisk var i stand til at leve op til den stilling, hun skulle bestride, og jeg har kendt hende længst, fra hendes børn var små. Hun kan ikke lave en objektiv vurdering. Hun besidder ikke evnen til at kunne overskue og vurdere/bedømme en situation, og hvilken behandling/hjælp der er nødvendig.« Kvinden klagede over, at lægen havde brudt sin tavshedspligt. Patientklagenævnet skulle i sagen tage stilling til, om lægen havde videregivet oplysninger, han havde fået kendskab til under udøvelsen af sit kald. Patientklagenævnet konkluderede, at de var mest tilbøjelige til at mene, at lægen ikke havde overtrådt sin tavshedspligt, idet nævnet ikke med tilstrækkelig sikkerhed fandt det godtgjort, at der var videregivet oplysninger, som han havde fået i sin egenskab af læge.

Det kan være vanskeligt at adskille oplysninger erhvervet i tjenesten fra oplysninger erhvervet som privat person. Hvorvidt lægen havde overtrådt sin tavshedspligt, beroede i sagen på en vurdering af, hvorfra han havde oplysningerne. Havde lægen fået kendskab til oplysningerne i sin egenskab af læge, forelå der en overtrædelse af tavshedspligten.

Bestemmelsen i § 23 kan forstås således, at tavshedspligten alene gælder i den periode, den pågældende sundhedsperson er autoriseret eller virker i tjenesten. En fortolkning må if. John Vogter utvivlsomt føre til, at tavshedspligten ligesom tavshedspligten efter andre tavshedspligtsbestemmel-

ser også gælder, efter at den pågældendes autorisation er ophørt, f.eks. i forbindelse med sygdom, pensionering, erhvervsskift mv.⁵

Patientretsstillingslovens tavshedsregler er afgrænset til sundhedspersoner, som indgår i den daglige rutine omkring behandlingen af patienten, jf. § 4. Tavshedspligten gælder tjenestemænd og overenskomstansatte og er uafhængig af, om der er tale om en varig eller midlertidig ansættelse, heltids- eller deltidsbeskæftigelse, eller om den fremgår af ansættelseskontrakten.⁶ Tavshedspligten gælder også for de autoriserede behandles medhjælpere.

Uden for loven falder de personalegrupper, som ikke er sundhedspersoner, og som ikke er involveret i behandlingen af patienterne. Det administrative kontorpersonele i sygehusadministrationen, patientvejledere, socialrådgivere og lægesekretærer er eksempler på personalegrupper, som ikke er omfattet af loven. I det omfang patientretsstillingslovens regler ikke finder anvendelse, gælder straffelovens almindelige regler om tavshedspligt og videregivelse for offentligt ansatte.

Berettiget videregivelse

Tavshedspligten gælder ikke kun over for patientens pårørende og besøgende, men også over for andre sundhedspersoner. Tavshedspligten gælder i princippet over for alle andre personer end de personer, som patienten har betroet sig til. Tavshedspligten medfører, at fortrolige oplysninger ikke uberettiget må videregives eller udnyttes. Ubertigtet videregivelse og udnyttelse af fortrolige oplysninger straffes efter straffelovens §§ 152-152 f, jf. § 34 i lov om patienters retsstilling. Der foreligger ikke en krænkelse af tavshedspligten, hvis patienten har givet samtykke til videregivelsen. Der er ligeledes ikke tale om en krænkelse af tavshedspligten, hvis den pågældende sundhedsperson videregiver oplysningerne efter bestemmel-

5. John Vogter, Forvaltningsloven med kommentarer, 1999, p. 464.

6. Op. cit., p. 488.

serne i patientretsstillingslovens §§ 24 og 26 eller efter anden lov, som berettiger videregivelsen.

Patienten har under indlæggelsen kontakt med forskellige sundhedspersoner, der indgår i den daglige rutine omkring og behandling af patienten. Det er nødvendigt og i patientens interesse, at eksempelvis læger og sygeplejersker, der arbejder i skiftende vagter, og som løbende afløser hinanden, har adgang til patientens journal og til oplysninger om patienten. Det er, også uden at der er tale om et aktuelt behandlingsforløb, muligt at udveksle oplysninger mellem det personale, som indgår i den daglige rutine omkring og behandling af patienten.⁷ Tavshedspligten forhindrer ikke, at der udveksles oplysninger om patienterne imellem det sundhedspersonale, der er involveret i behandlingen af dem, ligesom tavshedspligten ikke forhindrer faglig sparring, råd og vejledning fra eksempelvis specialeansvarlige overlæger og andre fagpersoner, når dette er relateret til den daglige rutinemæssige kontakt med patienten.

Videregivelsen skal være forbundet med den daglige og rutinemæssige kontakt med patienten. Sundhedspersoner, som ikke tager del i den daglige behandling og pleje af patienten, men som alligevel indgår som et naturligt led i udredningen og behandlingen af patienten, er omfattet af videregivelsesreglerne i § 24. Det kan f.eks. være sundhedspersoner på en anden afdeling, hvor patienten er sendt til undersøgelse, indhentning af laboratorieresvar eller røntgen- og scanningsbeskrivelser.

Den driftsansvarlige myndighed

Det er den driftsansvarlige myndighed, der har det overordnede ansvar for, at oplysningerne videregives i overensstemmelse med loven, jf. § 23, stk. 2.

Sygehusledelsen er næst efter amtsrådet den øverste driftsansvarlige myndighed. I praksis er der en omfattende intern delegation, hvor syge-

7. Vejledning af 16. september 1998, p. 9.

husledelsen overlader beføjelsen til at træffe afgørelser inden for bestemte områder til de enkelte afdelingsledelser. Den daglige forvaltning af tavshedspligten og fortolkning af videregivelsesreglerne er i vid udstrækning overladt til den enkelte læge på afdelingen. Lægeloven giver imidlertid ikke læger en selvstændig kompetence til at forvalte videregivelsen af helbredsoplysninger uafhængigt af ansættelsesforholdet i øvrigt. Det er efter bestemmelsen i § 23, stk. 2, den driftsansvarlige myndighed, der har det overordnede ansvar for, at oplysningerne videregives i overensstemmelse med loven.

Den sundhedsperson, der er i besiddelse af fortrolige oplysninger, afgør, hvorvidt videregivelsen er berettiget, jf. § 24, stk. 4, og § 26 stk. 3. Der ligger deri ikke noget krav om, at det er den administrerende overlæge på afdelingen eller den enkelte læge, der skal træffe afgørelse i videregivelsesspørgsmål. Uanset om videregivelsen forudsætter adgang til lægelige oplysninger eller ej, kan sygehusledelsen som en konsekvens af det tjenstlige forhold pålægge lægerne at udlevere oplysningerne, uagtet at de enkelte sundhedspersoner efter de respektive autorisationslove eller patientretsstillingsloven er tillagt bestemte beføjelser.

U 1995.719 Ø

Byretten i Odense pålagde Odense Universitetshospital at udlevere en fortegnelse over, hvilke mandlige personer med angivelse af cpr.nr. der havde været under behandling på skadestuen i tidsrummet mellem kl. 00.00 og kl. 01.00. Den administrerende overlæge kærede afgørelsen på vegne af skadestuens lægepersonale med påstand om, at anmodningen burde være rettet mod lægerne på den afdeling, hvorfra oplysningerne stammede, og ikke mod Universitetshospitalet. Oplysning om, at en person var indskrevet på hospitalet, kunne gives af sygehusets administration på baggrund af en fortegnelse over personer, der havde modtaget behandling. På den baggrund fandt landsretten, at politiet med rette havde fremsat anmodningen om udlevering af identitetsoplysninger over for Universitetshospitalet, og at der ikke tilkom det ansatte lægepersonale selvstændig adgang til at kræve byrettens afgørelse prøvet i landsretten.

Byrettens kendelse var rettet mod hospitalsadministrationen. Lægerne var derfor ikke part i sagen og kunne ikke kære rettens kendelse.

Det er uden betydning, at oplysning om en patients indlæggelse kan gives uden de behandlende lægers journal. Forudsatte anmodningen ad-

gang til de behandlende lægers journaler, ville det stadig være Universitetshospitalet, der som driftsansvarlig myndighed havde det overordnede ansvar for, at oplysningerne blev videregivet i overensstemmelse med de gældende regler. Videregivelsesadgangen er den samme, hvad enten det er det lægelige eller administrative personale, der træffer afgørelsen. Hospitalsadministrationen har som offentlig myndighed pligt til at overholde de gældende tavshedsforskrifter, som også lægerne er omfattet af.

Spredt i lovgivningen findes flere professionslove med regler om tavshedspligt for personer beskæftiget i sundhedssektoren. Lægelovens § 9 præciserer, at enhver læge er forpligtet til at iagttage tavshed om, hvad han under udøvelsen af sit kald erfarer eller får formodning om angående privatlivets tilhørende hemmeligheder. Sygeplejerskelovens § 6 indeholder en tilsvarende bestemmelse.

Sådanne særregler refererer til samme bagvedliggende regler i straffeloven, som patientretsstillingsloven refererer til, og de har ikke nogen selvstændig betydning i forhold til straffeloven, men har alene pædagogisk betydning.⁸ Fortrolighedsforholdet mellem læge og patient nyder således samme kvalificerede retsbeskyttelse som alle øvrige fortrolige oplysninger, som den offentlige forvaltning ligger inde med om borgerne.

Flere personalegrupper inden for sundhedsvæsenet har etiske retningslinier for medlemmernes tavshedspligt. Sådanne etiske retningslinier har imidlertid alene foreningsmæssig relevans og er uden forvaltningsretlig betydning. Tilsidesættelse af foreningens retningslinier kan føre til udelukkelse af foreningen, hvilket ikke er uden betydning, eftersom medlemskab af foreningen kan være en betingelse for at praktisere for den offentlige sygesikring.

8. Jon Andersen, Juridiske regler i den primære sundhedssektor, 1994, p. 63.

KAPITEL 9

Videregivelse af helbredsoplysninger til behandling

§ 24

Med patientens samtykke kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

- 1) det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov,
- 2) videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almeninteresse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller
- 3) videregivelsen sker til patientens almentpraktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Stk. 3. Ved videregivelse efter stk. 2, nr. 1, kan patienten på ethvert tidspunkt i det aktuelle behandlingsforløb frabede sig, at oplysningerne videregives.

Stk. 4. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.

Stk. 5. Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 2, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af helbredsoplysninger mv. efter denne bestemmelse.

§ 25

Samtykke efter § 24, stk. 1, skal være mundtligt eller skriftligt. Samtykket kan afgives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte samtykke.

Videregivelsesreglerne regulerer adgangen til at gøre andre bekendt med oplysninger. Der er tale om videregivelse, uanset om oplysningerne offentliggøres på afdelingens morgenkonferencer til kolleger, om man giver dem til pårørende i patientens nærmeste familie, eller om man videregiver dem til en anden myndighed. Udlån af journaler er videregivelse, ligesom udlevering af udskrifter fra patientregistreringssystemerne er det, uanset om oplysningerne videregives elektronisk, eller om det er en papirudskrift eller et print af skærm billedet, der udleveres.¹ Videregivelsen af fortrolige oplysninger sker principielt på grundlag af de almindelige tavshedspligtsbestemmelser. At der er tavshedspligt om en oplysning, indebærer ikke, at der skal ties om den over for enhver. Videregivelse er kun et brud på tavshedspligten, hvis den er uberettiget.

Som en grundlæggende hovedregel er det i § 24, stk. 1, bestemt, at en sundhedsperson med patientens samtykke kan videregive fortrolige oplys-

1. Oluf Jørgensen og Martin Basse, Fortrolighed i forvaltningen, p. 71.

ninger til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling af patienten. Uden for bestemmelsen falder således videregivelse til andre end sundhedspersoner eller til sundhedspersoner, som ikke har patienten i behandling, f.eks. til den kommunale lægekonsulent, der bistår den kommunale forvaltning med rådgivning i forbindelse med afgørelser efter serviceloven. Kategorien af fortrolige oplysninger, som falder ind under videregivelsesreglerne, er de samme, som de oplysninger, der er omfattet af tavshedspligten efter § 23. Bestemmelsen omfatter således enhver fortrolig oplysning om patienten.

Videregivelsen forudsætter efter hovedreglen patientens samtykke, uanset om videregivelsen er i patientens egen interesse og en forudsætning for at hjælpe patienten bedst muligt. Patientretsstillingslovens § 24, stk. 2, opregner tre undtagelsessituationer fra samtykkekravet: Hvis der er tale om et aktuelt behandlingsforløb, hvis væsentlige hensyn taler for det, eller hvis der er tale om videregivelse fra lægens stedfortræder til patientens praktiserende læge. Er ingen af undtagelserne opfyldt, forudsætter videregivelsen patientens samtykke efter hovedreglen i § 24 stk. 1.

I dette kapitel gennemgås samtykkekravet samt de tre undtagelsessituationer, der vedrører videregivelse af oplysninger til brug for behandling.

Samtykkekravet

Med patientens samtykke kan sundhedspersonen videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandlingen af patienten, jf. § 24, stk. 1.

Samtykket kan være enten mundtligt eller skriftligt og kan gives til enten den sundhedsperson, der videregiver oplysningerne, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysningerne, jf. § 25, stk. 1.

Samtykkebestemmelserne indebærer, at den praktiserende læge med patientens mundtlige samtykke kan indhente journaloplysninger fra patientens sidste indlæggelse på hospitalet alene på baggrund af en mundtlig

anmodning. Hospitalslægen videregiver herefter oplysningerne i tillid til, at den praktiserende læge har indhentet patientens samtykke. Reglerne er de samme for udveksling af oplysninger mellem sygehuse, og samtykkekravet er uafhængigt af, om videregivelsen sker til sygehuse inden for samme amt eller til sygehuse i andre amter. Det afgørende er, at oplysningerne videregives til andre sundhedspersoner til brug for behandling, jf. afgrænsningen i lovens § 3 og § 4.

Sundhedspersoner, der videregiver helbredsoplysninger på anmodning fra en anden sundhedsperson, har ingen selvstændig pligt til at indhente patientens samtykke til videregivelsen. Videregivelsen skal imidlertid fremgå af journalen. Det betyder, at det af journalen skal fremgå, at den rekvirerende sundhedsperson har oplyst at have indhentet patientens samtykke. Derudover skal det af journalen fremgå, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilket formål og til hvem. Oplyses det, at der er givet samtykke, har sundhedspersonen ikke pligt til at foretage nærmere efterprøvelse heraf.

Der er ingen tidsbegrænsning for samtykke til videregivelse til brug for behandling. Formålet med samtykket præciserer rækkevidden af videregivelsesadgangen.

Det er patienten selv, der skal give samtykke til en videregivelse af helbredsoplysninger. Forældre til børn, der er fyldt 15 år, kan ikke give samtykke til videregivelse af oplysninger på den unges vegne, jf. § 8, stk. 3.

For patienter, der ikke selv kan tage vare på deres interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder, jf. patientretsstillingslovens § 5.

Er den unge under 15 år, optræder forældremyndighedens indehavere som barnets naturlige værger.

Videregives der oplysninger, uden at der er indhentet samtykke fra patienten, skal patienten efterfølgende orienteres om videregivelsen. Denne underretningspligt gælder kun, hvor der videregives oplysninger efter værdispringsreglen, jf. § 24, stk. 5.

Aktuelt behandlingsforløb

Efter reglen i § 24, stk. 2, nr. 1, kan helbredsoplysninger udveksles mellem sundhedspersoner uden patientens samtykke, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov.

Undtagelsesbestemmelsen retter sig mod det sundhedspersonale, der er involveret i den aktuelle undersøgelse samt behandling og pleje af patienten. Det vil være et brud på den i øvrigt gældende tavshedspligt at videregive fortrolige oplysninger om patienten til sundhedspersoner, der ikke er direkte involveret i behandlingen af patienten.

Det er efter undtagelsesbestemmelsen muligt at videregive helbredsoplysninger uden patientens samtykke fra en sundhedsperson til en anden, fra patientens praktiserende læge til et sygehus eller fra et sygehus i et amt til et sygehus i et andet amt. Bestemmelsen forudsætter, at der er tale om en aktuel undersøgelse og behandling af patienten, hvor videregivelsen finder sted som et led i et samlet og igangværende behandlingsforløb. Det er derfor kun muligt at videregive helbredsoplysninger uden samtykke, når det drejer sig om et forløb, hvor der er tale om at fortsætte eller følge op på en allerede iværksat behandling. Bestemmelsen giver således ikke adgang til uden videre at finde patientens tidligere journaler frem forud for indledningen af en ny behandling.

Laboratorieresultater og røntgenbeskrivelser bestilt af den praktiserende læge som et led i udredningen af patienten kan umiddelbart videregives til den praktiserende læge. Patientens praktiserende læge har patienten i behandling og rekvirerer undersøgelsesresultaterne som et led i den aktuelle behandling. Hospitalet foretager undersøgelserne for den praktiserende læge, og det følger af den praktiserende læges informationspligt, at patienten forinden er informeret om formålet med at rekvirere de fornødne undersøgelsesresultater.

Henvises patienten til behandling på sygehuset, har den praktiserende læge afbrudt behandlingen og overdraget ansvaret for behandlingen af patienten til sygehuset. Eftersom sygehuset har overtaget behandlingen af

patienten, forudsætter en eventuel videregivelse af oplysninger til patientens læge patientens samtykke. Udskrives patienten med henblik på en planlagt og opfølgende behandling hos egen læge, vil de oplysninger, der er nødvendige for behandlingen, kunne videregives uden samtykke fra patienten. Patientens samtykke til den opfølgende behandling erstatter behovet for at indhente et særskilt samtykke til videregivelse. Hvis patienten udskrives uden planer om opfølgende behandling, vil enhver videregivelse af oplysninger til patientens egen læge være uberettiget og i strid med tavshedspligten.

Det er uden patientens samtykke kun muligt at videregive de oplysninger, der er nødvendige til brug for aktuel behandling. Der ligger heri et krav om, at videregivelsen skal stå i en snæver sammenhæng med behandlingen.

Ved udskrivningen fra sygehuset sker det ofte, at ældre patienter skal fortsætte med vedligeholdende træning på et kommunalt aktivitetscenter, et plejehjem eller på en genoptræningsafdeling. Til brug for den opfølgende behandling på genoptræningscentret følger en terapeutmeddelelse fra sygehuset, hvori fysioterapeuten redegør for indlæggelsesforløbet med fokus på de oplysninger, der er relevante for genoptræningen. Genoptræningen sker som et led i den sundhedsfaglige behandling, og det følger af reglerne om det informerede samtykke, at patienten før udskrivningen er informeret om behovet for at fortsætte den vedligeholdende træning. Det er i den situation ikke nødvendigt at indhente et særskilt samtykke til videregivelsen. Genoptræningen er aftalt med patienten og sker som et led i et aktuelt behandlingsforløb. Patienter før udskrivningen bliver oplyst om behovet for opfølgende genoptræning og har på den baggrund mulighed for at frabede sig den påtænkte opfølgende behandling, jf. § 7 stk. 2, såvel som videregivelsen af oplysningerne, jf. § 24, stk. 3. Ønsker terapeuten på genoptræningscentret supplerende oplysninger til brug for genoptræningen i form af scanningssvar, operations- og røntgenbeskrivelser, kan de kun udleveres uden patientens samtykke, når de er nødvendige til brug for det aktuelle genoptræningsforløb.

Der sondres i videregivelsesreglerne ikke mellem forskellige typer af helbredsoplysninger. Videregivelsesadgangen er derfor den samme, uanset om der er tale om journaler, epikriser, terapeutmeddelelser eller røntgenbeskrivelser.

Anmoder en sundhedsperson om oplysninger, som ikke står i snæver forbindelse med behandlingen af patienten, forudsætter videregivelsen samtykke efter hovedreglen i § 24, stk. 1. Følgende to sager fra Patientklagenævnets praksis illustrerer dette.

PKN 1994/95.59

En 47-årig kvinde henvendte sig på hospitalets skadestue, men blev ikke indlagt. To dage efter kontaktede skadestuelægen kvindens almentpraktiserende læge for at få oplysninger om kvindens sygehistorie og aktuelle behandling. Den praktiserende læge videregav oplysninger om patientens seneste kontakt til en speciallæge og gav samtidig en kortfattet fremstilling af sin opfattelse af patientens sundhedstilstand. Skadestuelægen havde ikke kvinden i behandling, og den praktiserende læges videregivelse af oplysningerne uden forinden at indhente kvindens samtykke var derfor uberettiget. Den praktiserende læge henviste i sagen til, at det altid havde været opfattet som god lægegerning at konferere patienterne med lægelige kolleger, da også de er underlagt tavshedspligt. Patientklagenævnet fandt, at det ikke kunne anses for god lægeskik, at praktiserende læger drøftede patientens helbredsforhold med kolleger i sygehusvæsenet uden samtykke fra patienten. Den faglige interesse, som sygehuset måtte have i at modtage helbredsoplysninger om en patient, kunne ikke generelt anses at overstige hensynet til patientens selvbestemmelse.

UFL 86.3264

En praktiserende læge henviste en patient til en hospitalsafdeling til behandling for psoriasis og undersøgelse for HIV. Nogle uger senere henvendte patienten sig igen til lægen og meddelte, at afdelingen havde tilrådt fortsat behandling for psoriasis. Senere modtog lægen et lægebrev fra afdelingen, som detaljeret beskrev psoriasisbehandlingen, men intet om aids. Lægen fik på »anden vis« kendskab til, at patienten var undersøgt for HIV, og at prøven var positiv. Ifølge afdelingen måtte oplysninger om HIV ikke anføres i lægebrevne uden patienternes accept. Lægen protesterede til Sundhedsstyrelsen mod denne praksis, men fik ikke medhold.²

Det er uden betydning, om videregivelsen sker til andre, som også er omfattet af lægelovens tavshedspligtsbestemmelser. I den første sag havde

2. Sagen er refereret i Oluf Jørgensen og Martin Basse, Fortrolighed i forvaltningen, p. 106.

skadestuelægen afsluttet behandlingen af patienten. Patientklagenævnet anså ikke bekymringen for patienten som en tilstrækkelig begrundelse for uden samtykke at videregive oplysninger om hendes helbredstilstand.

Patienten kan efter de gældende regler til enhver tid frabede sig, at oplysningerne videregives til egen læge. Det er uden betydning, at patienten er henvist til undersøgelse fra egen læge. Endelig var der i sagen tale om to parallelle behandlingsforløb, hvor den opfølgende behandling kun vedrørte psoriasisbehandlingen. Prøvens resultat var derfor uden relevans for lægens fortsatte behandling af patienten.

Undtagelsesbestemmelsen i nr. 1 indebærer, at helbredsoplysninger kan indhentes og udveksles fra andre sundhedspersoner uden patientens samtykke, når oplysningerne er påkrævet af hensyn til det aktuelle behandlingsforløb. Har patienten givet samtykke til en konkret undersøgelse eller behandling, ligger der heri også et samtykke til at indhente de helbredsoplysninger, der er nødvendige for at kunne gennemføre den aktuelle behandling. Bestemmelsen skal ses i sammenhæng med sundhedspersonalets løbende information om sygdomsforløbet og behandlingsmulighederne, hvor den information, patienten lægger til grund for sit samtykke til behandling, erstatter behovet for at indhente et samtykke til videregivelse. Patienten vil som følge af sundhedspersonalets information have en fornemmelse af, hvilke oplysninger der er nødvendige til brug for den aktuelle behandling.

Det følger af kravet om, at oplysningerne skal være nødvendige af hensyn til det aktuelle behandlingsforløb, at der som altovervejende hovedregel ikke kan videregives andre fortrolige oplysninger end helbredsoplysninger uden samtykke fra patienten, idet oplysningerne ikke vil være nødvendige for det aktuelle behandlingsforløb. Sundhedspersonalet vil ofte være i besiddelse af fortrolige oplysninger om patientens private forhold, der ikke kan karakteriseres som helbredsoplysninger, men som samtidig indgår som et naturligt led i udredningen af patienten. Medmindre oplysninger om patientens opvækstforhold, skolegang, erhvervsuddannelse, familieforhold, sociale netværk, boligforhold og økonomi og eventuelle tidligere socialmedicinske foranstaltninger efter en konkret bedømmelse

står i en snæver og nødvendig sammenhæng med den aktuelle behandling af patienten, kan oplysningerne ikke videregives uden samtykke. Røntgenbeskrivelser og skadestueoptegnelser kan i nogle sammenhænge have en næsten journallignende karakter, hvor ikke alle oplysningerne er relevante til brug for den efterfølgende behandling. Er det af praktiske grunde ikke muligt at udskille kun de oplysninger, der er nødvendige, forudsætter videregivelsen patientens udtrykkelige samtykke.

Kravet om, at oplysningerne skal være nødvendige, forudsætter, at den der videregiver oplysningerne, har gjort sig konkrete overvejelser om, hvilke oplysninger det er nødvendigt at videregive. Der kan således ikke ske en automatisk videregivelse af f.eks. epikriser fra sygehuset til patientens praktiserende læge eller af journaloplysninger fra et sygehus til et andet. Der skal i hvert enkelt tilfælde foretages en konkret vurdering af, hvorvidt patienten skal fortsætte den aktuelle behandling hos den praktiserende læge, og vedkommende sundhedsperson må ved en gennemgang af oplysningerne sikre sig, at kun de nødvendige oplysninger videregives.

Patienten kan på et hvert tidspunkt frabede sig videregivelse af oplysningerne, jf. § 24, stk. 3. Patienten skal informeres om denne ret. Informationen kan enten gives direkte af sundhedspersonen eller i mere generel form i brochurer eller andet skriftligt patientinformationsmateriale. Hvis patienten nedlægger et forbud mod videregivelse, må sundhedspersonalet vurdere, om det er muligt at gennemføre behandlingen uden de pågældende oplysninger. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det i visse situationer kan betyde, at patienten må acceptere, at behandlingen kan blive givet på et lavere niveau, såfremt det ikke står i et rimeligt forhold til lidelsen at fremskaffe oplysningerne på ny.³

3. L. 15, p. 36.

Klart vigtigere interesse end tavshedspligten

Efter bestemmelsen i § 24, stk. 2, nr. 2, kan fortrolige oplysninger videregives uden samtykke, når videregivelsen sker til berettiget varetagelse af åbenbar almeninteresse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

Bestemmelsen er en såkaldt værdispringsregel. Dette medfører, at de hensyn, der taler for videregivelse, klart skal overstige hensynet til patientens fortrolighed. Der er tale om en ganske snæver undtagelsesbestemmelse, som forudsætter, at der i hvert enkelt tilfælde skal foretages en konkret afvejning af de hensyn, der begrundet hemmeligholdelse mod de hensyn, der begrundet videregivelse. Bestemmelsen svarer til straffelovens § 152 e, nr. 2, der tillader videregivelse uden samtykke, såfremt det sker til berettiget varetagelse af åbenbar almeninteresse eller af eget eller andres tarv.

Videregivelse med henblik på behandling af patienten til varetagelse af en åbenbar almeninteresse vil kun sjældent og i ganske få situationer finde anvendelse. I hvilke situationer videregivelsen er berettiget, skal ses i sammenhæng med straffelovens bestemmelser om nødret og nødretsbestemmelsen i patientretsstillingslovens § 10. Med begrebet almeninteresse tænkes på brede samfundsmæssige interesser. Åbenbar almeninteresse vil bl.a. kunne foreligge ved videregivelse af epidemioplysninger.

Med henblik på at hindre spredning af smitsomme sygdomme er der i hver amt nedsat en epidemikommission. Enhver læge med kendskab til personer, der lider af en alment farlig sygdom, har efter lov om smitsomme sygdomme pligt til uden unødigt ophold at videregive oplysningerne til den stedlige epidemikommission. Epidemikommisjonen kan påbyde enhver, der lider af en alment farlig sygdom eller som må antages at være smittet af en sådan, at lade sig undersøge af en læge, og at vedkommende om nødvendigt lader sig indlægge til observation på et sygehus.⁴

4. Lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme, § 5 og § 21.

Blandt de hensyn, der kan tale for, at oplysningerne videregives, kan i særlige tilfælde også være hensynet til patienten selv. Undtagelsesbestemmelsen sikrer, at det er muligt at videregive oplysninger til andre sundhedspersoner i de tilfælde, hvor patienten ikke allerede er i aktuel behandling, hvis det i det konkrete tilfælde skønnes at være afgørende nødvendigt for at kunne indlede behandling af den pågældende. Det er en forudsætning, at patienten på grund af sin tilstand er forhindret i at give samtykke til videregivelsen. Det kan være en tilstand af bevidstløshed, alderssvækkelse, stærkt sjælelig forstyrrelse, omtågethed på grund af høj feber, chok og smerter. Der kan også være tale om mindreårige, hvor det ikke er muligt at indhente samtykke fra indehaverne af forældremyndigheden. Videregivelsen skal være i patientens interesse. Det indebærer, at der skal tages hensyn til ønsker, som patienten formodes at have eller eventuelt har fremsat på et tidligere tidspunkt over for sundhedspersonalet. Bestemmelsen udelukker ikke videregivelse af helbredsoplysninger ved mindre skader. Videregivelse af oplysninger til brug for behandling af mindre truende skader er berettiget, såfremt de oplysninger, der videregives, er af klart underordnet betydning i forhold til patientens formodede interesse i at blive behandlet. Har patienten på forhånd udtrykkeligt frabedt sig videregivelse af oplysninger, skal dette respekteres – også selv om det kan betyde, at det er umuligt at behandle patienten. Bestemmelsen giver som udgangspunkt kun hjemmel til at videregive oplysninger, når det er i patientens interesse og nødvendigt til brug for behandlingen.

Personer, der er undergivet tavshedspligt, kan i sjældne tilfælde videregive oplysninger af hensyn til eget eller andres tarv. Bestemmelsens tredje og fjerde punkt sigter på de tilfælde, hvor videregivelse er nødvendig af hensyn til sundhedspersonen eller andre, og hvor det ikke er muligt at indhente patientens samtykke – enten fordi patienten er fysisk ude af stand til at give samtykke eller fordi patienten nægter at give samtykke til videregivelse. Der kan her være tale om behandling af sundhedspersoner med stikskader fra formodede HIV-smittede patienter, hvor iværksættelse af hurtig behandling forudsætter adgang til oplysninger fra patientens journal.

Hensynet til andres tarv kan berettige videregivelse især i tilfælde, hvor de pågældende ikke selv er i stand til at varetage deres egne interesser. Et særligt tilfælde er de situationer, hvor sundhedspersonalet retter uanmodet henvendelse til personer med risiko for arvelige sygdomme med henblik på at iværksætte profylaktisk behandling, og hvor de pågældende er afskåret fra at handle i egen interesse, fordi de ikke selv er klar over, at de er risikopersoner.

Sundhedsministeriet j.nr. 95-7712-24

Sagen vedrørte en 38-årig mand, som ikke selv havde kendskab til en arveligt betinget sygdom med risiko for at udvikle tyktarmskræft. Spørgsmålet er, om man burde have informeret manden, uden at han selv havde bedt om en sådan information. Manden var blevet registreret som risikoperson efter henvisning fra en kirurg, som havde opereret en af hans søskende for kræft i endetarmen, og såvel patientens mor som morfar havde udviklet tyktarmskræft. Patienten tilhørte en risikogruppe, der havde anlæg for at udvikle ikke blot denne særlige form for tyktarmskræft, men også andre former for kræft, der følger disse patienter. En tidlig diagnose og operativ behandling ville medføre en væsentlig mindre risiko for, at patienten ville udvikle en uhelbredelig kræft og dø i en ung alder. Sundhedsministeriet fandt i den konkrete sag ikke, at hensynet til den yngre mands viden om sygdommen var et hensyn, der afgørende talte imod, at man tog kontakt til ham om hans sygdomsrisiko, og at han blev vejledt om muligheden for forebyggende undersøgelser.

Der er i sagen ovenfor tale om en afvejning af hensynet til den berørte persons livskvalitet og ret til ikke at vide mod dels hensynet til en mulig forebyggelse ved at lade sig undersøge jævnlige og dels mulighederne for at afværge en livstruende sygdom. Det afgørende i forhold til videregivelsessituationen er, at en tidlig og aktiv indsats forbedrer patientens overlevelseschancer betydeligt. I tilfælde, hvor det drejer sig om sygdomme, der ikke findes nogen behandling for, eller hvor prognoserne for at indlede tidlig behandling er ringe, vil det ikke være berettiget at orientere vedkommende uanmodet.

Det er patienten selv, der skal orienteres. Det vil være et brud på tavshedspligten at videregive oplysninger om personer med risiko for at udvikle arvelig tyktarmskræft fra HNPCC-registret på kirurgisk gastroenterologisk afdeling til patientens praktiserende læge. En sådan videregivelse vil kræve patientens accept, uanset om videregivelsen sker for at give den

læge, der kender patienten bedst, mulighed for at informere patienten i trygge og kendte rammer.

Lægens stedfortræder

Efter reglen i § 24, stk. 2, nr. 3, kan helbredsoplysninger videregives uden patientens samtykke til patientens praktiserede læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne. Der er i forarbejderne opregnet tre mulige stedfortrædere for patientens egen læge: Læger, der virker som vagtlæger, en anden almentpraktiserende læge ved egen læges forfald samt en anden almentpraktiserende læge, der behandler patienten.

I de tilfælde, hvor patienten har konsulteret vagtlægen, og der er behov for opfølgende behandling hos patientens egen læge, vil bestemmelsen i § 24, stk. 2, nr. 1, finde anvendelse, idet videregivelsen er nødvendig af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb. Bestemmelsen må derfor antages at omfatte situationer, hvor patienten er undersøgt og behandlet af enten vagtlægen eller en anden stedfortrædende læge uden behov for opfølgende behandling hos egen læge. Formålet med bestemmelsen er if. Sundhedsstyrelsens vejledning at sikre, at patientens egen læge bliver orienteret om den behandling, patienten har fået hos den stedfortrædende læge.⁵ Hensigten er navnlig at forebygge risiko for dobbeltordinationer og vildledning fra stofmisbrugere ved at give adgang til at videregive oplysningerne til patientens egen læge uden samtykke. Patienten har ikke mulighed for at frabede sig videregivelse af oplysningerne.

Bestemmelsen giver alene adgang til at videregive oplysninger fra den stedfortrædende læge til patientens praktiserede læge. Bestemmelsen giver ikke hjemmel til at videregive oplysninger ved lægeskift eller fra patientens egen læge til den stedfortrædende læge. Sidstnævnte problemstilling var overvejet i sagen nedenfor.

5. Vejledningen af 16. september 1998, p. 10.

PKN 0016213

En praktiserende læge blev kontaktet af lægevagten i amtet. Lægevagten havde konstateret, at en af lægens mandlige patienter havde forholdsvis mange kontakter til lægevagten. Lægevagten anmodede derfor lægen om helbredsmaessige oplysninger på patienten. Lægen skrev herefter til lægevagten og oplyste blandt andet patientens diagnose, at patienten havde fået fjernet milten, at han ikke burde behandles med morfika eller sløvende midler, og at han i øvrigt var rigeligt medicineret. Samtidig hermed blev patienten orienteret skriftligt om brevet til lægevagten.

Sagen stammer fra tiden før patientretsstillingslovens ikrafttræden, men gav Patientklagenævnet anledning til at gøre sig overvejelser i forhold til det nye regelsæt. Lægevagten virker som stedfortræder for egen læge. Den praktiserende læge modtager oplysningerne, således at han ved sin planlægning af den fortsatte behandling kan tage hensyn til eventuel behandling fra andre læger. Det betyder imidlertid ikke, at den praktiserende læge herefter kan videregive oplysningerne til vagtlægen uden samtykke. Bestemmelsen kan ikke fortolkes analogt, således at den praktiserende læge også kan videregive oplysninger til den stedfortrædende læge. Patientklagenævnet henviste i afgørelsen til Sundhedsstyrelsens retningslinier for ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Det følger af retningslinierne, at såfremt en læge får kendskab til, at en patient hyppigt tilkalder lægevagt med henblik på ordination af afhængighedsskabende lægemidler, bør han orientere vagtlægerne om forholdet efter indhentet samtykke. Såfremt patienten nægter at give sit samtykke, skal lægen overveje at ophøre med at behandle med afhængighedsskabende lægemidler.

Sundhedsstyrelsens vejledning om information og samtykke giver anledning til tvivl om rækkevidden af videregivelsesadgangen. Det fremgår af vejledningen, at »hvis det er klart, at den stedfundne behandling hos stedfortrædende læge ikke skal følges op af behandling hos egen læge, vil der ikke være tale om nødvendig videregivelse, hvorfor videregivelse ikke må finde sted uden patientens samtykke«. ⁶ Sidestilles adgangen til at videregive oplysninger fra den stedfortrædende læge til patientens egen læge med undtagelsen i nr. 1, virker bestemmelsen overflødig. Det frem-

6. Vejledning af 16. september 1998, p. 10.

hæves i bemærkningerne til lovforslaget, at formålet med videregivelsen er at forebygge risiko for dobbeltordinationer og vildledning fra medicinmisbrugere.⁷ Formålet ville gå tabt, såfremt det alene var muligt at videregive oplysningerne ved opfølgende behandling. Det afgørende må være lægens stedfortrædende rolle, hvor patienten behandles af en anden praktiserende læge ved egen læges forfald. Bestemmelsen skal derfor formentlig fortolkes udvidet med henblik på at sikre den stedfortrædende læge en vid adgang til at videregive oplysningen vedrørende behandlingen til patientens egen læge med henblik på at forebygge risiko for dobbeltordinationer. Det må derfor antages, at alene det forhold, at patienten er behandlet af lægens stedfortræder og er medicineret med afhængigheds-skabende medicin, er en tilstrækkeligt saglig begrundelse for, at oplysningerne vedrørende behandlingen videregives til patientens egen læge.

7. L. 15, p. 36.

Videregivelse af helbredsoplysninger til andre formål end behandling

§ 26

Med patientens samtykke kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer m.fl.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

- 1) det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling,
- 2) videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almeninteresse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller
- 3) videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

Stk. 3. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 er berettiget.

Stk. 4. Såfremt der videregives oplysninger efter stk. 2, nr. 2, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed.

§ 27

Samtykke efter § 26, stk. 1, skal være skriftligt. Kravet om skriftlighed kan dog fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Stk. 2. Samtykke efter stk. 1 bortfalder senest et år efter, at det er givet.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte samtykke.

Fortrolighedsforholdet mellem læge og patient skal sikre, at alle patienter kan henvende sig med henblik på relevant behandling i tillid til sundhedspersonalets pligt til at iagttage tavshed om patientens forhold. Fortrolighedsforholdet er udgangspunkt for en vurdering af, om sundhedspersonalet skal videregive oplysninger til brug for andre formål end behandling. I langt de fleste sammenhænge giver forholdet mellem sundhedspersonale og patient ikke anledning til problemer. Særlige forhold gør sig imidlertid gældende, når der rettes anmodning om videregivelse af oplysninger, hvor videregivelsen ikke er i patientens interesse: Pårørende, der ønsker en samtale med personalet under fire øjne, politiet, der henvender sig på baggrund af en igangværende efterforskning, kommunale myndigheder, der henvender sig med ønske om oplysninger i forbindelse med sager om tvangsfjernelser.

Som hovedregel kan der ikke videregives fortrolige oplysninger til andre formål end behandling uden patientens samtykke. Der er imidlertid en række undtagelser, hvor sundhedspersonalet har pligt til at videregive oplysninger til andre uden først at indhente patientens samtykke. Der er i patientretsstillingsloven tre undtagelser. Videregivelse uden samtykke kan efter § 26, stk. 2, ske: 1) når det følger af lov, at oplysningen skal videregiv-

ves, 2) når videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af åbenbar almeninteresse, eller 3) når videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

Samtykkekravet

Med patientens samtykke kan sundhedspersonen efter § 26, stk. 1, videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, privatpersoner m.fl.

Samtykkekravet gælder ikke kun for videregivelse af fortrolige oplysninger til andre uden for sygehuset. Videregivelse af oplysninger mellem sygehuset og dets administration forudsætter også patientens samtykke, ligesom det som udgangspunkt forudsætter samtykke at videregive oplysningerne til andre offentlige myndigheder som private.

Samtykket skal være skriftligt og skal gives til den sundhedsperson, der er i besiddelse af oplysningerne, og som træffer beslutningen om videregivelse.

Samtykket bortfalder senest et år efter, at det er givet, jf. § 27, stk. 2.

Kravet om skriftlighed kan fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for det, jf. § 27, stk. 1. Der er her tænkt på tilfælde, hvor videregivelsen skal ske meget hurtigt, og hvor væsentlige hensyn taler for, at sagen ikke tåler yderligere udsættelse. Er vedkommende til stede på tidspunktet for afgivelsen af samtykket, giver bestemmelsen ikke grundlag for at fravige kravet om skriftlighed, medmindre det enten ikke er muligt eller forbundet med store praktiske vanskeligheder at afgive et skriftligt samtykke, fordi patienten er synshandicappet eller på anden måde har svært ved at skrive.¹ Insisterer vedkommende på ikke at give samtykke, kan videregivelsen kun finde sted efter en af undtagelsesbestemmelserne i § 26, stk. 2.

1. John Vogter, Forvaltningsloven med kommentarer, p. 560.

Fravigelsen fra kravet om skriftlighed indebærer ikke en samtidig fravigelse fra de øvrige krav til samtykket, herunder kravene til den information, samtykket baserer sig på, krav til samtykkets varighed og pligten til at journalføre videregivelsen.

Samtykkebestemmelserne er forskellige, alt efter om der er tale om videregivelse af oplysninger i behandlingsøjemed eller til andre formål end behandling.

Den væsentligste forskel på samtykkekravet er, at hvis der er tale om samtykke til brug for behandling, er et mundtligt samtykke tilstrækkeligt, og samtykket kan gives til enten den, der indhenter eller videregiver oplysningerne. Videregivelse til andre formål end til behandling forudsætter skriftlighed, og samtykket skal gives til den, der videregiver oplysningerne.

Behandlingsøjemed	Andre formål
Skriftligt eller mundtligt	Skriftligt, medmindre særlige forhold gør sig gældende
Til den, der afgiver eller den, der modtager oplysningerne	Til den, der afgiver oplysningerne
Indføres i patientjournalen	Indføres i patientjournalen
Ingen tidsfrist	Bortfalder senest efter et år

Uanset om der er tale om samtykke til videregivelse til brug for behandling eller til andre formål, skal samtykket basere sig på fyldestgørende information. Formålet med samtykket skal være konkretiseret og skal indeholde oplysninger om, hvilken type oplysninger der må videregives, til hvem og til hvilket formål, jf. bekendtgørelse om information og samtykke § 8, stk. 2.

Er samtykket begrænset til at vedrøre et konkret behandlingsforløb eller en konkret sag, kan oplysningerne ikke uden fornyet samtykke videregives til brug for andre formål. Formålet med samtykket begrænser med andre ord rækkevidden af videregivelsesadgangen. Har patienten to parallelle behandlingsforløb, og omfatter samtykket kun det ene, kan det ikke udvides til også at omfatte det andet.

Den ansvarlige sundhedsperson har pligt til at journalføre videregivelsen. Dvs. journalen skal indeholde optegnelser om, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilke formål og til hvem, samt tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer, jf. lovens §§ 24-28, jf. § 20.

Journalføringspligten omfatter ikke blot helbredsoplysninger, der er videregivet med patientens samtykke, men også oplysninger om, hvad der er videregivet uden samtykke. Videregives der oplysninger efter § 24, stk. 2, som led i aktuel behandling af patienten eller efter værdispringsreglen, skal det fremgå af journalen. Tilsvarende skal almentpraktiserende læger og vagtlæger journalføre, hvad der måtte være videregivet til andre praktiserende læger.² Der er samme pligt til at lade videregivelse efter § 26, stk. 2, fremgå af journalen.

Oplysningspligt

Der er ikke tavshedspligt, hvor sundhedspersonalet efter anden lov er forpligtet til at udlevere oplysninger. Det fremgår af patientretsstillingsloven, at videregivelse uden patientens samtykke kan ske, når »det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagne myndigheds sagsbehandling«, jf. § 26, stk. 2, nr. 1. Lægeloven indeholder tilsvarende bestemmelser: § 8, stk. 3, vedrører lægers pligt til at udlevere oplysninger om lægelige forhold om personer, der oppebærer eller søger om offentlige ydelser, og § 11, stk. 1, fastslår tilsvarende en

2. Vejledning 16. september 1998, p. 15.

pligt for læger til at afgive de indberetninger og anmeldelser, der følger af lovgivningen. Tavshedspligten fortrænges ikke generelt af regler om oplysningspligt. Patientretsstillingsloven fastslår blot, at det kan være tilfældet.

Der findes i lovgivningen flere bestemmelser, som pålægger sundhedspersonalet oplysningspligt, men kun få regler pålægger sundhedspersonalet en specifik oplysningspligt. Som eksempel kan nævnes § 4, stk. 1 i lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. om anmeldelse af dødsfald, og jordemødres pligt til af egen drift at videregive oplysninger om børn født med misdannelser og talelidelser, jf. cirkulære nr. 70 af 8. maj 1981 om jordemødre. Det er klart, at tavshedspligten viger over for en så præcist formuleret oplysningspligt. I andre tilfælde er oplysningspligten bredere formuleret. De fleste bestemmelser er udformet således, at de giver myndigheden ret til at begære de oplysninger udleveret, som er nødvendige for myndighedens sagsbehandling. Hvilke oplysninger der kan udleveres, beror i disse tilfælde på en konkret fortolkning af de pågældende pligtudleveringsbestemmelser. Som eksempel kan nævnes § 12 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, der giver en myndighed adgang til at »forlange, at personer, myndigheder mv., der har kendskab til forholdene, giver oplysninger, der er eller må anses for nødvendige for at behandle en sag«. Bestemmelsen omfatter alle former for fortrolige oplysninger og giver udtrykkeligt adgang til at indhente læge- og sygehusjournaler.

Retssikkerhedslovens bestemmelse er meget vidtrækkende og indebærer, at de sociale myndigheder kan indhente helbredsoplysninger til brug i sager om tildeling af f.eks. hjemmehjælp, i sager vedrørende optagelse på plejehjem eller spørgsmål i forbindelse med tildeling af handicaphjælpe-midler mv. Pligten til at videregive oplysninger gælder kun, hvis kommunen fremsætter en begæring, og kun hvis oplysningerne er nødvendige for sagens behandling.

Forvaltningsmyndigheder, der anmoder om helbredsoplysninger fra andre sundhedspersoner, skal præcisere, hvilke oplysninger de har brug for, og må kun rekvirere disse. Sundhedspersonen har efter § 26, stk. 2, nr.

I, kun pligt til at videregive oplysninger, der må antages at have væsentlig betydning for den modtagne myndigheds sagsbehandling. Det fremgår af lovforslaget, at væsentlighedskriteriet er indført med henblik på en beskyttelse af patientens retsstilling i overensstemmelse med hidtidig praksis.³ Den sundhedsperson, der videregiver oplysningerne, skal sikre sig, at der ikke gives adgang til mere end det nødvendige. Såvel den rekvirerende myndighed som sundhedspersonen bærer altså et ansvar for, at retssikkerhedslovens § 12 ikke skaber en overflødig udveksling af følsomme oplysninger.

Når en socialforvaltning i visse sager, f.eks. om foranstaltninger for børn og unge, anmoder om helbredsoplysninger, er der sjældent grundlag for at fremsende hele patientjournalen. Medmindre der foreligger et samtykke, må sundhedspersonen forlange oplyst, hvad socialforvaltningen skal bruge oplysningerne til. Derefter kan vedkommende udlevere de oplysninger, der i situationen er nødvendige. Inden oplysningerne videregives, kan det derfor være nødvendigt at frasortere oplysninger, der er uden relevans for anmodningen. Det kan ske enten ved overdækning i forbindelse med kopiering eller ved at tilbageholde dele af journalen. Endelig kan det mest hensigtsmæssige i nogle tilfælde være at udfærdige en erklæring til vedkommende myndighed.⁴

En sundhedsperson har ikke kun pligt til at udlevere oplysninger på begæring. I visse situationer skal sundhedspersonen af egen drift underrette en anden myndighed. Der kan være tale om underretning til f.eks. Arbejdstilsynet, det sociale udvalg, embedslægen og Sundhedsstyrelsen. Sundhedspersoner har efter § 35 i serviceloven pligt til at underrette det sociale udvalg om børn, der antages at have behov for særlig støtte.⁵ Efter samme lov har enhver pligt til at underrette det sociale udvalg om vanrøgt af børn, jf. § 36.

3. L. 15, p. 38.

4. L. 15, p. 38.

5. Se herom socialministeriets vejledning nr. 57 af 5. marts 1998 om særlig støtte til børn og unge, kapitel 2.3 og om lægers og psykologers medvirken ved undersøgelser kap. 3.2-3.4.

Sundhedspersonalet skal ikke på eget initiativ orientere patienten om videregivelsen, men det skal af patientjournalen fremgå, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvem og med hvilket formål.

I ansøgnings- og klagesager samt i andre sager rejst på borgerens initiativ har patienten en særlig interesse i at medvirke til sagens oplysning. Har patienten indgivet en ansøgning til en offentlig myndighed, har vedkommende imidlertid ikke samtidig givet tilladelse til, at myndigheden frit kan indhente de nødvendige oplysninger. Myndigheden kan i ansøgningssager som hovedregel ikke indhente helbredsoplysninger uden først at have sikret sig ansøgerens samtykke, jf. forvaltningslovens § 29. I de fleste sager, hvor socialforvaltningen anmoder sundhedspersonalet om journaloplysninger, vil patienten derfor have givet sit samtykke og på forhånd vide, hvilke oplysninger forvaltningen søger indhentet. Bag bestemmelsen i forvaltningsloven ligger det synspunkt, at den, der har søgt om f.eks. helbredsbetingsførtidspension, bør have indflydelse på, hvilke oplysninger der tilvejebringes til brug for behandlingen af sagen.⁶ Følgen af, at ansøgeren nægter samtykke, kan være, at sagen afsluttes på det foreliggende grundlag. Sker det, kan myndigheden tillægge den manglende medvirken processuel skadevirkning: At parten udsætter sig for afslag ved ikke at medvirke til sagens oplysning.

Kravet om samtykke i ansøgningssager indebærer, at det er ansøgeren, der afgør, om interessen i at få den pågældende ydelse eller tilladelse er så væsentlig, at den pågældende vil acceptere, at også særligt følsomme oplysninger indgår i sagen.

FOB 97.262

En arbejdsgiver fik afslag på refusion af sygedagpenge. Kommunen begrundede afslaget med, at den ansatte nægtede at oplyse sin læges navn, arten af sin sygdom, og om han havde været indlagt til behandling på hospitalet. Den ansatte klagede til dagpengeudvalget og bad alene udvalget tage stilling til, om kommunen var berettiget til at kræve udlevering af specifikke oplysninger om diagnoser og hospitalsindlæggelser. Dagpengeudvalget valgte at tage stilling til spørgsmålet om såvel kommunens ret til at kræve specifikke sygdomsoplysninger som arbejdsgiverens ret til refusion. Til brug for behandling af sagen indhente-

6. Justitsministeriets vejledning af 1986 om forvaltningsloven pkt. 185.

de dagpengeudvalget uden den ansattes samtykke vedkommendes journalakter fra hospitalet. § 36 i lov om dagpenge ved sygdom og fødsel giver den myndighed, der behandler en sag efter loven, adgang til at indhente de oplysninger, der er nødvendige for at træffe afgørelse i sagen. Myndigheden, der behandler sagen, vurderer, hvilke oplysninger der er nødvendige. Ombudsmanden mente på den baggrund ikke, at der var grundlag for at kritisere dagpengeudvalget, men udtalte, at myndighederne i ansøgningssager enten burde forsøge at fremskaffe borgernes samtykke, før oplysninger om private forhold indhentes, eller – som kommunen gjorde – afslå ansøgningen.

Dagpengeudvalgets anmodning om journaloplysninger er i overensstemmelse med det almindelige fortolkningsprincip, at en lovregel på et specielt område fortrænger en generel. Udvalget var derfor berettiget til at indhente de oplysninger, man vurderede var nødvendige. Men sagen er samtidig et eksempel på, at oplysningspligten ikke nødvendigvis indebærer, at en ansøger skal tåle, at videregivelsen finder sted uden hans vilje. Generelt bør en myndighed altid forsøge at indhente ansøgerens samtykke. Dagpengeudvalget burde på den baggrund have afslået at behandle sagen. Det skete ikke, hvilket Ombudsmanden fandt i strid med god forvaltningsskik, og så meget desto mere beklageligt var det, at vedkommende ikke ønskede oplysningerne udleveret.

Klart vigtigere interesse end tavshedspligten

Ifølge undtagelsen i § 26, stk. 2, nr. 2, kan oplysninger videregives, hvis de er nødvendige, og dette sker til berettiget varetagelse af en åbenbar almeninteresse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre. Bestemmelsen er kun relevant, hvor der ikke er fastsat udtrykkelige pligtudleveringsbestemmelser. Beslutning om videregivelse i situationer, der er reguleret ved lov, skal træffes efter bestemmelsen i nr. 1. Formålet er if. forarbejderne til loven navnlig at foretage en nærmere regulering af spørgsmålet om sundhedspersoners videregivelse af oplysninger til politi og anklagemyndighed i forbindelse med efterforskning af mindre

grov kriminalitet. Her vil man i videre omfang end tidligere have behov for at gå frem efter retsplejelovens bestemmelser.⁷

Bestemmelsen skal læses som en værdispringsregel ligesom § 24, stk. 2, nr. 2, der som udgangspunkt forudsætter en konkret afvejning i hvert enkelt tilfælde. Afvejningen kan være vanskelig, men det er et ansvar, der påhviler den, der ligger inde med oplysningerne, og aldrig den spørgende.

Det er uden betydning, om politiet fremsætter begæring om udlevering af oplysninger, eller om sundhedspersonen videregiver oplysningerne af egen drift. Sundhedspersonen er under alle omstændigheder berettiget til at videregive oplysningerne til politi og anklagemyndighed på eget initiativ, når betingelserne efter nr. 2 er opfyldt.

Der skal ved videregivelsen lægges vægt på, hvilken betydning oplysningerne har for efterforskningen. Oplysningerne skal være nødvendige. Bestemmelsen er formuleret på en anden måde end den hidtil gældende værdispringsregel i forvaltningsloven. I forvaltningsloven indgik kravet om oplysningernes relevans som ét blandt andre elementer i interesseafvejningen. Der er efter ordvalget i patientretsstillingsloven at dømme tale om en stramning af videregivelsesadgangen, som lægger op til, at der skal foretages en særskilt vurdering af oplysningernes nødvendighed for sagens opklaring.

Indtil retsplejelovens § 172 om pressens vidnepligt blev ændret i 1991, havde den en tilsvarende ordlyd. Retten kunne efter § 172, stk. 2, pålægge journalister at vidne, såfremt oplysningerne fandtes »nødvendige af hensyn til sagens opklaring«. Reglen indebar, at politiet på overbevisende måde skulle sandsynliggøre, at vidneførslen var den eneste rimelige udvej for at søge sagen opklaret.

Ved afgørelsen af, om oplysningerne undtagelsesvis skal udleveres, skal sagens betydning samtidig tages i betragtning. Der kan her være tale om en afvejning af, om der ved udleveringen er handlet i berettiget varetagelse af åbenbar almeninteresse over for patientens krav på fortrolighed. Der skal være tale om en situation, hvor der kan gøres et strafansvar gældende

7. L. 15, p. 38.

over for patienten. Mistanken om at en patient har begået mindre grov kriminalitet, begrundet ikke en tilsidesættelse af tavshedspligten, heller ikke selv om oplysningerne er nødvendige, fordi der i realiteten ikke er andre muligheder for sagens opklaring.⁸ Udleveringen er efter nr. 2 berettiget, når der er tale om efterforskning af alvorlig kriminalitet som manddrab, seksualforbrydelser og grovere vold, herunder vold mod børn.

Retten til at videregive oplysninger efter § 26 er ikke fulgt op af en videregivelsespligt svarende til forvaltningslovens § 31. Forvaltningsloven slår fast, at hvis en forvaltningsmyndighed er berettiget til at videregive en oplysning til en anden myndighed, der anmoder om det, er den også forpligtet til det. Patientretsstillingsloven åbner dermed op for en konflikt, hvor den indhentende myndighed har ret til oplysningerne efter loven, men hvor sundhedspersonen eller hospitalet kan afslå at medvirke ud fra mere almindelige rimelighedsbetragtninger om patientens krav på fortrolighed. Uanset hvor grov kriminalitet der er tale om, har lægen eller sygehusholdigheden ikke i noget tilfælde pligt til at videregive oplysningerne.⁹

Videregivelsesreglerne i patientretsstillingsloven indebærer, at politi og anklagemyndighed vil have behov for i videre omfang end tidligere at gå frem efter retsplejelovens bestemmelser.

Konflikten mellem den indhentende myndigheds ret til oplysningerne og sundhedspersonalets tavshedspligt er reguleret i retsplejeloven. Kan politiet ikke få udleveret de ønskede oplysninger, kan det i stedet søge vedkommende myndighed pålagt vidne- eller editionspligt i retten. Er der udleveringspligt efter retsplejelovens almindelige regler om vidnepligt og edition i §§ 169-170 og § 804, skal de naturligvis også følges. Det er derfor nærliggende at forvente, at den retspraksis, som er bygget op om retsplejeloven, i det væsentligste vil svare til indholdet i videregivelsesadgangen efter § 26. Fra kendelser, der statuerer vidneudelukkelse, kan derfor sluttes, at sundhedspersonalet i lignende tilfælde også vil have tavshedspligt uden for retten. Den modsatte slutning kan ikke drages.

8. Vejledning af 16. september 1998, p. 12.

9. L. 15, p. 38.

Efter retsplejelovens § 170, stk. 1, kan læger som hovedregel ikke afkræves vidneforklaring uden samtykke fra den, som tavshedspligten skal beskytte. § 170, stk. 2, fastlægger undtagelserne fra tavshedspligten. Vurderer retten, at forklaringen kan have »afgørende betydning for sagens udfald«, kan den pålægge lægen at afgive forklaring, når enten sagens beskaffenhed og dens betydning for vedkommende part eller samfundet findes at berettige til det. Bestemmelserne gælder, jf. stk. 4, også lægens medhjælper. Endelig fastslår editionspligten i retsplejelovens § 804, at en person kan pålægges at udlevere dokumenter, medmindre der derved vil fremkomme oplysninger om forhold, som vedkommende ville være udelukket fra at afgive forklaring om som vidne, jf. §§ 169-170.

Kravet om afgørende betydning indebærer, at de oplysninger, der ønskes videregivet, ikke må kunne erhverves på andre måder, heller ikke selvom det vil være forbundet med et væsentligt merarbejde, at der skal være en velunderbygget og konkret sammenhæng mellem de ønskede oplysninger og mistanken om et strafbart forhold, og at anmodningen skal være så præcist formuleret, at det med stor sikkerhed er muligt at identificere den eller de personer, som oplysningerne angår.

Retten har i de nedenfor refererede sager taget udtrykkelig stilling til, om betingelserne for at pålægge vidnepligt var opfyldt.

U 1995.775 V

Anklagemyndigheden ønskede at føre en læge som vidne i en sag om brandstiftelse. Lægen befandt sig tilfældigvis i nærheden af det sted, hvor den tiltalte blev fundet efter brandens opståen. Lægen foretog en undersøgelse af vedkommende, vurderede, at han havde brug for behandling, og ledsagede ham efterfølgende i en ambulance til hospitalet. Anklagemyndigheden havde det standpunkt, at den tiltalte kun foregav at fejle noget, og ønskede at få lægens vurdering frem under en afhøring. Dette ønskede lægen ikke. Landsretten lagde i kendelsen vægt på, at sagens beskaffenhed utvivlsomt berettigede til, at lægen blev pålagt at vidne i sagen. Det afgørende var herefter, om forklaringen kunne anses for at være af afgørende betydning for sagens udfald. Retten lagde i kendelsen vægt på, at anklagemyndigheden ikke havde sandsynliggjort, at vidneførslen ville have en sådan betydning for sagen, at der var tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte lægens tavshedspligt efter § 170, stk. 1.

U 1997.807 V

I denne sag efterforskede politiet flere tilfælde af grov kriminalitet i forbindelse med inddrivelse af gæld. To af de personer, det var gået ud over, afgav til politiet forklaring om voldsudøvelse. En af dem havde desuden været udsat for trusler om likvidering. Politiet var i kontakt med flere andre, der skulle have været udsat for vold, men disse ønskede ikke hverken at bekræfte eller anmelde noget. Politiet havde under sagen afhørt en mand, om hvem de havde fået oplyst, at han ved en lejlighed skulle være blevet gennembanket og sparket i en opgang for efterfølgende at blive slået ned i ejendommens kælder, hvor han blev bundet fast til nogle vandrør, hvorefter afstraffelsen fortsatte med slag og spark. Ved en anden lejlighed skulle han af de sigtede være blevet tvunget ud i en plantage, hvor han blev gennembanket og sparket og fik hugget en kniv gennem den ene hånd, hvorved hånden var blevet fastnaglet til en træstub. Han bekræftede under afhøring, at han havde været udsat for vold fra den ene af de sigtede, og at han efterfølgende var blevet behandlet på skadestuen på det lokale sygehus. Politiet konstaterede under afhøringen, at han havde et ar indvendigt i håndfladen og et tilsvarende ar på den modsatte side af hånden. Han fastholdt imidlertid, at han under ingen omstændigheder ville indgive anmeldelse eller på anden måde medvirke til sagens opklaring af frygt for repressalier, og at han derfor ikke ville tillade, at der blev indhentet oplysninger fra skadestuen på sygehuset.

Politiets vanskeligheder i efterforskningen og sagens meget grove karakter talte ifølge landsretten for, at politiet skulle gives mulighed for at få de ønskede oplysninger om skader forårsaget af den vold, vedkommende havde været udsat for. Hvilken betydning oplysningerne om de forvoldte skader havde for opklaringen, var imidlertid usikkert. Landsretten fandt på den baggrund, at der på det daværende stadium af efterforskningen ikke var grundlag for at kræve oplysningerne udleveret.

I de to sidstnævnte sager fandt retten det utvivlsomt, at sagens beskaffenhed og dens betydning for samfundet berettigede til at kræve vidneforklaring. Tvivlsspørgsmålet var, om vidneforklaringen havde afgørende betydning for sagens udfald. I U 1995.775 V var lægens vidneudsagn et blandt flere beviser i sagen, der tilsammen skulle godtgøre tiltalens rigtighed. Politiet havde i sagen ikke gjort gældende, at afhøringen i sig selv skulle være af særlig betydning i forhold til de øvrige oplysninger. På den baggrund fandt retten ikke grundlag for at tilsidesætte lægens tavshedspligt. I U 1997.807 V ønskede politiet ikke oplysninger om en gerningsmand, men om den forurettede. Det fremgik af landsrettens kendelse, at selv om den meget grove anvendelse af vold talte for at udlevere de ønskede behandlingsoplysninger, var der ikke grundlag for det. Usikkerheden om oplysningernes betydning var uanset sagens grove karakter tilstrækkelig grund til ikke at pålægge sygehuset at udlevere de ønskede oplysninger.

Ifølge retsplejeloven skal der foretages en afvejning af dels oplysningernes betydning for sagen og dels de hensyn, der begrundet hemmeligholdelse samt de hensyn, der begrundet videregivelse. Sagens beskaffenhed og dens betydning for vedkommende part eller samfundet skal, jf. retsplejelovens § 170, stk. 2, berettiget en udlevering af oplysningerne.¹⁰

U 1995.719 Ø

Politiet i Odense modtog kort før midnat en anmeldelse om et voldeligt sammenstød mellem flere personer. På stedet foretog politiet en anholdelse og tilkaldte en ambulance til en mand med snitsår i håndfladerne. Den sårede oplyste over for politiet, at han havde set en af gerningsmændene på skadestuen, og gav politiet et signalement. Da politiet forlod skadestuen, bemærkede de en mand på en bære i et tilstødende rum med et signalement svarende til beskrivelsen af gerningsmanden. På baggrund af efterforskningen i voldssagen afhørte politiet en person, der var blevet nævnt som mulig gerningsmand. Denne oplyste imidlertid, at han intet kunne huske fra den pågældende nat. Dagen efter anmodede anklagemyndigheden i et retsmøde om, at hospitalet blev pålagt at oplyse, hvilke mandlige personer med angivelse af cpr.nr. der var modtaget til behandling på skadestuen mellem kl. 00.00 og kl. 01.00 den foregående nat. Hospitalet blev af Retten i Odense pålagt at udlevere de ønskede oplysninger. Kendelsen blev af den administrerende overlæge kæret til landsretten, som afviste kæremålet med den begrundelse, at det ansatte lægepersonale ikke havde adgang til selvstændigt at kræve byrettens afgørelse prøvet i landsretten.

U 1997.243 Ø

Tre volds ofre indfandt sig på skadestuen med flænger på næsen og flere overfladiske skrammer samt brud på albuer som følge af et slagsmål. Politiet anholdt på stedet 4 medlemmer af Hells Angels og sigtede dem for overtrædelse af våbenloven. Slagsmålet var et led i en verserende rockerkrig mellem Hells Angels og Bandidos. Politiet henvendte sig på den baggrund til skadestuen med ønske om at få udleveret identiteten på de 2 personer, som indfandt sig på skadestuen og var sat i forbindelse med et rockeropgør, der var under efterforskning. De to medlemmer fastholdt over for oversygeplejersken, at de ikke ønskede deres identitet oplyst. Hospitalet kunne derfor ikke imødekomme politiets ønske om at udlevere oplysningerne om de to personers identitet. Landsretten gav hospitalet medhold i, at udleveringen af oplysninger om de to Bandidosmedlemmers identitet var uberettiget. Det samfundsmæssige hensyn til politiets efterforskning af det verserende rockeropgør begrundede ikke udleveringen af oplysningerne om de pågældende. Landsretten lagde i kendelsen vægt på, at de pågældende ikke ønskede deres identitet udleveret, og at den konkrete sag angik personer med overfladiske skader.

10. Jf. Mette Hartlev, Grænser for lægers informationspligt, Ugeskrift for Retsvæsen, 1996 B, pp. 163-167.

Landsretten tog i sagen om Odense Universitetshospital alene stilling til påstanden om afvisning og behøvede derfor ikke at tage stilling til udleveringsspørgsmålet afgjort af Retten i Odense. Til grund for udleveringsspørgsmålet lagde Retten i Odense en afvejning af på den ene side det offentliges interesse i at få opklaret en sag om vold af særlig farlig karakter efter straffelovens § 245 mod på den anden side et afgrænset antal personers krav på fortrolighed. Retten begrundende i kendelsen udleveringspligten med, at det måtte anses for at være et relativt beskedent indgreb i privatlivet, at det til brug for opklaringen af en voldsforbrydelse oplyses, om en person har været til stede som patient på skadestuen på et nærmere anført tidspunkt. Retten tog ikke selvstændig stilling til oplysningernes betydning for den videre efterforskning, men synes i kendelsen at lægge vægt på, at der var tale om en forholdsvis snævert defineret anmodning. Anmodningen berørte en snæver kreds af personer, og da sagen var af en så voldelig karakter, betragtede retten oplysningen om deres tilstedeværelse på skadestuen som et beskedent indgreb i privatlivet. Under en senere afhøring erkendte en af gerningsmændene, at han selv var blevet stukket med en kniv i ryggen, og at han blev syet på skadestuen. Han var selv anklaget for overtrædelse af straffelovens § 244 ved at have tildelt den mand, politiet afhørte på skadestuen, flere knytnæveslag i baghovedet og på kroppen.

Mette Hartlev bemærker i en kommentar til Odense-sagen, at det er tvivlsomt, om lovovertrædelsen havde den alvorlige karakter, der berettiger en tilsidesættelse af tavshedspligten. Der var i sagen tale om et slagsmål mellem nogle ungdomsgrupper. Den tiltalte var som nævnt også selv blevet stukket med en kniv, men blev ikke tiltalt for vold af særlig farlig karakter, men for almindelig vold, jf. straffelovens § 244.¹¹

I U 1997.243 Ø fandt politiet ved en ransagning af en bil med 4 rockere flere slagvåben. Slagsmålet var et led i den verserende rockerkrig mellem Hells Angels og Bandidos. I modsætning til Københavns Byret fandt

11. Mette Hartlev, Grænser for lægers informationspligt, Ugeskrift for Retsvæsen, 1996 B, p. 169.

landsretten ikke, at sagens beskaffenhed begrundende udlevering af oplysningerne. Landsretten lagde i kendelsen vægt på, at den konkrete sag, som politiet efterforskede, angik vold mod tre personer, der angiveligt havde fået en flænge på næsen, flere overfladiske skrammer og et brud på albuen. De pågældende havde over for hospitalet tilkendegivet, at de ikke ønskede deres navne videregivet. Landsretten fastslog, at der efter det foreliggende om sagens beskaffenhed og karakteren af de ønskede oplysninger ikke var grundlag for at pålægge hospitalet at udlevere de ønskede oplysninger. Anmodningen vedrørte i modsætning til Odense-sagen ikke de formodede gerningsmænd, men de forurettede.

Bestemmelsen har endelig betydning for, hvornår en sundhedsperson uden patientens samtykke kan videregive oplysninger til andre sundhedspersoner eller pårørende, der ikke er involveret i behandlingen af patienten. Det kan efter en konkret afvejning, og hvis væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre taler for det, være berettiget at underrette pårørende eller andre om patientens tilstand.

Såfremt patienten er fornuftshabil, giver bestemmelsen ikke hjemmel til at bryde tavshedspligten af hensyn til patientens tarv, men bestemmelsen udelukker samtidig ikke, at der i samme sag kan være hensyn til andre, som vægter højere.

U 1996.1261 Ø

En patient begærede sig udskrevet og tilkendegav at ville begå selvmord. Patienten var indlagt på kirurgisk afdeling til behandling for akut betændelse i bugspytkirtlen på baggrund af alkoholmisbrug. Hun blev samme dag, som hun blev udskrevet, tilset af en psykiater, fordi hun dagen forinden havde forlangt sig udskrevet og truet med at gå hjem og tage sit eget liv. Hun afviste at lade sig behandle psykiatrisk, og da hun ikke fremtrådte psykotisk eller i en tilstand, der kunne sidestilles hermed, var betingelserne for tvangsindlæggelse ikke til stede. Da hun fastholdt sine planer om selvmord, orienterede speciallægen patienten om, at han ville orientere hendes far, som hun boede hos, om hendes planer. Patienten gav klart udtryk for, at hun ikke ønskede, at faderen blev kontaktet. Speciallægen konfererede på den baggrund problemstillingen med overlægen på psykiatrisk afdeling, som efter at have konsulteret vicepolitimesteren på den lokale politistation besluttede, at pligten til at orientere de pårørende gik forud for patientens ønske. Patientklagenævnet gav patienten medhold i, at lægerne havde brudt deres tavshedspligt. Lægeforeningen indbragte på vegne af de to læger Patientklagenævnets afgørelse for landsretten. Landsretten udtalte, at patientens tilkendegivelser var omfattet af tavshedspligten, men at hensynet til de nære

pårørende i det konkrete tilfælde gik forud for patientens krav på fortrolighed. Patientklagenævnets påtale over for lægerne blev derfor kendt ubeføjet.

Sundhedspersonalet opfattede patientens trusler om selvmord som vedholdende og alvorlige, men var samtidig uden mulighed for at tilbageholde patienten, fordi betingelserne for tvangsindlæggelse i psykiatriloven ikke var opfyldt. Patientklagenævnet lagde i afgørelsen vægt på, at tavshedspligten ikke må brydes, medmindre patienten enten ikke er i stand til at handle fornuftsmæssigt, eller at hensynet til tredjemand skal tillægges større vægt end hensynet til patienten. Til grund for afgørelsen lagde Patientklagenævnet, at hensynet til lægerne og til faderen ikke var tungtvejende nok til, at hensynet til patientens selvbestemmelsesret burde tilside-sættes. Landsretten lagde vægt på, at der i afgørelsen om, hvorvidt hensynet til andres tarv berettiger til brud på tavshedspligten, indgår et skøn, og det blev fastslået i kendelsen, at lægerne ikke havde overskredet grænserne for dette skøn ved at underrette faderen mod hendes vilje. Landsretten understregede i kendelsen, at det var berettiget at tage hensyn til, at selvmord kunne være en voldsom begivenhed for omgivelserne. Det er en præmis for landsrettens kendelse, at truslerne om selvmord var fremsat under sådanne omstændigheder, at de to overlæger med føje fandt, at der var en nærliggende risiko for, at truslen om selvmord ville blive realiseret.

Tilsyns- og kontrolopgaver

Det er if. bestemmelsen i nr. 3 muligt at videregive oplysninger, der er nødvendige for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver. I de fleste situationer vil andre myndigheder sædvanligvis have hjemmel i anden lov til at indhente de ønskede oplysninger. Bestemmelsen tager derfor især sigte på oplysninger, der videregives inden for samme myndighed, og den giver sygehusadministrationen eller sundhedsforvaltningen adgang til at indhente oplysninger til brug for tilsyns- og kontrolopgaver. Der kan være tale om videregivelse af oplysninger til brug for behandling af klagesager, oplysninger til brug for beregning af refusion af

udgifter fra andre amter eller oplysninger i forbindelse med tilsyn og kontrol vedrørende sygesikringsordningen.

Reglen indebærer, at der skal være en saglig grund til videregivelsen. Fortrolige oplysninger, der er uden betydning for kontrolsagen, kan ikke videregives efter denne bestemmelse. Der lægges i forarbejderne vægt på, at der i situationen skal foretages en nøje vurdering af detaljeringsgraden af de oplysninger, der videregives med henblik på at sikre, at der alene videregives oplysninger, der er nødvendige for den modtagende myndighed.¹² Det vil i nogle situationer forudsætte, at der udfærdiges en redegørelse eller lignende til brug for det konkrete formål.¹³ Hensigten er at begrænse denne ukontrollerede videregivelsesadgang til det mindst mulige. Det er den sundhedsperson, der er i besiddelse af oplysningerne, der afgør, om videregivelsen er berettiget. Bliver sundhedspersonen af en overordnet anmodet om at udlevere oplysningerne, følger der af ansættelsesforholdet en pligt til at videregive de ønskede oplysninger.

12. L. 15, p. 39.

13. L. 15, p. 39.

KAPITEL 11

Videregivelse af helbredsoplysninger til pårørende vedrørende afdøde patienter

§ 28

En sundhedsperson kan videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, såfremt det ikke må antages at stride mod afdødes ønske og hensynet til den afdøde eller andre private interesser ikke taler afgørende herimod. Der kan endvidere videregives oplysninger til afdødes nærmeste pårørende efter reglen i § 26, stk. 2, nr. 2.

Stk. 2. Afdødes alment praktiserende læge eller den læge, som havde afdøde i behandling, kan fra et sygehus eller fra en sundhedsperson få de samme oplysninger som nævnt i stk. 1, 1. pkt., såfremt afdødes nærmeste pårørende har fremsat begæring om at modtage oplysningerne over for den pågældende læge.

Retten til aktindsigt i patientjournalen vedrører patienten selv. Pårørende eller andre har hidtil ikke haft ret til aktindsigt, medmindre de havde patientens samtykke, fungerede som patientens værge eller havde en

væsentlig retlig interesse i at få kendskab til journalens indhold. Pårørende til afdøde patienter var retligt udelukket fra at søge aktindsigt i oplysninger vedrørende sygdomsforløbet, dødsårsagen og døds måden. I den daværende bestemmelse i offentlighedslovens § 9 fra 1987 vedrørte aktindsigten alene den, om hvis helbredsforhold der var udarbejdet en sygehusjournal. Bestemmelsen forblev uændret med Folketingets vedtagelse af lov om aktindsigt i helbredsoplysninger i 1993, men sammen med vedtagelsen af loven fulgte en vejledning med et særligt kapitel om aktindsigt i en afdød patients journal. Det fremgik af vejledningen, at det normalt ville være naturligt at informere de nærmeste efterladte pårørende om en afdød patients sygdomstilfælde og i den forbindelse at lade dem se eller få kopi af den afdødes journal, medmindre det måtte antages at være i strid med afdødes ønske.¹ Vejledningen var ikke i overensstemmelse med loven, men udtrykte formentlig en allerede etableret praksis på landets sygehuse.

Adgangen til at få oplysninger fra en afdød patients journal er nu nærmere reguleret i patientretsstillingslovens § 28.

Aktindsigt i en afdød patients journal

Sundhedspersonen kan efter § 28, stk. 1, videregive oplysninger om afdødes sygdomsforløb, dødsårsag eller døds måde til afdødes nærmeste pårørende, såfremt det ikke må antages at være i strid med afdødes ønske. Der gælder dog særlige regler for retslægelige ligsyn, hvor politiet har kompetencen til at vurdere, hvad der kan videregives.

Aktindsigten omfatter de tilfælde, hvor pårørende henvender sig med ønske om oplysninger om afdødes sygdomsforløb. Der er i forarbejderne til loven lagt vægt på de nærmeste efterlades ønske om oplysninger vedrørende årsagen til dødens indtræden m.v.² Der vil således kunne videregives oplysninger indeholdende en angivelse af døds måden og døds årsagen,

1. Vejledning nr. 193 af 7. december 1993 om aktindsigt i helbredsoplysninger.

2. L. 15, p. 39.

herunder eventuelt underliggende dødsårsager og andre væsentlige sygdomme eller skader, der kan have medvirket til dødens indtræden.

Bestemmelsen er en videregivelsesregel, men er med udtrykket »afdødes sygdomsforløb« så bredt formuleret, at oplysningerne kan videregives som aktindsigt i afdødes journal. Der kan efter bestemmelsen ikke videregives oplysninger om tidligere sygdomsforløb, som ikke har nogen forbindelse til dødens indtræden.

Kredsen af efterladte personer, der kan modtage oplysninger om den afdøde, er ikke nærmere angivet. Det fremgår af bestemmelsen, at det skal være de nærmeste pårørende. Det vil således bero på et skøn i den konkrete situation. Der bliver i skønnet lagt mindre vægt på det formelle slægtskabsforhold og mere vægt på, hvilken faktisk tilknytning der har været mellem afdøde og den pårørende, jf. bemærkningerne til § 9.³

PKN 9913026

En advokat anmodede på vegne af en nevø til en afdød kvinde om aktindsigt i kvindens journal til brug for en retssag om omstødelse af afdødes testamente. Anmodningen var begrundet med et ønske om dokumentation for kvindens psykiske tilstand på tidspunktet for testamentets oprettelse. Den administrerende overlæge kontaktede en kontorchef i sundhedsforvaltningen og blev oplyst om, at der skulle gives aktindsigt i alt relevant materiale. Herefter fik advokaten journalen til gennemsyn i form af en kopi af de af ham udvalgte dele af journalen. Kvindens samlever klagede over, at advokaten havde fået aktindsigt. Det fremgik af sagen, at kvinden var ugift, at hun havde boet sammen med klager i 21 år indtil sin død, og at hun ikke havde haft kontakt til sin nevø de sidste 3-4 år. Patientklagenævnet fandt, at afdødes nevø ikke kunne anses for nært pårørende, idet han og afdøde ikke havde haft kontakt med hinanden igennem længere tid frem til kvindens død.

PKN 0017327

En 59-årig mand med kræft i tungen modtog i perioden frem til sin død regelmæssig hjemmesygepleje i form af medicinadministration, pleje af eksem og sårpleje. Mandens søster anmodede om fuldstændig aktindsigt i sin afdøde brors sygeplejejournal. Områdesygeplejersken afslog anmodningen og begrundede afslaget med, at hun ikke var part i sagen. Patientklagenævnet lagde i afgørelsen vægt på, at søsteren stod anført som pårørende i sygeplejejournalen, at det af sygeplejejournalen fremgik, at hun blev kontaktet med henblik på tilrettelæggelse af sin brors pleje, og at hun efter aftale med hjemmesygeplejen i perio-

3. Patientklagenævnets årsberetning, 1997, p. 53.

den gav medicin, ligesom hun hjalp med pleje af sin brors eksem. Patientklagenævnet fandt derfor, at det ikke ville være i strid med afdødes ønske at give søsteren aktindsigt i journalen, og at områdesygeplejersken burde have imødekommet søsterens anmodning.

I begge refererede sager foretog Patientklagenævnet en konkret vurdering af den faktiske tilknytning mellem afdøde og pårørende.

I sagen vedrørende områdesygeplejerskens afslag på en søsters anmodning om aktindsigt lagde Patientklagenævnet vægt på søsterens deltagelse i plejen og på, at der i sygeplejefjournalen ikke fandtes notater indeholdende oplysninger, som ikke burde udleveres af hensyn til patienten. Slægtskabsforholdet var i sagen om den afdøde kvindes testamente ikke en tilstrækkelig begrundelse for at udlevere journalen til hendes nevø, og det måtte derfor vige for kvindens samlever gennem 21 år.

Afdødes forhåndstilkendegivelser

Sundhedspersonen kan efter bestemmelsen i § 28, stk. 1, videregive oplysninger i det omfang, det må antages ikke at være i strid med afdødes ønske og hensynet til afdøde eller andre private interesser ikke taler afgørende imod.

Patientklagenævnet har i sin praksis på det tidligere ulovbestemte grundlag lagt afgørende vægt på afdødes forhåndstilkendegivelser. Hvis det ud fra afdødes udtalelser og adfærd klart fremgik, at vedkommende ikke ønskede oplysningerne videregivet, har sundhedspersonalet heller ikke været berettiget til det. Har afdøde eksempelvis udtrykkeligt betinget sig, at de pårørende ikke måtte blive bekendt med indholdet i journalen eller over for pleje- og sundhedspersonalet klart tilkendegivet, at vedkommende ikke ønskede besøg af ægtefælle eller børn, ville det være i strid med afdødes ønske at videregive oplysninger om sygdomsforløbet. Hvis patienten ikke ønskede besøg af de efterladte, er det rimeligt at gå ud fra, at patienten samtidig ikke ønskede dem informeret om sygdomsforløbet.

Medmindre der var konkrete grunde til at antage, at den afdøde ville have modsat sig, at de efterladte fik aktindsigt, imødekom Patientklagenævnet anmodningen. Denne retstilstand er videreført med patientretsstillingsloven. Medmindre der er en helt konkret grund til at antage, at det er i strid med afdødes ønske, har efterladte pårørende et egentligt krav på at få imødekommet en anmodning om aktindsigt.

PKN 1997.54

En kvinde anmodede om aktindsigt i sin afdøde søsters journal. Hun ønskede at få afklaret, om søsteren havde været bange for at have arvet anlæg for en bestemt sygdom, og at forstå, hvorfor søsteren havde været jaloux på hende. Endvidere klagede hun til amtet over den behandling, hendes afdøde søster havde modtaget. Kvinden fik af lægen afslag på sin anmodning om aktindsigt med den begrundelse, at søsteren havde givet udtryk for, at hun ikke ønskede, at der blev givet aktindsigt i hendes journal.

Patientklagenævnet tiltrådte ikke lægens afslag. Nævnet lagde vægt på slægtskabsforholdet, og at hun ved sin henvendelse til lægen havde tilkendegivet sin utilfredshed med behandlingen af søsteren. Endvidere fandt nævnet efter en gennemgang af sagen, at der ikke var afgørende hensyn til kvinden, den afødede søster eller andre der kunne give grundlag for at begrænse aktindsigten. Der var således ikke holdepunkter for at antage, at den afdøde søster havde modsat sig, at nære pårørende skulle få aktindsigt i hendes journal efter hendes død.

PKN 1997.55

En voksen datter anmodede om aktindsigt i sin afdøde mors journal på en psykiatrisk afdeling. Datteren begrundende sit ønske om aktindsigt med et dybt ønske om at komme sandheden om sin mors lidelser nærmere og et ønske om at få afklaret nogle af de tanker, som hun nu stod tilbage med. Det fremgik af et journalnotat, at moderen ikke var interesseret i, at datteren fik aktindsigt i hendes journal, idet aktindsigten blev forlangt for at glæde og tækkes moderens fraskilte ægtefælle. På den baggrund og af hensyn til tredjemands interesser gav overlægen på afdelingen datteren afslag på hendes ønske om aktindsigt. Patientklagenævnet fandt, at det var korrekt af overlægen at give afslag af hensyn til moderen selv og andre private interesser.

PKN 1997.56

En hustru anmodede om aktindsigt i sin afdøde mands journal. Lægen gav kvinden afslag og begrundede afslaget med, at afdøde før sin død havde givet udtryk for, at han under ingen omstændigheder ønskede, at hun fik aktindsigt i hans journal. Blandt sagsakterne fandtes et brev fra mandens forældre. Det fremgik af brevet, at han havde betinget sig, at de problemer, han havde inden for familielivet, absolut ikke måtte komme til hans hustrus eller andres kendskab. Endvidere fremgik det af brevet, at han havde ønsket at blive skilt, men at han ikke havde magtet det. Det var i journalen noteret, at hustruen efter aftale gerne

måtte kontakte mandens forældre. Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at tilsidesætte lægens afslag.

Indeholder journalen oplysninger, som de pårørende ikke har været bekendt med, og som det efter en konkret vurdering må antages, at den afdøde ikke ville have ønsket, at de pårørende blev bekendt med, eller har afdøde udtrykkeligt gjort sundhedspersonalet bekendt med, at oplysningerne skulle forblive fortrolige, kan de ikke videregives efter patientens død.

Ved afgørelsen af, om pårørendes interesse i at få aktindsigt i journalen skal vige for hensynet til patienten eller andre private interesser, har det i de enkelte sager haft afgørende betydning, at sundhedspersonalet enten i patientens journal eller i de sygeplejefaglige optegnelser har noteret patientens eventuelle forhåndstilkendegivelser.

I særlige tilfælde er det muligt at underrette pårørende om afdødes sygdomsforløb, selv om afdøde udtrykkeligt har modsat sig dette, jf. henvisningen i § 28 til § 26, stk. 2. Det er, jf. § 26, stk. 2, en betingelse, at videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af åbenbar almeninteresse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre. Videregivelse er derefter kun berettiget, forudsat at der er et klart værdispring mellem hensynet til afdødes krav på fortrolighed og de pårørendes interesser i videregivelsen. Bestemmelsen vil derfor formentlig kun sjældent finde anvendelse, jf. bemærkningerne til § 26, stk. 2. I den tidligere omtalte »testamentesag«, hvor en advokat på en nevøs vegne søgte om aktindsigt i en afdød kvindes journal, vurderede Patientklagenævnet samtidig, at nevøens interesse i at få omstødt testamentet ikke var så væsentligt et hensyn, at det begrundede en undtagelse fra afdødes krav på fortrolighed.

Afdødes almentpraktiserende læge

§ 28, stk. 2, vedrører videregivelse af oplysninger til afdødes praktiserende læge eller den læge, som havde afdøde i behandling.

De efterladte pårørende har hidtil været henvist til at rette henvendelse til sygehuset for at få nærmere oplysninger om afdøde slægtninges sygdomsforløb. Bestemmelsen omfatter alene afdødes praktiserende læge og giver mulighed for, at den pågældende læge på begæring fra de efterladte kan indhente oplysninger om afdøde fra sygehuset. Sygehuset er efter bestemmelsen i stk. 2 forpligtet til at imødekomme en sådan anmodning.

Bestemmelsen giver ikke hjemmel til, at sygehuset automatisk videre-sender epikriser fra afdøde patienter til patientens praktiserende læge. Der skal i hvert enkelt tilfælde foreligge en konkret anmodning fra den praktiserende læge, og lægen kan kun fremsætte en sådan anmodning på begæring fra de efterladte. Sygehuset har alene hjemmel til at udlevere de oplysninger, som er omfattet af de pårørendes adgang til aktindsigt. Sygehuset kan altså ikke udlevere oplysninger til den praktiserende læge i strid med afdødes ønske om, hvad de efterladte skulle have at vide om sygdomsforløbet.

Med henblik på at sikre, at de efterladte ikke forgæves skal henvende sig flere gange til den afdødes læge, er det i forarbejderne til loven anført, at der lokalt bør etableres procedurer, der sikrer, at de nævnte oplysninger relativt hurtigt kan fremsendes fra sygehuset til afdødes læges, så de efterladte så hurtigt som muligt kan blive orienteret om afdødes sygdomsforløb, dødsårsag mv.⁴

4. L. 15, p. 40.

*Videregivelse
af helbredsoplysninger
til særlige formål
(forskning og statistik mv.)*

§ 29

Oplysninger om enkeltpersoners helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger fra patientjournaler mv. kan videregives til en forsker til brug for et konkret biomedicinsk forskningsprojekt, såfremt der er meddelt tilladelse til projektet efter lov om et videnskabsetisk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter.

Stk. 2. Oplysninger som nævnt i stk. 1 kan, når et forskningsprojekt ikke er omfattet af lov om et videnskabsetisk komitesystem mv., endvidere videregives til en forsker til brug ved et konkret forskningsprojekt af væsentlig samfundsmæssig interesse efter godkendelse af Sundhedsstyrelsen, som fastsætter vilkår for videregivelsen.

Stk. 3. Der må kun ske efterfølgende henvendelse til enkeltpersoner i det omfang, de sundhedspersoner, der har behandlet de pågældende, giver tilladelse hertil.

§ 30

Oplysninger som nævnt i § 29 kan videregives til brug for statistik eller planlægning efter godkendelse af Sundhedsstyrelsen, som fastsætter vilkår for oplysningernes anvendelse mv., jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan ske uden godkendelse fra Sundhedsstyrelsen, når det følger af lov, at oplysningerne skal videregives.

§ 31

Oplysninger, der er indhentet efter §§ 29 og 30 til brug for forskning, statistik eller planlægning, må ikke senere behandles i andet end statistisk eller videnskabeligt øjemed.

Stk. 2. Offentliggørelse af oplysninger som nævnt i stk. 1 må kun ske i en form, hvori oplysningerne ikke kan henføres til enkeltpersoner.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af oplysninger efter § 29, stk. 2, og § 30, stk. 1.

De særlige formål, hvorefter der kan udleveres oplysninger uden samtykke, omfatter oplysninger til konkrete forskningsprojekter og statistiske og planlægningsmæssige formål. Reglerne for videregivelse af oplysninger til særlige formål i §§ 29-31 afløser § 16 a, stk. 1-4, i lov om offentlige myndigheders registre. Reglerne i registerloven blev indført i 1991 i forbindelse med et nyt regelsæt for videregivelse af helbredsoplysninger fra offentlige myndigheders sygehusregistre. Med Folketingets vedtagelse af lov om behandling af personoplysninger i maj 2000 ophævedes de tidligere registerlove. Persondataloven omfatter enhver behandling af personoplysninger, der helt eller delvist foretages ved hjælp af edb samt ikke-elektronisk behandling af personoplysninger, som vil blive indeholdt i et register. Det indebærer, at forskningsregistre såvel som administrative registre oprettet til brug for statistiske og planlægningsmæssige formål foruden at være omfattet af patientretsstillingsloven også er omfattet af persondataloven.

Konkrete forskningsprojekter

§ 29, stk. 1, giver adgang til at videregive oplysninger om enkeltpersoners helbredsforhold, øvrige rent private og andre fortrolige oplysninger til brug for konkrete forskningsprojekter uden samtykke. Det forudsættes, at der er meddelt tilladelse til projektet efter lov om et videnskabsetisk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter.

Kompetencen til at godkende de enkelte forskningsprojekter er henlagt til det videnskabsetiske komitéssystem.

Lov om videnskabsetisk komité omfatter projekter med et væsentligt biomedicinsk indhold. Ikke alene læger, men også forskere med en anden uddannelsesmæssig baggrund er omfattet af loven. Der kan således ikke stilles krav om, at videregivelsen alene sker til autoriserede sundhedspersoner. Kemikere, fysikere eller humanbiloger vil i forbindelse med konkrete biomedicinske forskningsprojekter også være omfattet af de særlige videregivelsesregler i § 29.

Projekter uden biomedicinsk indhold og som ikke omfatter forsøgspersoner, falder uden for lov om et videnskabsetisk komitéssystem, jf. komitélovens § 6, stk. 3. Sociologiske og samfundsmedicinske spørgeskemaundersøgelser og registerforskningsprojekter, som ikke involverer den enkelte patient eller på anden måde kan være en belastning for den pågældende forsøgsperson, er eksempler på forskningsprojekter, som ikke er omfattet af loven, og som derfor ikke skal anmeldes til videnskabsetisk komité.

Patientretsstillingsloven giver mulighed for, at der videregives oplysninger om enkeltpersoners helbredsforhold til andre end rent biomedicinske forskningsprojekter. Sundhedsstyrelsen afgør efter § 29, stk. 2, om forskningsprojektet har en så væsentlig samfundsmæssig betydning, at videregivelsen er berettiget, samt om der bør stilles særlige vilkår for projektets gennemførelse.

Det er en betingelse for videregivelsen af oplysninger til forskningsformål efter § 29, stk. 1-2, at der foreligger et konkret beskrevet forskningsprojekt. Helbredsoplysninger og øvrige fortrolige optegnelser om de enkelte patienter kan altså ikke videregives forud for projektets godkendel-

se med henblik på at give forskere mulighed for at studere materialets egnethed. Ingen indsamling af oplysninger til brug for projektet må således påbegyndes, før der foreligger en egentlig godkendelse af projektet fra enten Videnskabsetisk Komité eller Sundhedsstyrelsen.

Forsknings- og statistikprojekter er tillige omfattet af lov om behandling af personoplysning. Det indebærer, at persondatalovens regler for behandling af personoplysninger også skal iagttages. Det fremgår af vejledning om anmeldelse i henhold til kapitel 12 i lov om behandling af personoplysninger, at der skal indhentes en forudgående udtalelse fra datatilsynet, hvis behandlingen udelukkende finder sted i videnskabeligt eller statistisk øjemed. Foruden en anmeldelse til det videnskabsetiske komitéssystem vil et eventuelt projekt således også skulle anmeldes til datatilsynet.

Der må efter § 29, stk. 3, ikke efterfølgende rettes henvendelse til enkeltpersoner, medmindre de sundhedspersoner, der har behandlet de pågældende, giver tilladelse til det. Bestemmelsen svarer til det regelsæt, der blev indført i lov om offentlige myndigheders registre i 1991. Det fremgik af lov om offentlige myndigheders registre, at der kun måtte ske efterfølgende henvendelse til de registrerede i det omfang, de læger, der havde behandlet de pågældende, gav tilladelse til det.

Bestemmelsen omfattede dengang kun henvendelser fra private forskere, der havde indhentet oplysninger om de pågældende fra et offentligt register, hvorfor den ikke fandt anvendelse på projekter udført af offentlige myndigheder.¹

Registertilsynets årsberetning, 1996, afsnit 3.2.5.3

Et offentligt forskningsinstitut havde indledt en arbejdsmiljøundersøgelse omfattende buschauffører og postbude, som i kraft af deres erhverv var ekstraordinært udsatte for luftforurening. I forbindelse med undersøgelsen indhentede man bl.a. oplysninger fra Cancerregisteret, der blev suppleret med et interview med de registrerede patienter. Forskningsinstituttet ønskede efterfølgende at rette henvendelse til nogle af de interviewede. Registertilsynet udtalte, at der i lov om offentlige myndigheders registre ikke var et lovgivningsmæssigt krav om, at en offentlig myndighed, som udfører forskning, ikke måtte rette henvendelse til en persongruppe, som indgik i en undersøgelse, uden først at få tilladelse

1. Betænkning 1345/1997, p. 258.

fra en læge. Tilsynet anbefalede dog instituttet at indhente lægens tilladelse til at kontakte de pågældende, såfremt man med henvendelsen eventuelt kunne oplyse patienten om, hvilken diagnose der blev stillet.

Forarbejderne til loven forudsætter, at Sundhedsstyrelsen fortsætter den praksis med hensyn til videregivelse og betingelserne herfor, som Register-tilsynet fulgte.² Der er i persondataloven ikke indsat en bestemmelse svarende til den i lov om offentlige myndigheders registre. Som altovervejende hovedregel giver persondataloven ikke hjemmel til efterfølgende at videregive oplysninger til den registrerede. Der er i persondataloven fastsat regler for videregivelse til tredjemand, men kun med tilladelse fra tilsynsmyndigheden og kun med henblik på udførelse af undersøgelser i statistisk eller videnskabeligt øjemed.³ Retsstillingen er uklar, og det er ikke ud fra en generel betragtning muligt at afgøre, om patientretsstillingsloven sikrer den registrerede en bedre retsstilling og derfor har forrang frem for persondataloven, jf. § 2, stk. 1, i persondataloven.

Statistiske og planlægningsmæssige formål

Der kræves efter § 30, stk. 1, godkendelse fra Sundhedsstyrelsen til videregivelse af helbredsoplysninger til brug for statistiske og planlægningsmæssige formål. Sundhedsstyrelsen kan i forbindelse med godkendelsen fastsætte vilkår for anvendelsen af oplysningerne, f.eks. om sletning, anonymisering eller kryptografering.⁴

Bestemmelsen giver mulighed for at føre en række administrative registre. I modsætning til forskningsregistre, der er oprettet med henblik på et afgrænset forskningsprojekt, sker der til brug for administration en løbende registrering af oplysninger hos offentlige myndigheder. Oplysnin-

2. L. 15, p. 41.

3. Jf. forslag til lov om behandling af personoplysninger, lov nr. 147 af 9. december 1999, p. 106.

4. L. 15, p. 41.

gerne, der er registreret efter § 30, må ikke anvendes til konkrete tiltag over for de registrerede, jf. § 31, stk. 1.

Bestemmelsen i stk. 2 er en undtagelsesregel fra kravet om Sundhedsstyrelsens godkendelse. Bestemmelsen tager if. lovens forarbejder navnlig sigte på de tilfælde, hvor offentlige og private er underlagt en oplysningspligt til brug for statistiske og planlægningsmæssige formål, herunder lov om Danmarks Statistik.

Lov om Danmarks Statistik sikrer Danmarks Statistik adgang til at benytte oplysninger fra andre offentlige myndigheder til at fremstille en uafhængig og dækkende statistisk beskrivelse af de danske samfundsforhold.

Offentliggørelse

Oplysninger, der er videregivet til forskning og statistik efter §§ 29-30, må ikke yderligere videregives eller på anden måde udnyttes til andre formål, jf. § 31, stk. 1. Reglerne for den videre behandling og offentliggørelse af oplysninger blev endeligt formuleret under Folketingets behandling, jf. nærmere sundhedsudvalgets betænkning af 16. juni 1998, ændringsforslag 13. Formålet med ændringerne var at sikre overensstemmelse med persondatalovens regler for behandling af oplysninger til statistiske eller videnskabelige formål.

Bestemmelsen betyder, at oplysningerne ikke senere må anvendes til andre formål end forskning og statistik. Det medfører, at oplysningerne ikke må danne grundlag for afgørelser eller andre foranstaltninger over for de registrerede. Der vil således alene kunne ske efterfølgende behandling, herunder videregivelse til private forskere eller offentlige myndigheder, i det omfang behandlingen alene sker med henblik på udførelse af andre statistiske eller videnskabelige undersøgelser.⁵ Som eksempel er det i forarbejderne til loven anført, at det er i overensstemmelse med reglerne, hvis

5. Betænkning afgivet af sundhedsudvalget den 16. juni 1998, bemærkningerne til nr. 13.

forskeren videregiver oplysninger til en opponert i forbindelse med godkendelse af en disputats.⁶ Derudover kan oplysningerne indgå i andre konkrete forskningsprojekter.

Videregivelse herudover må kun ske i ikke identificerbar form, jf. § 31, stk. 2. Det er altså kun muligt at offentliggøre forskningsresultater som fuldstændigt anonymiserede data, hvor det er umuligt at henhøre oplysningerne til bestemte personer. Den senere brug af det anonymiserede resultat er i den forbindelse uden betydning.⁷

Bemyndigelsesbestemmelsen i § 31, stk. 3, giver sundhedsministeren mulighed for at fastsætte nærmere regler for videregivelse af oplysninger, som ikke er omfattet af lov om et videnskabsetisk komitéssystem.

6. L. 15, p. 41.

7. Betænkningen 1347/1997, pp. 252-259 om behandling af oplysninger i statistisk og videnskabeligt øjemed.

KAPITEL 13

Videregivelse til tredjelande

§ 32

Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af oplysninger efter dette kapitel til tredjelande.

I § 32 er det bestemt, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om videregivelse af oplysninger til tredjelande. Sundhedsministeriet har ikke aktuelt fastsat nærmere regler om videregivelse af oplysninger efter dette kapitel.

Reglen blev indført under folketingsbehandlingen af forslag til lov om behandling af personoplysninger for at sikre overensstemmelse mellem Europaparlamentets og Rådets Direktiv 95/46/EF. Efter persondatalovens § 27 må der kun overføres oplysninger til et tredjeland, hvis det pågældende tredjeland sikrer et tilstrækkeligt beskyttelsesniveau.

Ved tredjeland forstås en stat, som ikke indgår i Det Europæiske Fællesskab, og som ikke har gennemført aftaler med Det Europæiske Fællesskab om behandling af personoplysninger.

I kravet om, at et tredjeland skal sikre et tilstrækkeligt beskyttelsesniveau, ligger, at overførslen af oplysninger ikke må medføre en væsentlig forringelse af den registreredes beskyttelse. Vurderingen af, om beskyttelsesniveauet er tilstrækkeligt, sker på baggrund af de forhold, der har indflydelse på videregivelsen, herunder oplysningernes art, behandlingens

formål og varighed samt de retsregler for god forvaltningsskik, som gælder i det pågældende tredjeland.¹

1. Bemærkningerne til L. 147, pp. 111-112.

KAPITEL 14

Klage- og straffebestemmelser

§ 33

Klager over forhold omfattet af denne lov kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn efter reglerne herom i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse, medmindre særlig klageadgang er foreskrevet i lovgivningen. Patientklagenævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

§ 34

Den, der uberettiget videregiver eller udnytter fortrolige oplysninger efter kapitel 5, straffes efter straffelovens §§ 152-152 f.

Klager over forhold omfattet af patientretsstillingsloven kan efter § 33 indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Patientklagenævnet er en selvstændig og uvildig forvaltningsmyndighed, der er uafhængig af de myndigheder, der har ansvaret for sundhedsvæsenets drift. Patientklagenævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

De forhold, der er omfattet af patientretsstillingsloven, og som kan indbringes for Patientklagenævnet, er spørgsmål om information og informeret samtykke efter lovens kapitel 2, selvbestemmelse i særlige tilfælde efter kapitel 3, aktindsigt efter kapitel 4 og brud på tavshedspligten efter kapitel 5.

Patientklagenævnet kan ikke tage stilling til spørgsmål vedrørende erstatningsansvar for skader i forbindelse med den lægefaglige behandling. Indtræder der en fysisk skade, afgøres erstatningsspørgsmålet efter patientforsikringslovens bestemmelser. Patientforsikringsloven giver mulighed for erstatning ved fysisk skade som følge af behandling. En tilsidesættelse af reglerne om informeret samtykke udgør ikke en fysisk skade og falder uden for patientforsikringsloven. Indledes eller fortsættes behandlingen mod patientens vilje, og foreligger der ingen personskader, foreligger der alene en krænkelse af patientens personlige frihed. Denne krænkelse er retsstridig og ansvarspådragende, og patienten er derfor berettiget til godtgørelse for tort efter erstatningsansvarsloven.¹

Patientklagenævnet kan meddele de indklagede sundhedspersoner irettesættelser, jf. lægelovens § 6, stk. 1, for manglende omhu og samvittighedsfuldhed. I grovere tilfælde, hvor lægen gør sig skyldig i gentagen forsømmelse eller skødesløshed, jf. lægelovens § 18, stk. 1, kan der ved domstolene straffes med bøde eller hæfte. Endelig kan en autoriseret sundhedsperson fratages sin autorisation efter lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse.

Efter § 34 straffes umiddelbart alene overtrædelser af reglerne i lovens kapitel 5 om tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger, idet der henvises til straffelovens §§ 152-152 f. Domstolene kan imidlertid med hjemmel i lægelovens § 18 straffe vedkommende sundhedsperson for overtrædelse af gældende normer for god lægegerning og således også for overtrædelse af vedkommendes pligter efter patientretsstillingsloven.

Der findes inden for den specielle del af sundhedsretten særlove med en særlig klageadgang. Det fremgår af § 33, at Patientklagenævnet er klageinstans, medmindre der er foreskrevet en særlig klageadgang i lovgivningen. Der findes i psykiatriloven og patientforsikringsloven en sådan særlig klageadgang, som dermed fortrænger patientretsstillingslovens fortrinsstilling.

1. Bo von Eyben, Patientforsikringen, p. 203.

Der gælder for patienter, der er omfattet af psykiatriloven et særligt klagesystem, som er tilpasset det forhold, at der er tale om tiltag, der griber ind i patientens personlige frihed. Patientforsikringsloven indeholder et særligt klagesystem ved fysiske skader i forbindelse med behandling.

Reglerne i patientretsstillingslovens kapitel 4 gælder ikke for oplysninger der er omfattet af lov om offentlige myndigheders registre. Persondataloven ersatter de tidligere registerlove, og Datatilsynet vil herefter skulle træffe afgørelse i klager vedrørende aktindsigt i oplysninger, der er omfattet af persondatalovens bestemmelser.

KAPITEL 15

Overgangs- og ikrafttrædelsesbestemmelser

§ 35

Loven træder i kraft den 1. oktober 1998.

Stk. 2. Samtidig ophæves

- 1) § 6, stk. 2-5, og § 6 a i lov om udøvelse af lægegerning, jf. lovbekendtgørelse nr. 632 af 20. juli 1995, som senest ændret ved § 7, stk. 2, i lov nr. 463 af 10. juni 1997,
- 2) lov nr. 504 af 30. juni 1993 om aktindsigt i helbredsoplysninger.

Stk. 3. Følgende bekendtgørelser, der er fastsat i medfør af de i stk. 2 nævnte love, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af regler udstedt efter denne lov:

- 1) Bekendtgørelse nr. 782 af 18. september 1992 om livstestamenter.
- 2) Bekendtgørelse nr. 938 af 7. december 1993 om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter lov om aktindsigt i helbredsoplysninger.

§ 36

I lov om udøvelse af lægegerning, jf. lovbekendtgørelse nr. 632 af 20. juli 1995, som senest ændret ved § 7, stk. 2, i lov nr. 463 af 10. juni 1997, foretages følgende ændring:

1. 1 § 31, stk. 2, udgår », dog at det skal have sit forblivende ved de i medfør af § 1, nr. 1 b, i lov nr. 273 af 28. juni 1920 om udvidelse af sundhedslovgivningens gyldighed til de sønderjydske landsdele ved bekendtgørelse nr. 405 af 12. september 1922 fastsatte bestemmelser om udøvelse af virksomhed som lægepraktikant i de nævnte landsdele«.

§ 37

Kapitel 4 har virkning for patientjournaler m.v. oprettet efter 1. januar 1994 og for tilførsler til eksisterende patientjournaler m.v. foretaget efter denne dato. For oplysninger i patientjournaler m.v., der føres ved hjælp af elektronisk databehandling, har kapitlet også virkning for registreringer foretaget før 1. januar 1994. For manuelle sygehusjournaler, der føres for den offentlige forvaltning, har kapitlet virkning for journaler oprettet efter 1. januar 1987 og for tilførsler foretaget efter denne dato til journaler oprettet før 1. januar 1987.

§ 38

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Loven træder i kraft den 1. oktober 1998. Samtidig ophæves bestemmelserne i lægelovens § 6, stk. 2-5, og § 6 a. De ophævede regler vedrører de tidligere regler for information og samtykke, livsforlængende behandling og livstestamentebestemmelserne. Bestemmelserne vedrørende information og samtykke i patientretsstillingslovens kapitel 2 erstatter de tidligere bestemmelser i lægeloven og er en væsentlig styrkelse af patientens selvbestemmelsesret. Patientretsstillingslovens § 16 og § 17 er en præcisering og modificering af reglerne om livsforlængende behandling og livstestamentebestemmelserne i lægeloven. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om

livstestamenter nr. 663 af 14. september 1998 ophæver den tidligere bekendtgørelse om livstestamenter nr. 728 af 18. september 1992.

Patientretsstillingslovens bestemmelser om aktindsigt i helbredsoplysninger gælder for journaler oprettet efter 1. januar 1994 og for tilførsler til eksisterende patientjournaler foretaget efter denne dato. Derudover omfatter patientretsstillingslovens bestemmelser om aktindsigt oplysninger ført ved hjælp af elektronisk databehandling for registreringer foretaget før 1994. For manuelle sygehusjournaler, der føres for den offentlige forvaltning, gælder patientretsstillingslovens bestemmelser om aktindsigt for journaler, der er oprettet efter 1. januar 1987, og for journaler, der er tilført oplysninger efter denne dato.

om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger

1. Indledning

Ved lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling er der fastlagt en samlet lovgivning, der regulerer de grundlæggende og generelle principper for den enkelte patients selvbestemmelse og retssikkerhed i forhold til sundhedsvæsenet i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje. Loven er optrykt som bilag 1^b til vejledningen.

Hvor der i vejledningen er nævnt loven, refereres således til lov om patienters retsstilling.

Reglerne i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger er nu indeholdt i lov om patienters retsstilling. Lov om aktindsigt i helbredsoplysninger ophæves derfor samtidig med, at lov om patienters retsstilling træder i kraft 1. oktober 1998.

Reglerne om aktindsigt i patientjournaler m.v. er i forhold til den gældende lovgivning ændret på følgende væsentlige punkter:

Patienter får ret til flere oplysninger end, hvad der følger af lov om aktindsigt i helbredsoplysninger, jf. lovens § 20, stk. 1. Udover aktindsigt i de foreliggende oplysninger skal der fremover gives patienterne information om formålet med behandlingen af personoplysninger, om kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse stammer. Disse ændringer i forhold til den eksisterende lovgivning er en følge af Europaparlamentet og Rådets direktiv 95/46/EF om behandling af personoplysninger m.v., som skal være indarbejdet i dansk ret den 24. oktober 1998. Der henvises til vejledningens afsnit 7.

Patienter, der er fyldt 15 år, er berettiget til aktindsigt efter lovens regler, jf. lovens § 8, stk. 3.

Nærmeste pårørende til afdøde patienter har som udgangspunkt ret til oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde, jf. lovens § 28.

Udover disse ændringer er der tale om en stort set uændret videreførelse af de gældende regler, herunder gældende praksis. Enkelte steder er der i forhold til den tidligere vejledning foretaget sproglige præciseringer.

2. Hvilke institutioners og personers journaler m.v. er omfattet?

Retten til aktindsigt omfatter alle patientjournaler m.v., der i forbindelse med sundhedsmæssig virksomhed er udarbejdet af autoriserede sundhedspersoner eller på autoriserede

sundhedspersoners ansvar. Herved forstås journaler m.v., som udfærdiges i forbindelse med behandling af patienter. Ved begrebet behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient m.v., jf. lovens § 3. Når der nedenfor i vejledningen er brugt begrebet »behandling« skal det således forstås i denne betydning, bortset fra lovens § 20, stk. 1 om aktindsigt, som er nærmere omtalt i vejledningens afsnit 7.

I loven er der nu anvendt et ensartet begreb om journaler, nemlig patientjournaler m.v. I lov om aktindsigt i helbredsoplysninger anvendtes begrebet »patientjournaler, patientoptegnelser og patientregistre m.v.« Den ændrede formulering i lov om patienters retsstilling indebærer ikke nogen realitetsændring i forhold de hidtil gældende bestemmelser.

Loven gælder fortsat ikke for oplysninger i registre, som er omfattet af lov om offentlige myndigheders registre, eller for registrering, der udelukkende finder sted til videnskabelige eller statistiske formål, jf. lovens § 19, stk. 2. Det skal bemærkes, at denne bestemmelse forventes ændret i forbindelse med det forslag til lov om personoplysninger, som genfrem sættes af justitsministeren i folketingssamlingen 1998-99, idet lov om offentlige myndigheders registre med dette lovforslag foreslås ophævet.

Hvor helbredsoplysninger er indeholdt i et register, f.eks. Landspatientregistret, har en registreret person efter begæring ret til at få meddelelse om de oplysninger, der er registreret om vedkommende, jf. § 13 i lov om offentlige myndigheders registre.

Retten til aktindsigt omfatter efter loven kun journaler m.v., der er udarbejdet af autoriserede sundhedspersoner, dvs. læger, tandlæger, sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske tandteknikere, optikere, tandplejere, kliniske diætister, fodterapeuter og kiropraktorer eller personer, der handler på disses ansvar.

Med hensyn til ret til aktindsigt i autoriserede psykologers journaler er der i § 14, stk. 3-5, i lov om psykologer m.v. fastsat regler om aktindsigt. Reglerne om aktindsigt i kapitel 4 i lov om patienters retsstilling gælder derfor ikke for denne gruppe sundhedspersoner, jf. lovens § 2.

Retten til aktindsigt omfatter herefter patientjournaler m.v., udfærdiget af autoriserede sundhedspersoner på sygehuse, klinikker, ambulatorier og andre institutioner, hvor der foretages behandling af patienter, hvad enten disse sygehuse m.v. er offentlige eller private.

Både private sygehuse som gigt- og sclerosehospitalerne og private betalingssygehuse samt private behandlingsklinikker er omfattet af loven.

Sygeplejefaglige optegnelser (ofte benævnt sygeplejekardex), journaler m.v. på kommunale tandplejeklinikker og optegnelser hos skolelæge/sundhedsplejerske og plejeyournaler på plejehjem er tillige omfattet.

Såfremt en patient anmoder om aktindsigt i en patientjournal på et sygehus skal dette forstås som en anmodning om aktindsigt i den lægelige journal. Det skal således alene gives aktindsigt i sygeplejeoptegnelser, såfremt der specifikt er anmodet herom, idet relevante oplysninger fra disse optegnelser vedrørende undersøgelse, behandling m.v. altid skal fremgå af patientjournalen ved overførelse til denne.

Endvidere er journaler og optegnelser i privat praksis ført af en autoriseret sundhedsperson omfattet af retten til aktindsigt. Dette vil typisk omfatte journaler m.v. ført af alment praktiserende læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut, fodterapeut, klinisk tandtekniker, tandplejer m.fl.

For så vidt angår aktindsigt i speciallægeerklæringer, f.eks. til forsikringsselskaber, vil disse også være omfattet af retten til aktindsigt, idet erklæringerne må betragtes som en del af speciallægens journalmateriale i relation til reglerne om aktindsigt i lov om patienters retsstilling, såfremt lægens erklæring baserer sig på undersøgelse, behandling og pleje af patienten. Baggrundsmaterialet for en sådan speciallægeerklæring vil typisk af lægen blive returneret til det sted, hvorfra det er rekvireret uden at speciallægen er forpligtet til at tage en kopi heraf til journalen. En speciallæge er derfor alene forpligtet til at give aktindsigt i speciallægeerklæringen. Såfremt speciallægen er i besiddelse af baggrundsmaterialet, er dette imidlertid undergivet aktindsigt, da det i givet fald vil være en del af journalen.

Også optegnelser, der foretages af autoriserede sundhedspersoner som led i behandling i private hjem, omfattes af retten til aktindsigt. Dette gælder f.eks. vagtlægers, sundhedsplejerskers og hjemmesygeplejerskers optegnelser.

Tilsvarende omfattes optegnelser på institutioner uden for sundhedsvæsenet, f.eks. journaler ført i Kriminalforsorgens syge- og hospitalsafdelinger, når optegnelserne er foretaget af autoriserede sundhedspersoner som led i behandling af patienten. Det samme gælder journaler ført på Statens Øjenklinik under Socialministeriet.

Oplysninger, der f.eks. i forbindelse med pleje nedskrives af ikke-autoriserede sundhedspersoner, omfattes af loven i det omfang, disse oplysninger indføres i patientjournalen m.v., f.eks. fordi de noteres ned efter bemyndigelse fra den autoriserede sundhedsperson og på dennes ansvar. Derudover vil patienten, hvor der er tale om offentlige institutioner have adgang til aktindsigt i ikke-autoriserede sundhedspersoners optegnelser efter reglerne i offentlighedsloven (§§ 4, stk. 2, 8 og 11). En smidig anvendelse af princippet om meroffentlighed, jf. offentlighedslovens § 4, stk. 2, vil kunne løse de fleste praktiske problemer i denne forbindelse.

Optegnelser om enkeltpersoners helbredsforhold, der foretages af andre end autoriserede sundhedspersoner og uden at indgå som led i sundhedsmæssig behandling, er ikke omfattet af loven. Det betyder, at en anmodning om aktindsigt heri ikke skal behandles efter reglerne i lov om patienters retsstilling, men efter reglerne i offentlighedsloven, forvaltningsloven eller registerlovgivningen eller efter de specielle regler, der gælder for det pågældende område.

Det kan f.eks. være helbredsoplysninger, der indgår i sager, som er under behandling i Arbejdsskadestyrelsen eller i Den Sociale Ankestyrelse. Det kan også være oplysninger om analyser af blod eller urin, der er foretaget i kontrolmæssigt øjemed, f.eks. inden for Kriminalforsorgen.

3. Aktindsigtens formål, omfang af aktindsigt m.v.

Der har siden 1. januar 1987 været ret til aktindsigt i sygehusjournaler, og fra 1. januar 1994 har der været ret til aktindsigt i praktiserende sundhedspersoners patientjournaler m.v.

Retten til aktindsigt i sygehusjournaler gælder for journaler udfærdiget efter 1. januar 1987 og for tilførsler til eksisterende sygehusjournaler foretaget efter dette tidspunkt.

For praktiserende sundhedspersoners journaler er der ret til aktindsigt i de oplysninger, som er nedskrevet i journaler m.v. efter 1. januar 1994. I de tilfælde, hvor praktiserende sundhedspersoner har anvendt elektronisk databehandling til journalføring, vil der efter lovens § 37 være ret til aktindsigt også i de oplysninger, der er tilført journalen før 1. januar

1994. Baggrunden herfor er, at der efter § 7 a i lov om private registre, tidligere er indført ret til indsigt i journaler, som føres på edb.

Retten til aktindsigt omfatter hele journalen. Omfattet af journalen er også materiale, såsom lægeerklæringer og røntgenbilleder/beskrivelser samt resultatet af undersøgelser og behandlingsforløb, i det omfang de har betydning for diagnose, behandling, observationer m.v. Retten til aktindsigt omfatter også ikke-optegnelsespligtige oplysninger, som måtte indgå i journalen, samt eventuel brevveksling med f.eks. andre myndigheder eller pårørende, som er tilført journalen som bilag. Biologiske præparater er ikke en del af patientjournalen.

Selvom patienten ikke har et retskrav på aktindsigt i journaler m.v. før 1. januar 1994 ført af praktiserende sundhedspersoner eller før 1. januar 1987 for så vidt angår sygehusjournaler, vil den ansvarlige autoriserede sundhedsperson ikke være afskåret fra at give patienten aktindsigt i sådanne helbredsoplysninger. Det kan ske efter en konkret vurdering af journaloplysningernes indhold og deres betydning for patienten.

I de tilfælde, hvor journaler m.v. oprettet før 1. januar 1994 (eller før 1. januar 1987 for sygehusjournalers vedkommende) indgår i en såkaldt afgørelsessag (f.eks. en pensions- eller klagesag), vil disse journaler være omfattet af reglerne om parterets aktindsigt i kapitel 4 i forvaltningsloven.

4. Formålet med vejledningen

Vejledningen har til formål at gøre både amtskommuner og kommuner, sundhedspersoner samt offentligheden i almindelighed opmærksom på reglerne om aktindsigt i helbredsoplysninger og at vejlede om, hvordan patienten i praksis kan opnå indsigt i sin journal m.v.

I det følgende belyses forskellige spørgsmål i forbindelse med reglernes anvendelse:

- Hvem har ret til aktindsigt? (afsnit 5)
- Fremgangsmåde ved anmodning om aktindsigt (afsnit 6)
- Hvordan gives aktindsigt? (afsnit 7)
- Hvornår kan anmodning om aktindsigt afslås? (afsnit 8)
- Klage over afgørelser om aktindsigt (afsnit 9)
- Journalføring (afsnit 10)
- Gebyr (afsnit 11)
- Tvivls spørgsmål (afsnit 12)

5. Hvem har ret til aktindsigt?

Det er den patient, der er eller har været indlagt på sygehus, eller som i øvrigt er blevet undersøgt, behandlet m.v., som har krav på at se den journal, der i forbindelse hermed er oprettet af en autoriseret sundhedsperson. Det kan undtagelsesvis forekomme, at et ønske om aktindsigt ikke – eller ikke fuldt ud – kan imødekommes, jf. undtagelsesbestemmelsen i lovens § 20, stk. 2. Der henvises til vejledningens afsnit 8 nedenfor.

Særligt om aktindsigt i journaler vedrørende børn og patienter, der ikke selv kan varetage deres interesser m.fl.

Børn, der er fyldt 15 år, har nu efter lovens § 8, stk. 3, et selvstændigt krav på aktindsigt efter reglerne herom i lovens kapitel 4. Forældremyndighedens indehaver til en patient

under 18 år, vil ligeledes have krav på aktindsigt efter loven. I særlige tilfælde vil aktindsigt til forældremyndighedsindehaver dog helt eller delvist kunne nægtes, jf. vejledningspunkt 8.

Såfremt en patient ikke selv kan vare tage sine interesser, indtræder den legale repræsentant i patientens rettigheder efter loven. En legal repræsentant kan efter loven være forældremyndighedsindehaver, nærmeste pårørende eller værge. Den legale repræsentants ret til at indtræde i patientens rettigheder efter loven vedrører dog kun forhold, der er nødvendige for at varetage patientens interesser og behov i den konkrete situation. Det må bero på et konkret skøn i hvilket omfang, der skal gives repræsentanten aktindsigt i patientens journal. Der bør her anlægges en bred fortolkning, så repræsentanten ikke forhindres i at bistå patienten, således at der i de fleste tilfælde bør gives den legale repræsentant aktindsigt i patientens journal.

F.eks. vil en værge i de tilfælde, hvor en patient er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, have krav på aktindsigt i den pågældendes journal.

Den, som journalen vedrører, kan bemyndige en anden til på sine vegne at benytte adgangen til aktindsigt i det omfang, vedkommende selv vil have ret dertil. Dette er i overensstemmelse med det almindelige princip om, at den enkelte normalt har adgang til at lade sig bistå eller repræsentere af andre.

Såfremt nære pårørende til f.eks. en alderdomssvækket plejhjemsbeboer, der ikke opfylder lovens krav om ikke selv at kunne varetage sine interesser, fremsætter anmodning om aktindsigt i den pågældendes plejhjemsjournal, bør der normalt ikke stilles krav om indhentelse af en formel fuldmagt fra plejhjemsbeboeren (eller om beskikkelse af en værge), hvis plejhjemspersonalet i øvrigt er bekendt med, at de nære pårørende gennem længere tid har varetaget den pågældendes interesser, og hvis plejhjemsbeboeren må antages at være indforstået hermed eller selv har bedt de pårørende om at bistå sig.

Særligt om aktindsigt i en afdød patients journal

Med lov om patienters retsstilling får afdødes nærmeste pårørende nu ret til at få oplysninger om afdødes sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde, såfremt det ikke må antages at stride mod den afdøde patients ønske og hensynet til afdøde, jf. lovens § 28. Bestemmelsen tager sigte på den situation, hvor afdødes nærmeste pårørende ønsker oplysninger om årsagen til dødens indtræden m.v. Dette vil typisk ske ved, at de nærmeste pårørende henvender sig til det sygehus, hvor vedkommende var indlagt og efterfølgende afgik ved døden.

Bestemmelsen omfatter tillige de tilfælde, hvor vedkommende f.eks. er afgået ved døden på et plejhjem. Her vil de pårørende efter begæring kunne få de nævnte oplysninger af en sundhedsperson, typisk den læge, der har konstateret dødens indtræden.

Personkredsen for de efterladte, der efter bestemmelsen kan modtage oplysninger om afdøde, er ikke præcist angivet i loven. Det vil således bero på et skøn ud fra den konkrete situation, hvilke personer der i hvert enkelt tilfælde må anses for nærmeste pårørende. Ved nærmeste pårørende forstås først og fremmest patientens samlevende ægtefælle eller samlever, slægtninge i lige linie, og alt efter de konkrete forhold, søskende. Adoptivbørn vil som regel og plejebørn jævnlige kunne betragtes som nærmeste pårørende. En partner

i et registreret parforhold falder også ind under begrebet. Begrebet »nærmeste pårørende« bør afhængigt af den konkrete situation fortolkes udvidende. En nær ven, patientrådgiver m.fl., der er fortrolig med patienten, og som af patienten blev opfattet som »den nærmeste« falder ind under begrebet, hvis det er utvivlsomt, at pågældende er den nærmeste.

Oplysningerne må kun videregives, såfremt det ikke må antages at stride mod afdødes ønske, og hensynet til afdøde eller andre private interesser ikke taler afgørende herimod. Det kan f.eks. være tilfældet, hvis journalen indeholder oplysninger om afdøde eller forholdet mellem den afdøde og de pårørende, som det konkret må antages, at den afdøde ikke ville have ønsket, de pårørende blev bekendt med. Såfremt afdøde udtrykkeligt har fremsat ønske om, at den pågældende ikke må få aktindsigt, vil oplysningerne heller ikke kunne videregives, jf. dog nedenfor.

I særlige tilfælde vil det efter lovens § 28, stk. 1, 2. pkt., være muligt at underrette de pårørende om sygdomsforløb m.v., selv om afdøde udtrykkeligt har modsat sig dette. Det er en betingelse for videregivelse efter denne regel, at videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre. Hvorvidt betingelserne herfor er opfyldt, vil bero på et konkret skøn, men for så vidt angår videregivelse til varetagelse af en åbenbar almen interesse, forudsættes en sådan videregivelse kun undtagelsesvis at finde sted.

Efter lovens § 28, stk. 2, vil der nu være mulighed for de nærmeste efterladte at få oplysninger om afdødes sygdomsforløb, dødsårsag m.v. hos afdødes praktiserende læge. I visse tilfælde vil det således være den praktiserende læge, der gennem flere år har nærmere kendskab til patienten, der bedst kan drøfte sygdomsforløbet med de efterladte pårørende. Den pågældende læge er således berettiget til at få oplysningerne fra sygehuset m.fl., men kun hvis der foreligger en anmodning herom fra afdødes nærmeste pårørende.

Sygehuset må ikke automatisk videresende oplysninger om afdøde patienter til patientens læge. Der skal altid foreligge en anmodning herom fra den pågældende læge i den konkrete situation herom. Foreligger der en anmodning fra afdødes læge, vil sygehuset være forpligtet til at udlevere oplysningerne, idet den pågældende læge kun må anmode herom, når der foreligger en begæring fra de efterlade. De oplysninger, der kan videregives, vil typisk være epikriser. Videregivelsen må heller ikke i denne situation stride mod afdødes ønske, f.eks. fordi afdøde udtrykkeligt inden dødsfaldet har frabedt sig en sådan videregivelse.

Det er i bemærkningerne til lov om patienters retsstilling forudsat, at der lokalt søges etableret sådanne procedurer, der kan sikre, at de nævnte oplysninger relativt hurtigt kan fremsendes til den praktiserende læge m.fl., når der er fremsat begæring herom fra den praktiserende læge. Dette er vigtigt med henblik på, at de efterlade så hurtigt som muligt kan blive orienteret om afdødes sygdomsforløb m.v.

Reglerne om aktindsigt i lovens kapitel 4 gælder i øvrigt ikke for obduktionserklæringer, idet obduktionerne ikke foretages af en behandlingsinstitution, og obduktionernes indhold heller ikke danner grundlag for behandling af patienter. Nærmeste pårørende vil dog efter reglerne i § 28 i visse situationer have mulighed for aktindsigt i en obduktionserklæring, jf. vejledningens afsnit 5.

Særligt om aktindsigt til tredjemand

I forbindelse med tegning af livs- eller pensionsforsikring, hvor helbredsoplysninger er af betydning, er det sædvanlig praksis, at forsikringstager ved sin underskrift på forsikringsansøgningen giver sit forsikringsselskab eller sin pensionskasse fuldmagt til aktindsigt i sin journal. Dette sker oftest i et supplement til en særlig helbreds erklæring, der er udfyldt af forsikringstager, eller i en særlig helbredsattest, der er udfyldt af såvel forsikringstager som forsikringstagers læge. På tilsvarende måde gives fuldmagt til aktindsigt ved forsikringsbegivenhedens eventuelle indtræden, dvs. på skadesanmeldelsen.

Denne praksis er baseret på den oplysningspligt, der efter forsikringsaftalelovens §§ 4-6 og 22 påhviler en forsikringstager.

I disse tilfælde må det sikres, at det klart fremgår af fuldmagten på forsikringsansøgningen eller skadesanmeldelsen, hvilket formål aktindsigten (helbredsoplysningerne) skal anvendes til. Forsikringsselskabet vil nemlig kun være berettiget til at rekvirere de journaloplysninger, der er nødvendige til det givne formål.

Ved forsikringstegningen skal oplysningerne anvendes til en vurdering af den risiko, forsikringsselskabet påtager sig ved at tegne forsikringen. En fuldmagt til aktindsigt i denne forbindelse omfatter derfor kun oplysninger om forsikringstagerens helbred forud for tegningstidspunktet. Dette gælder, uanset hvornår fuldmagten gøres gældende.

Indeholder journalen oplysninger, der ikke vedrører forsikringstagerens helbredsforhold og derfor ikke er relevante for forsikringsselskabets risikobedømmelse, bør aktindsigten til forsikringsselskabet ikke omfatte sådanne oplysninger.

Når der gives fuldmagt til aktindsigt ved forsikringsbegivenhedens indtræden, vil de relevante oplysninger være de helbredsoplysninger, der knytter sig til og nærmere belyser forholdene i forbindelse med skaden og erstatningens fastsættelse. Der kan således ikke i almindelighed videregives oplysninger om behandlinger, arvelige sygdomme m.v., der er uden betydning for forsikringsbegivenheden.

Hvis et forsikringsselskabs anmodning om aktindsigt på grundlag af en fuldmagt giver anledning til tvivl, vil det være hensigtsmæssigt, at der rettes henvendelse til forsikringsselskabet eller patienten herom. Det vil f.eks. gælde, hvis der skønnes at være behov for at få patientens præcisering af, hvilke oplysninger fuldmagten skal anses at vedrøre. Det kan f.eks. være tilfældet i forbindelse med en skadesanmeldelse, hvor journalen indeholder oplysninger om behandling af en lidelse, der er opstået efter forsikringstegningen, når oplysningerne skønnes irrelevante i forhold til skaden og erstatningens fastsættelse. Spørgsmålet om relevans kan dog undertiden være vanskeligt for en ikke-forsikringskyndig at vurdere.

Frasortering af oplysninger kan enten ske ved overdækning i forbindelse med fotokopiering eller ved at tilbageholde dele af journalen med oplysning om, at dele er udeladt.

I visse tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at lade aktindsigten til en tredjemand, f.eks. et forsikringsselskab, foregå via patienten. Der vil da være adgang til at overdrage en journal kopi til patienten, således at det overlades til denne selv at tage stilling til spørgsmålet om videregivelse af oplysningerne i journalen.

6. Fremgangsmåde ved anmodning om aktindsigt

Der stilles ikke formkrav i forbindelse med anmodning om aktindsigt. Anmodningen kan fremsættes mundtligt eller skriftligt over for den pågældende sundhedsperson eller på det pågældende sygehus m.v. I privat praksis vil det sædvanligvis være naturligt, at en anmodning om aktindsigt fremsættes i forbindelse med en konsultation, hvor patienten i øvrigt er til behandling m.v.

Den, der anmoder om aktindsigt, skal dog afkræves legitimation, medmindre sundhedspersonen eller sygehuset m.v. på forhånd kender den pågældende. Det skal tilføjes, at der efter gældende overenskomster på sygesikringsområdet ikke kan kræves honorar for meddelelse af aktindsigt.

7. Hvordan gives aktindsigt?

Når en anmodning om aktindsigt er fremsat, skal der snarest tages stilling til anmodningen.

Særligt om de nye regler om aktindsigt i lovens § 20, stk. 1.

De nye regler i lovens § 20, stk. 1, indebærer, at når en patient efter 1. oktober 1998 fremsætter en begæring om aktindsigt, er sundhedspersonen forpligtet til at give patienten meddelelse om følgende forhold:

- 1) hvilke oplysninger, der behandles,
- 2) behandlingens formål,
- 3) kategorierne af modtagere af oplysningerne og
- 4) tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Formålet med de ændrede regler om aktindsigt er at sikre, at bestemmelsen om patienters ret til aktindsigt er forenelig med Europa-Parlamentet og Rådets direktiv nr. 95/46/EF om behandling af personoplysninger m.v., jf. artikel 12, litra a, i direktivet.

Ved begrebet »behandling« i denne bestemmelse forstås – ligesom i ovennævnte EF-direktiv og forslaget til lov om behandling af personoplysninger – enhver operation eller række af operationer med eller uden brug af elektronisk databehandling, som oplysninger gøres til genstand for. Dette begreb er en nyskabelse i forhold til den gældende lovgivning. Omfattet af begrebet behandling er enhver håndtering af oplysninger. Det dækker således bl.a. over indsamling, registrering, systematisering, opbevaring, tilpasning eller ændring, selektion, søgning, brug, videregivelse ved transmission, formidling eller enhver anden overladelse, sammenstilling eller samkøring samt blokering, sletning eller tilintetgørelse. Finder blot en af de nævnte former for håndtering af oplysninger sted, vil der være tale om behandling i bestemmelsens forstand.

Hvis der således behandles oplysninger om en patients helbredsforhold i en patientjournal m.v., skal der på en let forståelig måde gives den pågældende meddelelse om ovennævnte fire forhold, mundtligt eller skriftligt.

Efter nr. 1 skal patienten have meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i journalen. Denne bestemmelse svarer til, hvad der hidtil har været gældende ret efter lov om aktindsigt i helbredsoplysninger.

Endvidere skal der efter nr. 2 gives meddelelse om behandlingens formål. Heri ligger ikke en forpligtelse for den pågældende myndighed, institution eller sundhedsperson til at

meddele, hvad oplysningerne nøjagtigt vil skulle bruges til. I kravet om formålsangivelse ligger, at patienten skal have tilstrækkelig information til, at den pågældende bliver klar over, hvad der er baggrunden for, at der behandles oplysninger om den pågældende. En generel angivelse af, hvad formålet med behandlingen er, vil være tilstrækkelig. F.eks. kan der om formålet med en patientjournal henvises til lægelovens § 13, hvorefter læger er forpligtede til at føre ordnede optegnelser (patientjournaler m.v.) af hensyn til patientens sygebehandling, og/eller en henvisning til Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring).

Herudover skal der gives meddelelse om kategorierne af modtagere af oplysningerne, jf. nr. 3. Dette vil f.eks. være tilfældet, såfremt der er eller vil blive videregivet oplysninger fra patientjournalen til andre sundhedspersoner, myndigheder, jf. lovens § 24, stk. 2 og § 26, stk. 2.

Endelig skal der gives patienten tilgængelig information om, hvorfra de oplysninger, der behandles, stammer, jf. nr. 4. Denne pligt gælder kun, hvis der foreligger oplysning herom. Det påhviler således ikke sundhedspersonen efter denne bestemmelse selvstændigt at tilvejebringe oplysning herom. Typisk vil oplysninger indeholdt i en patientjournal stamme fra patienten selv, eventuelle pårørende, samt fra foretagne undersøgelser, behandlinger m.v. foretaget på et sygehus, på et laboratorium, hos en speciallæge eller en alment praktiserende læge m.v. Det vil oftest af oplysningerne direkte fremgå, hvorfra de stammer.

Gennemførelse af aktindsigten m.v.

Afgørelsen træffes af den myndighed, den institution eller den autoriserede sundhedsperson, som har patientjournalen i sin besiddelse, jf. lovens § 21. For sygehusjournalers vedkommende træffes afgørelsen af den overlæge, der er ansvarlig for den pågældende sygehusafdeling, eller af en anden sundhedsperson, som overlægen har bemyndiget hertil. Med hensyn til sygeplejefaglige optegnelser kan afgørelsen træffes af oversygeplejersken.

Det fremgår af lovens § 21, stk. 4, at i de tilfælde, hvor en sundhedsperson er tillagt beføjelser med hensyn til afgørelser om aktindsigt, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven den driftsansvarlige myndighed. Denne bestemmelse vil berøre f.eks. overlæger på et sygehus. Baggrunden for bestemmelsen i lovens § 21, stk. 4, er at sikre, at reglerne om aktindsigt er forenelig med direktiv 95/46/EF om behandling af personoplysninger m.v., jf. vejledningens indledning. I dette direktiv er der således pålagt den registeransvarlige en række forpligtelser, f.eks. at sikre at oplysninger behandles rimeligt og lovligt. I de konkrete situationer, hvor en patient anmoder om aktindsigt forudsættes det imidlertid at være den pågældende sundhedsperson, der træffer afgørelse om aktindsigt efter loven.

Der skal også tages stilling til, om aktindsigten gennemføres ved, at patienten får lejlighed til at se journalen igennem på stedet eller ved at få udleveret en afskrift eller kopi af journalen, jf. lovens § 21, stk. 2. Patienten har krav på at få kopi af journalindholdet hvis dette ønskes. Der kan således ikke stilles krav om patientens personlige gennemsyn af journalen på stedet, selv om det findes betænkeligt at udlevere fotokopi til patienten af journalen uden lægelig vejledning.

Hvis en anmodning om aktindsigt ikke bliver imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget, er den pågældende myndighed, institution eller sundhedsperson

forpligtet til at underrette patienten om grunden hertil. Patienten skal samtidig have besked om, hvornår en afgørelse kan forventes, jf. lovens § 21, stk. 3.

Aktindsigt kan praktisk gennemføres ved, at patienten får lejlighed til at læse journalen på stedet. Hvor journalen føres på edb, kan patienten få lejlighed til at læse skærbilledet. Hvis der er grund til at antage, at patienten har behov for hjælp til at forstå oplysningerne i journalen, skal der tilbydes hjælp og vejledning. Dette kan ske ved, at sundhedspersonen i fornødent omfang gennemgår journalen med patienten. Patienten har dog ret til at afslå et tilbud om gennemgang af sin journal.

Såvel under indlæggelse som i forbindelse med konsultation i lægepraksis kan det være naturligt og hensigtsmæssigt, at lægen gennemgår journalen med den patient, der har ønsket aktindsigt. Denne fremgangsmåde er i overensstemmelse med princippet om lægers pligt til at vejlede og oplyse patienter om deres sygdomstilfælde og om behandlingsmulighederne, jf. lovens § 7. Patienten har imidlertid altid ret til at frabede sig en sådan gennemgang af journalen.

Hvis patienten anmoder om fotokopi af journalen, eventuelt i uddrag, skal anmodningen normalt imødekommes, medmindre helt særlige forhold gør sig gældende. Helt særlige forhold kan f.eks. være dokumenternes antal, karakter eller form.

Afslag på udlevering af kopi på grund af antallet af dokumenter vil dog normalt kun kunne gives, hvis antallet er overordentligt stort.

Afslag på grund af dokumenternes form vil normalt kun kunne gives, hvis det er umuligt eller i hvert fald meget vanskeligt eller bekesteligt at få fremstillet kopi af særlige aktstykker som f.eks. prøver, modeller, lydbånd, røntgenbilleder eller lignende.

Regler om betaling for kopier m.v. er fastsat i Sundhedsministeriets bekendtgørelse om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier m.v., der er optaget som bilag 2 til vejledningen. Se nærmere herom i vejledningens pkt. 11.

Hvis patienten ønsker kopi af røntgenbilleder eller andre specielle dokumenter som f.eks. lystryk, lydbånd, film, modeller og lignende, kan det altid – efter forudgående underretning af patienten – kræves, at patienten betaler omkostningerne ved fremstillingen af kopien(erne), jf. bekendtgørelsens § 3.

8. Hvornår kan anmodning om aktindsigt afslås?

Det fremgår af lovens § 20, stk. 2, at aktindsigt i oplysninger i patientjournaler m.v. kan begrænses i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

Bestemmelsen skal forstås sådan, at der i hvert enkelt tilfælde, hvor det overvejes at begrænse adgangen til aktindsigt, skal foretages en konkret afvejning af på den ene side patientens interesse i at få de pågældende oplysninger og på den anden side afgørende hensyn til patienten selv. Ved afgørende hensyn til patienten selv tænkes navnlig på, om det må antages at ville være til alvorlig skade for patienten, hvis denne på det pågældende tidspunkt eller i den pågældende situation gøres bekendt med oplysningerne. Bestemmelsen forudsættes kun anvendt i ganske få tilfælde, eksempelvis hvor det drejer sig om en alvorlig, uhelbredelig og fremadskridende sygdom, og der er en nærliggende risiko for, at

patientens psykiske tilstand alvorligt vil lide under at blive gjort bekendt med oplysningerne.

Endvidere kan det komme på tale at anvende bestemmelsen i forbindelse med behandlingen af patienter med psykiske lidelser, hvis der foreligger afgørende behandlingsmæssige hensyn, som taler imod at give aktindsigt. I sådanne tilfælde kan et afslag undertiden begrænses til kun at være midlertidigt, således at der f.eks. kun gives afslag på aktindsigt på det stadium i et behandlingsforløb, hvor aktindsigten skønnes at kunne være særligt belastende for patienten.

Ved »afgørende hensyn til andre private interesser«, som ligeledes kan nødvendiggøre et afslag på aktindsigt, forstås f.eks. tilfælde, hvor pårørende har afgivet oplysninger til journalen uden patientens vidende, og kendskab hertil må antages at kunne være alvorligt belastende for forholdet mellem patienten og de pårørende. Der bør dog som udgangspunkt gives aktindsigt i den resterende del af journalen, medmindre andre hensyn taler herimod.

Aktindsigt vil også kunne nægtes over for forældre (forældremyndighedens indehaver) til en mindreårig under omstændigheder, hvor forældrenes interesse i aktindsigt bør vige for afgørende hensyn til den mindreårige. Det kan f.eks. være tilfældet, hvis journalen indeholder oplysninger om anvendelse af prævention, om abortindgreb eller om behandling for kønssygdomme, som er sket uden forældrenes vidende.

Også i forbindelse med psykolog- eller psykiaterundersøgelser af en mindreårig kan der forekomme tilfælde, hvor aktindsigt bør nægtes forældrene i oplysninger, som den mindreårige er fremkommet med.

Hvis adgangen til aktindsigt er begrænset i forhold til patienten selv, vil den være begrænset i samme omfang i forhold til den, der anmoder om aktindsigt på grundlag af en fuldmagt fra patienten.

I sundhedspersonens afvejning af, om aktindsigt bør begrænses helt eller delvis, bør i øvrigt den omstændighed inddrages, at det kan give anledning til ængstelse og uro hos patienten, når det undtagelsesvis findes nødvendigt at afslå eller begrænse aktindsigten.

I tilfælde af, at der kun kan gives delvis aktindsigt, kan den pågældende sundhedsperson formidle aktindsigten ved at referere journalen for patienten med udeladelse af de oplysninger, der undtages fra aktindsigten. Hvis patienten herefter anmoder om fuld aktindsigt, må sundhedspersonen meddele patienten, at anmodningen ikke kan imødekommes.

Patienten skal, når der gives delvis aktindsigt, i almindelighed gøres bekendt med, at der er dele af journalen, der er udeladt. Kun i de tilfælde, hvor der er grund til at antage, at det vil være til alvorlig skade for patienten at få kendskab til, at oplysninger tilbageholdes, kan sundhedspersonen undlade at give patienten oplysning om tilbageholdelsen. Det bør da noteres i patientens journal, hvilke oplysninger der ikke er givet aktindsigt i, og med hvilken begrundelse. En sådan journalpåtegning kan også undtages fra aktindsigt.

Et afslag på anmodning om aktindsigt skal ledsages af en begrundelse samt klagevejledning.

9. Klage over afgørelser om aktindsigt

Det fremgår af lovens § 33, at der kan klages over afgørelser om aktindsigt til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn efter reglerne herom i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse. Dette gælder alle former for afgørelser om aktindsigt, dvs. både afgørelser, der går ud på

helt eller delvist afslag på anmodning om aktindsigt ud fra en sundhedsfaglig vurdering, afslag på anmodning om udlevering af kopi og afgørelser vedrørende betaling for udlevering af kopi m.v. Klager kan eventuelt indgives til Patientklagenævnet gennem embedslægeinstitutionerne.

Såfremt Patientklagenævnet skal bedømme om et helt eller delvist afslag på anmodning om aktindsigt er berettiget, indhenter nævnet kopi af det omhandlede journalmateriale. Det skal i den forbindelse understreges, at når journalmaterialet til brug for denne vurdering videregives til nævnet, bliver akterne ikke derved undergivet aktindsigt. Såfremt Patientklagenævnet finder, at sundhedspersonen burde have udleveret journalen er det herefter sundhedspersonen – og ikke Patientklagenævnet – der skal udlevere det ønskede materiale til patienten.

Efterladte pårørende har nu også i medfør af loven adgang til at klage til Patientklagenævnet over afslag på aktindsigt i en afdød patients journal.

Klager over afslag på anmodning om aktindsigt i en autoriseret psykologs journal kan indbringes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, når den autoriserede psykolog udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet. Uden for sundhedsvæsenet kan et afslag påklages til den myndighed, som er klageinstans i forhold til den autoriserede psykologs virksomhedsområde i øvrigt i den sag, som anmodningen om aktindsigt vedrører. Der henvises til § 14, stk. 5, i lov om psykologer m.v., som hører under Socialministeriet.

Patientklagenævnets afgørelse kan efter § 33, 2. pkt. i lov om patienters retsstilling ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Afgørelsen kan således heller ikke indbringes for sundhedsministeren.

10. Journalføring

Lov om patienters retsstilling stiller ikke ændrede krav til journalføring inden for sundhedsvæsenet. Der skal således fortsat føres journaler i forbindelse med lægelig undersøgelse og behandling af patienter på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis, i forbindelse med behandling i private hjem, herunder vagtlægeordninger samt på offentlige eller private institutioner, hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages undersøgelse og behandling af patienter.

Det følger af § 19 i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger, at lægen skal føre optegnelser i patientens journal om, hvilken information, der er givet patienten, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet i relation til behandling eller til videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til behandling eller til andre formål.

Regler om lægers journalføringspligt er fastsat i lægelovens § 13, Indenrigsministeriets (nu Sundhedsministeriets) bekendtgørelse nr. 244 af 26. juli 1937 om lægers pligt til at føre optegnelser, Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring), og Sundhedsstyrelsens vejledning m. 236 af 19. december 1996 om lægers journalføring.

Det følger af ovennævnte bekendtgørelse, at optegnelserne om den enkelte patient i hvert fald skal give oplysning om

1) patientens navn, alder og bopæl,

- 2) tidspunktet for behandlingens indledning,
- 3) lægens skøn angående sygdommens art og
- 4) den iværksatte behandling.

Efter Sundhedsstyrelsens cirkulære skal hver patientjournal indeholde følgende oplysninger:

- Patientens navn, alder (personnummer) og bopæl,
- dato for kontakten (konsultationen/behandlingen m.v.),
- årsagen til patientkontakten,
- undersøgelsesresultater, herunder resultater af eventuelle røntgen- og laboratorieundersøgelser, som må antages at være af betydning for diagnose, behandling og prognose,
- diagnose eller lægens skøn angående sygdommens art,
- iværksat behandling, herunder operative indgreb,
- ordination af lægemidler (navn, styrke, mængde, dosering og administrationsmåde),
- henvisning til undersøgelse og/eller behandling og oplysninger herfra om diagnose og udførte behandlinger,
- hvilken information, der er givet til patienten, herunder udleveret skriftligt informationsmateriale, og patientens tilkendegivelser på baggrund af den givne information,
- aftaler om kontrol.

Journaler på sygehuse, klinikker og praktiserende speciallægers journaler, bortset fra speciallæger i almen medicin, skal desuden indeholde oplysninger om

- indikation for undersøgelsen/behandlingen,
- hvem der har foretaget undersøgelse og behandling, herunder varetaget delopgaver ved f.eks. operative indgreb,
- særlige forhold som f.eks. allergi,
- oplysninger om implantation af alt medicinsk udstyr,
- konkret rådgivning,
- beslutninger truffet på afdelingskonferencer.

Endvidere skal journalen indeholde relevante oplysninger til opfyldelse af lov om patienters retsstilling § 20, stk. 1. Det skal således fremgå af journalen, at der er meddelt aktindsigt i journalen og hvilke oplysninger, der er udleveret og til hvem, det er sket.

Det skal af journalen med navn klart fremgå, hvem der er ansvarlig for et journalnotat. I almen praksis og i andre mindre enheder vil det være tilstrækkeligt at anvende initialer, når navnet særskilt kan identificeres.

Herudover er ved bekendtgørelser og vejledende retningslinier fastsat journalføringsregler for tandlæger, jordemødre, kiropraktorer, kliniske tandteknikere, kliniske diætister, tandplejere og optikere.

11. Gebyr for udlevering af kopi

Reglerne om gebyr er fastsat i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 664 af 14. september 1998 om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter kapitel

4 om aktindsigt i lov om patienters retsstilling, jf. *bilag 2²⁾* til denne vejledning. Reglerne er uændrede i forhold til tidligere.

Første gang en patient efter anmodning får udleveret kopi af sin journal, vil dette – som hidtil – som hovedregel være gratis for patienten, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 1. Der gælder dog særlige regler for privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner, jf. nedenfor.

Herudover er det hovedreglen, at der betales 10 kr. for første side og 1 kr. for hver påbegyndt følgende side af dokumenterne i en patientjournal, jf. bekendtgørelsens § 1, stk. 1. Disse beløbsrammer er identiske med, hvad der følger af Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 647 af 18 september 1986 om betaling for afskrifter og fotokopier. Når aktindsigt meddeles ved fotokopi, tilfalder en eventuel betaling herfor vedkommende myndighed, private praksis m.v.

Hvis den praktiserende sundhedsperson, der udleverer journalkopi(er), enten udleverer en edb-udskrift eller ikke har det nødvendige fotokopieringsudstyr eller lignende til sin disposition, vil der også første gang, der gives aktindsigt ved journalkopi kunne forlanges betaling. I disse tilfælde kan den autoriserede sundhedsperson kræve 10 kr. pr. påbegyndt side, dog maksimalt 200 kr., jf. bekendtgørelsens § 1, stk. 2. Disse beløb svarer til, hvad der hidtil har kunnet kræves betalt efter Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 123 af 11. marts 1993 om betaling for skriftlige meddelelser om indholdet af private edb-registre.

De anførte beløb dækker også eventuelle forsendelsesomkostninger, jf. bekendtgørelsens § 1, stk. 3.

Med hensyn til kopi af røntgenbilleder m.v. kan patienten altid – efter forudgående underretning herom – afkræves betaling svarende til omkostninger ved kopieringen, jf. bekendtgørelsens § 3, samt ovenfor under punkt 6.

Der kan i øvrigt kun kræves betaling, hvis udlevering af afskrift, edb-udskrift eller fotokopi sker efter udtrykkelig anmodning fra den, som ønsker aktindsigt, jf. bekendtgørelsens § 1, stk. 4.

12. Tvivlsspørgsmål m.v.

Tvivlsspørgsmål vedrørende forståelsen af reglerne om aktindsigt i helbredsoplysninger, herunder denne vejledning, rettes til Sundhedsministeriet.

Sundhedsministeriets vejledning nr. 193 af 7. december 1993 om aktindsigt i helbredsoplysninger ophæves samtidig.

1. Bilaget er udeladt her, da loven har været offentliggjort i Lovtidende A, samt forefindes i Retsinformation.
2. Bilaget er udeladt her, da bekendtgørelsen har været offentliggjort i Lovtidende A, samt forefindes i Retsinformation.

Sundhedsministeriet, den 14. september 1998
Carsten Koch

Bekendtgørelse nr. 663 af 14.9. 1998

om livstestamenter

I medfør af § 18, stk. 1 og 2, i lov nr. 482 af 1. juli 1998
om patienters retsstilling fastsættes:

Oprettelse af livstestamenter

§ 1. Enhver, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan oprette et livstestamente. I livstestamentet kan testator udtrykke sine ønsker med hensyn til behandling, hvis vedkommende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af patienten selv, jf. § 17, stk. 1, i lov om patienters retsstilling.

§ 2. Et livstestamente kan kun oprettes skriftligt ved afkrydsning på en særlig livstestamenteformular udfærdiget af Sundhedsstyrelsen.

Stk. 2. Et livstestamente skal underskrives og dateres af testator.

Livstestamenters udformning, retsvirkning m.v.

§ 3. Livstestamenteformularen, jf. § 2, stk. 1, skal indeholde mulighed for, at testator kan tilkendegive, at:

- 1) der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende, og
- 2) der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Stk. 2. Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Stk. 3. Testators ønske i medfør af stk. 1, nr. 2, er bindende for sundhedspersonen, medens et ønske efter stk.1, nr. 2, er vejledende for sundhedspersonen og skal indgå i dennes overvejelser om behandling.

§ 5. Sundhedsstyrelsen fastsætter bestemmelser om sundhedspersoners forpligtelser i forbindelse med livstestamenter.

Registrering af livstestamenter

§ 6. Sundhedsministeriet opretter et livstestamenteregister, hvor testators ønsker i livstestamentet kan registreres. Registeret placeres på Rigshospitalet og administreres i henhold til de forskrifter, der er fastsat for livstestamenteregisteret i medfør af registerlovgivningen.

Stk. 2. Livstestamenteregisteret sender testator en bekræftelse på registreringen samt oplysninger om, hvordan livstestamentet kan ændres eller tilbagekaldes.

Stk. 3. Livstestamenter efter denne bekendtgørelse har kun gyldighed, såfremt de er registreret i livstestamenteregisteret, jf. stk. 1.

Stk. 4. For optagelse af et livstestamente i livstestamenteregisteret afkræves testator et gebyr på 50 kr. Gebyret opkræves af Rigshospitalet og skal betales senest 2 måneder efter, at testator har modtaget den i stk. 2 nævnte bekræftelse.

Stk. 5. Er betaling af gebyr ikke sket inden for den i stk. 4 nævnte frist, slettes livstestamentet i registeret.

Tilbagekaldelse af livstestamenter

§ 7. Et livstestamente tilbagekaldes ved, at testator skriftligt og utvetydeligt tilkendegiver over for livstestamenteregisteret, at livstestamentet ikke længere skal være gældende. Tilbagekaldelsen har virkning fra det tidspunkt, den er registreret. Gebyret, jf. § 6, stk. 4, tilbagebetales ikke.

Stk. 2. Et livstestamente kan dog uanset stk. 1 tilbagekaldes ved, at testator i forbindelse med en aktuel sygdomssituation utvetydigt tilkendegiver, at livstestamentet ikke længere skal være gældende. Denne tilkendegivelse kan f.eks. finde sted mundtligt over for den læge, der har patienten i behandling. Tilbagekaldelsen har virkning fra det tidspunkt, den er fremsat.

Overgangs- og ikrafttrædelsesbestemmelser

§ 8. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. oktober 1998, og har virkning for livstestamenter underskrevet og registreret fra og med 1. oktober 1992.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 782 af 18. september 1992 om livstestamenter.

§ 9. Livstestamenter udfærdiget på Sundhedsstyrelsens hidtil gældende livstestamenteformular og registreret i livstestamenteregisteret før 1. oktober 1998 har fortsat gyldighed.

Stk. 2. Livstestamenter udfærdiget på Sundhedsstyrelsens hidtil gældende livstestamenteformular kan efter 1. oktober 1998 lovligt registreres i livstestamenteregisteret, såfremt registreringen vedrører formularens pkt. 1 og/eller pkt. 2.

Sundhedsministeriet, den 14. september 1998

Carsten Koch

om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

I medfør af lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling § 6, stk. 5, § 7, stk. 6, § 24, stk. 6, § 25, stk. 2, § 27, stk. 3 og § 32 og efter bemyndigelse fra sundhedsministeren, fastsættes:

Kapitel 1 Informeret samtykke

Samtykke til behandling

§ 1. Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsperson.

Stk. 2. Samtykke til behandling skal gives af en patient, der er fyldt 15 år. Patienten skal være i stand til at overskue konsekvenserne af sine handlinger.

Stk. 3. Stedfortrædende samtykke til behandling kan gives, når betingelserne i lov om patienters retsstilling § 8, stk. 2 og § 9, stk. 1 er opfyldt.

§ 2. Samtykke til behandling skal være frivilligt.

Stk. 2. Samtykket skal være udtrykkeligt, jf. dog stk. 4. Det er tilstrækkeligt med et mundtligt samtykke, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. Den for behandlingen ansvarlige sundhedsperson, jf. § 17, kan anmode om skriftligt samtykke, hvis der er tale om større indgreb og komplicerede behandlinger, eller hvis der er formodning om, at der kan blive rejst tvivl om samtykkets afgivelse og omfang.

Stk. 4. Et stiltiende samtykke kan efter omstændighederne være tilstrækkeligt, hvis det er utvivlsomt, at patienten er enig i behandlingen.

Stk. 5. Et stedfortrædende samtykke skal altid være udtrykkeligt.

§ 3. En patient skal give samtykke til konkret behandling i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation.

Stk. 2. Hvis der kommer nye oplysninger, eller der sker ændringer i behandlingsplanen, skal der indhentes fornyet samtykke.

Stk. 3. Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke.

Information

§ 4. En patient, der er fyldt 15 år, har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre behandlingsmuligheder samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Stk. 3. Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information, jf. § 6.

§ 5. Informationen skal gives mundtligt og bør suppleres med skriftligt informationsmateriale ved større indgreb og komplicerede behandlinger.

Stk. 2. Informationen skal gives på et sådant tidspunkt, at der er tid til spørgsmål og fornøden overvejelse.

Stk. 3. Informationen skal gives på en sådan måde og i et sådant omfang, at patienten i den nødvendige udstrækning forstår indholdet og betydningen af informationen.

Retten til ikke at vide

§ 6. Patienten har ret til at frabede sig information om sin aktuelle helbreds- og behandlingssituation og om sygdomme, der kan bryde ud senere i livet.

Kapitel 2

Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv.

§ 7. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner i forbindelse med behandling af patienten videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private oplysninger og andre fortrolige oplysninger.

Stk. 2. Med patientens samtykke kan sundhedspersoner endvidere til andre formål end behandling videregive oplysninger som nævnt i stk. 1, til myndigheder, organisationer, private personer m.fl.

Stk. 3. Oplysninger omfattet af stk. 1 og 2 kan fx være sygdomsoplysninger eller oplysninger om en persons helbredsforhold, herunder kontakt med sundhedsvæsenet, sociale problemer, misbrug af nydelsesmidler eller lignende, straffbare forhold, privat økonomi, gæld, formue og skatteforhold.

§ 8. Et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv. skal være afgivet af en patient, der er fyldt 15 år. Patienten skal være i stand til at overskue konsekvenserne af sine handlinger.

Stk. 2. Samtykket skal basere sig på fyldestgørende information. Samtykket skal indeholde oplysninger om, hvilken type oplysninger, der må videregives, til hvem og til hvilket formål.

Stk. 3. Samtykket skal være frivilligt.

Stk. 4. Kan en patient ikke selv varetage sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder efter loven i det omfang, dette er nødvendigt for at varetage patientens interesser i den pågældende situation.

Videregivelse i forbindelse med behandling

§ 9. Samtykke til videregivelse i forbindelse med behandling, jf. § 7, stk. 1, skal være udtrykkeligt, mundtligt eller skriftligt, og skal gives i forbindelse med det aktuelle behov for videregivelse.

Stk. 2. Samtykket skal gives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger.

Stk. 3. Samtykket kan tilbagekaldes, så længe videregivelse ikke er sket.

§ 10. Videregivelse af de i § 7, stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

- 1) det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov,
- 2) videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre, eller
- 3) videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Stk. 2. Ved videregivelse efter stk. 1, nr.1, kan patienten på ethvert tidspunkt af det aktuelle behandlingsforløb frabede sig, at oplysningerne videregives.

§ 11. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør om betingelserne i § 10, stk. 1, for videregivelse uden patientens samtykke er opfyldt.

Stk. 2. Såfremt der videregives oplysninger efter § 10, stk.1, nr. 2, skal den, oplysningerne angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed.

Videregivelse til andre formål

§ 12. Samtykke til videregivelse til andre formål skal være skriftligt og skal gives i forbindelse med det aktuelle behov for videregivelse. Kravet om skriftlighed kan fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor.

Stk. 2. Samtykke skal gives til den person, der er i besiddelse af og skal videregive oplysninger.

Stk. 3. Samtykke efter stk. 1 bortfalder senest et år efter det er givet.

Stk. 4. Samtykket kan tilbagekaldes, så længe videregivelse ikke er sket.

§ 13. Videregivelse af de i § 7, stk. 2, jf. stk. 1, nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

- 1) det følger af lov eller bestemmelser fastsat i lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling,
- 2) videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre, eller
- 3) videregivelse er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

§ 14. Den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør om betingelserne i § 13 for videregivelse uden patientens samtykke er opfyldt.

Stk. 2. Såfremt der videregives oplysninger efter § 13, nr. 2, skal den, oplysningen angår, snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed.

Kapitel 3

Videregivelse af helbredsoplysninger mv. til tredjelande

§ 15. Der må kun videregives oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private oplysninger og andre fortrolige oplysninger til et tredjeland, såfremt dette land sikrer et tilstrækkeligt beskyttelsesniveau, jf. dog stk. 3.

Stk. 2. Vurderingen af, om beskyttelsesniveauet i et tredjeland er tilstrækkeligt, sker på grundlag af samtlige de forhold, der har indflydelse på en videregivelse, herunder navnlig oplysningernes art, behandlingens formål og varighed, oprindelseslandet og det endelige bestemmelsesland, samt de retsregler, regler for god forretningsskik og sikkerhedsforanstaltninger, som gælder i tredjelandet.

Stk. 3. Udover de i stk. 1 nævnte tilfælde kan der videregives helbredsoplysninger mv. til et tredjeland, såfremt

- 1) den registrerede har givet samtykke,
- 2) videregivelse er nødvendig eller følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov for at beskytte en vigtig samfundsmæssig interesse eller for, at et retskrav kan fastlægges, gøres gældende eller forsvares,
- 3) videregivelse er nødvendig for at beskytte patientens vitale interesser, eller
- 4) videregivelse finder sted fra et register, der ifølge lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov er tilgængeligt for offentligheden eller for personer, der kan godtgøre at have en berettiget interesse heri, i det omfang de i lovgivningen fastsatte betingelser for offentlig tilgængelighed er opfyldt i det specifikke tilfælde.

Stk. 4. Reglerne i kapitel 5 i lov om patienters retsstilling finder i øvrigt anvendelse ved videregivelse af oplysninger til tredjelande efter stk. 1 og 3.

§ 16. Ved tredjeland, jf. § 15, forstås en stat, som ikke indgår i Det Europæiske Fællesskab, og som ikke har gennemført aftaler, der er indgået med det Europæiske Fællesskab, som indeholder regler svarende til direktiv 95/46/EF af 24. oktober 1995 om beskyttelse

af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger.

Kapitel 4
Ansvar mv.

§ 17. Ansvar for at der foreligger det nødvendige informerede samtykke til behandling og til videregivelse af helbredsoplysninger mv., påhviler den for behandlingen ansvarlige sundhedsperson.

§ 18. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Journalføring

§ 19. Den for behandlingen ansvarlige sundhedsperson skal sørge for, at det af patientjournalen fremgår, hvilken information, der er givet, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet i relation til behandling eller til videregivelse af helbredsoplysninger mv. til behandling eller til andre formål, jf. Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring) og Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 236 af samme dato om lægers journalføring og øvrige gældende regler vedrørende autoriserede sundhedspersoners journalføring.

Stk. 2. Det skal også af patientjournalen fremgå, hvilke helbredsoplysninger, der er behandlet, til hvilket formål, hvem der har modtaget oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer, jf. lov om patienters retsstilling § 20.

Kapitel 5
Ifkraftræden mv.

§ 20. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. oktober 1998.

Stk. 2. Samtidig ophæves Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 163 af 22. september 1992 om information og samtykke mv. »Lægers pligt og patienters ret«.

Cirkulære nr. 157 af 15.9. 1998

om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter mv.

(Til landets læger)

I medfør af § 2 og § 5 i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 663
af 14. september 1998 om livstestamenter, fastsættes:

Livstestamenter

§ 1. Ved et livstestamente forstås en skriftlig erklæring, i hvilken en person der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, jf. værgemålslovens § 5, tilkendegiver, at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor personen er uafvendeligt døende eller i en situation, hvor uhelbredelige og svært invaliderende lidelser har medført, at personen varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Stk. 2. Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse, jf. lov om patienters retsstilling § 17, stk. 3.

§ 2. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en formular, som skal anvendes i forbindelse med oprettelse og registrering af et livstestamente.

Stk. 2. Livstestamenteformularen indeholder følgende muligheder for at tilkendegive sine ønsker,

- 1) at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende,
- 2) at der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

§ 3. Et livstestamente får først virkning fra det tidspunkt, hvor en patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, og en læge har konstateret, at patienten befinder sig i en tilstand beskrevet i livstestamenteformularen, jf. § 2, stk. 2, nr. 1) og 2).

Livstestamenteregistret på Rigshospitalet

§ 4. Der er på Rigshospitalet oprettet et Livstestamenteregister, hvor den enkelte borger har mulighed for at lade et livstestamente registrere, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse om livstestamenter § 6.

Lægens vurdering

§ 5. Lægen skal altid foretage en vurdering af patientens tilstand og udsigterne til bedring samt mulighederne for behandling.

Stk. 2. Lægen vurderer, om patienten er uafvendeligt døende, jf. livstestamenteformularens pkt. 1), eller om patienten befinder sig i en tilstand, hvor uhelbredelige og svært invaliderende lidelser har medført, at den pågældende varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, jf. livstestamenteformularens pkt. 2).

Lægens pligter

Forudgående tilkendegivelse (livstestamente)

§ 6. Såfremt lægen, i tilfælde hvor patienten ikke selv er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende, jf. § 2, stk. 2, nr. 1, eller påtænker at fortsætte livsforlængende behandling i en situation som nævnt i § 2, stk. 2, nr. 2), skal lægen kontakte Livstestamenteregistret, jf. § 4, med henblik på at undersøge, om der foreligger et livstestamente.

§ 7. Lægen skal respektere et livstestamente, hvori patienten har ønsket ikke at få livsforlængende behandling i en situation, hvor den pågældende er uafvendeligt døende, jf. § 2, stk. 2, nr. 1, (formularens pkt. 1).

Stk. 2. Indeholder et livstestamente et ønske som nævnt i § 2, stk. 2, nr. 2) (formularens pkt. 2) er dette ønske vejledende for lægen, og skal derfor indgå i lægens overvejelser om videre behandling.

Aktuel tilkendegivelse

§ 8. Et livstestamente kan tilbagekaldes ved en utvetydig tilkendegivelse i forbindelse med en aktuel sygdomssituation, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse om livstestamenter § 7, stk. 2.

Stk. 2. En patient kan også, jf. lov om patienters retsstilling § 16, stk. 1, i forbindelse med en aktuel sygdomssituation tilkendegive, at livsforlængende behandling ikke ønskes. Lægen vil herefter være forpligtet til at følge patientens ønsker. Denne pligt gælder også, hvor inhabilitet eventuelt senere indtræder hos patienten, fx bevidstløshed.

Ingen tilkendegivelse

§ 9. Uanset at den uafvendeligt døende patient ikke har tilkendegivet sine ønsker i et livstestamente eller i den aktuelle sygdomssituation og ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan lægen undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling, jf. lov om patienters retsstilling § 16, stk. 2, jf. § 17, stk. 3.

Smertestillende midler mv.

§ 10. En uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selvom dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Journalføring

§ 11. Der skal i hvert enkelt tilfælde i patientjournalen føres nøjagtige optegnelser over lægens vurdering af patientens tilstand og grundlaget herfor, jf. Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring) og Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 236 af 19. december 1996 om lægers journalføring.

Stk. 2. Der skal ligeledes i patientjournalen føres nøjagtige optegnelser over, hvem der har rettet henvendelse til Livstestamenteregistret, herunder hvornår henvendelsen fandt sted samt resultatet heraf.

Stk. 3. Der skal tillige i patientjournalen føres nøjagtige optegnelser over tilkendegivelser i øvrigt fra patienten.

Ansvar mv.

§ 12. Ansvar for, at bestemmelserne i cirkulæret er opfyldt, påhviler den for behandlingen ansvarlige læge.

§ 13. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledning af 15. september 1998 om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter mv.

Ikrafttræden

§ 14. Cirkulæret træder i kraft den 1. oktober 1998.

Sundhedsstyrelsen, den 15. september 1998
Einar Krag

om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter

(Til landets læger)

1. Indledning

Lov om patienters retsstilling § 16 indeholder regler om behandling af uafvendeligt døende.

Lov om patienters retsstilling § 17 indeholder regler om livstestamenter. Ved at oprette et livstestamente kan en person, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, jf. værgemålslovens § 5, udtrykke ønsker til behandling, hvis den pågældende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves.

Lov om patienters retsstilling §§ 16 og 17 er optaget som bilag til denne vejledning.

2. Formålet med vejledningen

Vejledningen knytter sig til Sundhedsstyrelsens cirkulære af 15. september 1998 om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter mv.

Det skal understreges, at livstestamenter først får betydning i det øjeblik, en patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret.

Vejledningen beskriver dels de to situationer, der er indeholdt i Sundhedsstyrelsens livstestamenteformular, hvor der ikke ønskes livsforlængende behandling, dels den praktiske fremgangsmåde lægen skal følge, når det skal undersøges, om der er registreret et livstestamente.

3. Livstestamenteregister på Rigshospitalet

Der er på Rigshospitalet oprettet et Livstestamenteregister, hvor den enkelte borger har mulighed for at lade et livstestamente registrere, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 663 af 14. september 1998 om livstestamenter § 6.

Hvis en læge i tilfælde, hvor en patient er uafvendeligt døende og ikke er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af patienten eller påtænker at fortsætte livsforlængende behandling af en patient, der er i en

situation, hvor sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, skal lægen kontakte Livstestamenteregistret med henblik på at undersøge, om der er registreret et livstestamente.

Lægen skal dog ikke rette henvendelse til registret, hvis en patient i forbindelse med en aktuell sygdomssituation utvetydigt har tilkendegivet, at et livstestamente ønskes tilbagekaldt.

4. Uafvendeligt døende

Ifølge cirkulære om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter mv. § 2, stk. 2, nr. 1) kan en person, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, jf. værgemålslovens § 5, i et livstestamente tilkendegive, at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor den pågældende er uafvendeligt døende.

Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Det er ikke muligt generelt at definere i hvilke situationer og indenfor hvilke tidsrammer en patient er uafvendeligt døende. I relation til indholdet af et livstestamente er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at en patient er uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde indenfor dage til uger trods anvendelse af de udfra den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens eventuelle følgetilstande foreliggende behandlingstilbud.

Som eksempler kan nævnes:

- a) Patienter, der er i slutfasen af cancersygdom, og som ikke viser tegn på bedring eller lindring som følge af behandling.
- b) Patienter med uopretteligt svigt af flere organsystemer (fx hjerte, lunger, nyrer, lever), hvor man trods maksimal understøttende behandling ser fortsat forværring af de fysiologiske funktioner.

5. Svært invaliderende lidelser

Ifølge cirkulærets § 2, stk. 2, nr. 2) kan en person endvidere i et livstestamente tilkendegive, at der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at den pågældende varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Det drejer sig om de mest håbløse former for uhelbredelige og svært invaliderende lidelser. Som eksempler kan nævnes:

Cerebrale lidelser

Svær demens (Alzheimer og lignende), invaliderende følger efter appoplexia cerebri, efter cerebrale traumer og efter hjertestop: Patienter, der er så svært hjerneskadede, at de hverken opfatter, hvad der meddeles dem eller er i stand til selv at meddele sig til deres omgivelser (impressiv og ekspressiv afasi) og er ude af stand til at klare sig selv og derfor fuldstændig afhængige af andres hjælp.

Pulmonale lidelser

Terminal respirationsinsufficiens: Patienter, der lider af en fremadskridende lungesvækkelse, uden ledsagende behandlelig sygdom, hvor lungelidelsen er så fremskreden, at kun en respiratorbehandling kan forlænge livet.

Rygmarvslidelser

Højt medullært tværsnitssyndrom: Patienter, der på grund af svære læsioner af eller sygdom i den forlængede rygmarv er totalt lammede og ude af stand til at meddele sig til omverden.

6. Lægens vurdering

På baggrund af sit kendskab til patientens aktuelle tilstand, vurderer lægen, hvorvidt en patient er uafvendeligt døende eller befinder sig i en tilstand, hvor sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv.

I nogle tilfælde kan lægen allerede på baggrund af et godt kendskab til patienten vurdere, at patienten befinder sig i en tilstand, som ovenfor beskrevet, jf. pkt. 4 og pkt. 5.

I andre tilfælde vil en vurdering af patientens tilstand kræve nærmere undersøgelse og behandling. Er lægen i tvivl om patientens tilstand, skal lægen behandle patienten, indtil tilstanden er afklaret.

7. Lægens pligter

7.1. Forudgående tilkendegivelse (livstestamente)

7.1.1 Uafvendeligt døende

Hvis lægen vurderer, at patienten er uafvendeligt døende, og patienten har fået registreret et livstestamente, hvorefter der ikke ønskes livsforlængende behandling i en sådan situation (livstestamenteformularens pkt. 1), skal lægen ophøre med behandling af patienten. Livstestamentet er i denne situation bindende for lægen.

7.1.2 Svært invaliderende lidelser

Hvis lægen vurderer, at patienten befinder sig i en tilstand, hvor uhelbredelige og svært invaliderende lidelser har medført, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, og patienten har fået registreret et livstestamente, hvorefter der ikke ønskes behandling i en sådan situation (livstestamenteformularens pkt. 2), er dette ønske vejledende for lægen. Lægen skal derfor lade ønsket indgå i sine overvejelser om videre behandling.

7.2 Aktuell tilkendegivelse

Har en patient i forbindelse med en aktuell sygdomssituation tilkendegivet, at livsforlængende behandling eller anden behandling ikke ønskes, er ønsket bindende for lægen.

Går den aktuelle tilkendegivelse ud på at tilbagekalde et livstestamente, er denne tilkendegivelse også bindende for lægen.

7.3 Ingen tilkendegivelse

I en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende, og der ikke foreligger nogen tilkendegivelse fra patienten i form af livstestamente eller aktuel tilkendegivelse, om at livsforlængende behandling eller anden behandling ikke ønskes, kan lægen beslutte at undlade at påbegynde eller fortsætte behandling, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden.

7.4 Smertestillende midler

Den uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selvom dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

8. Praktisk fremgangsmåde

Henvendelser til Livstestamenteregistret på Rigshospitalet, jf. pkt. 3, kan ske på alle dage og på alle tidspunkter af døgnet, men bedes om muligt foretaget på hverdage indenfor normal åbningstid. Telefonnummeret er 35 45 52 69.

Lægen skal ved henvendelse til registret opgive sit navn og et telefonnummer, hvortil der kan ringes tilbage, samt patientens navn og personnummer. Lægen vil som en kontrolforanstaltning blive bedt om at opgive sit personnummer.

Livstestamenteregistret vil herefter ringe lægen op. Lægen skal bekræfte sine oplysninger om patientens navn og personnummer. Registrerede oplysninger om patientens tilkendegivelser i et livstestamente vil blive læst op, og lægen vil blive bedt om at gentage det oplyste.

Denne telefoniske besked til lægen er den endelige besked, som lægen skal journalføre, jf. Sundhedsstyrelsens cirkulære om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter mv. § 11.

Bilag: Lov om patienters retsstilling §§ 16 og 17.

Bilag

Behandling af uafvendeligt døende

§ 16. En uafvendeligt døende patient kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden.

Stk. 2. Såfremt en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan en sundhedsperson undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling, jf. § 17, stk. 3.

Stk. 3. En uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Livstestamenter

§ 17. Enhver, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan oprette et livstestamente.

I livstestamentet kan den pågældende udtrykke sine ønsker med hensyn til behandling, hvis vedkommende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af patienten selv.

Stk. 2. I et livstestamente kan optages bestemmelser om, at

- 1) der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende, og
- 2) der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at testator varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Stk. 3. Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Stk. 4. Såfremt en sundhedsperson, i tilfælde hvor patienten ikke selv er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende eller påtænker at fortsætte livsforlængende behandling i en situation som nævnt i stk. 2, nr. 2, skal sundhedspersonen kontakte Livstestamenteregistret, jf. § 18, med henblik på at undersøge, om der foreligger et livstestamente.

Stk. 5. Testators ønske i medfør af stk. 2, nr. 1, er bindende for sundhedspersonen, medens et ønske efter stk. 2, nr. 2, er vejledende for sundhedspersonen og skal indgå i dennes overvejelser om behandling.

Sundhedsstyrelsen, den 15. september 1998

Einar Krag

om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

(Til landets læger og andet sundhedspersonale)

1. Indledning

Vejledningen knytter sig til Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Bestemmelserne i patientretsstillingsloven (lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling) har til formål at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres. Loven indeholder bl.a. regler om sundhedspersoners pligt til at give information og indhente samtykke til behandling mv. og om betingelserne for sundhedspersoners videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling eller til andre formål. Bestemmelserne er blevet smidiggjort i forhold til tidligere lovgivning. Patienten skal således ikke løbende give sit samtykke i forbindelse med behandling mv. og i forbindelse med videregivelse af helbredsoplysninger mv. Det forudsætter imidlertid, at patienten er fuldt informeret om, at patienten altid vil kunne nægte en given undersøgelse, behandling eller videregivelse af helbredsoplysninger mv., medmindre andet fremgår af lovgivningen.

Vejledningens formål er at præcisere og uddybe disse bestemmelser i patientretsstillingsloven.

2. Samtykke til behandling

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, jf. lovens § 6, stk. 1.

Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret. Et samtykke til behandling (undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag mv. over for den enkelte patient, jf. lovens § 3) er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling. Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information. Der er tale om en dialog, hvor patient og sundhedsperson udveksler oplysninger, stiller spørgsmål og opnår enighed om, hvilken

behandling der skal iværksættes. For at man kan tale om et gyldigt samtykke, kræver dette, at patienten er i stand til at overskue konsekvenserne på baggrund af den givne information.

2.1 Samtykkekompetence

2.1.1 Mindreårige

For at kunne udøve sin selvbestemmelsesret skal patienten være fyldt 15 år og være i stand til at overskue konsekvenserne af et samtykke, jf. lovens § 8, stk. 1.

Hvis en patient på 15-17 år ikke er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give samtykke til behandling, jf. lovens § 8, stk. 2.

Selvbestemmelsesretten gælder, uanset hvilken behandling patienten skal tage stilling til. Selvbestemmelsesretten gælder fx også, hvis en 15-17-årig, der tilhører det religiøse samfund Jehovas Vidner, beslutter sig til ikke at ville modtage en livsvigtig blodtransfusion. Sygdommens alvor og behandlingens karakter kan have betydning for vurderingen af, hvorvidt en 15-17-årig er i stand til at overskue konsekvenserne af sin stillingtagen.

Er patienten under 15 år, er det forældremyndighedens indehaver, der skal give samtykke, men patienten skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten. Der skal lægges vægt på den under 15-åriges tilkendegivelser, jf. lovens § 11.

Forældremyndighedens indehaver skal træffe en beslutning, der tilgodeser den mindreåriges tarv og interesser. Efter lov om social service § 44 kan børn- og unge-udvalget i kommunen træffe beslutning om at gennemføre undersøgelse og behandling, hvis indehaveren af forældremyndigheden undlader at lade et barn eller en ung undersøge eller behandle for en livstruende sygdom eller en sygdom, der udsætter barnet eller den unge for betydelig og varig nedsat funktionsevne.

I situationer, hvor hensynet til barnets eller den unges øjeblikkelige behov ikke kan afvente en afgørelse fra børn- og unge-udvalget, kan der i medfør af § 45 i lov om social service træffes en foreløbig afgørelse.

Hvis forældrenes beslutning om at undlade at lade barnet behandle ikke er livstruende for barnet eller ikke risikerer at medføre betydelig og varig funktionsnedsættelse, er der ikke hjemmel til at tvangsbehandle.

Der kan i anden lovgivning være hjemmel til, at der i relation til behandling af mindreårige ikke skal indhentes samtykke fra forældremyndighedens indehaver, jf. lov om svangerskabsafbrydelse § 6, stk. 2 og lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp § 11, stk. 2.

2.1.2 Voksne patienter uden evne til at give samtykke

2.1.2.1 Varigt inhabile

Når der er tale om patienter, der varigt mangler evnen til at give samtykke, kan de nærmeste pårørende give samtykke til behandling. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter kompetence til at træffe beslutninger vedrørende helbredsforhold, jf. værgemålslovens § 5, kan informeret samtykke dog gives af værgen, jf. lovens § 9, stk. 1.

Patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke til behandling, kan være mennesker med nedsat psykisk funktionsevne, hvad enten denne tilstand er opstået

ved fødslen eller er opstået senere, som tilfældet er for demente personer. Endvidere vil kronisk sindslidende og sindslidende med langvarige sygdomsforløb ofte kunne henregnes til denne gruppe af patienter. Det afgørende er, om de pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag mv.

Ved nærmeste pårørende forstås: Samlevende ægtefælle eller samlever, partner i et registreret parforhold, slægtninge i lige linie, og efter omstændighederne søskende. Adoptivbørn og plejebørn vil også kunne betragtes som nærmeste pårørende. Efter omstændighederne, navnlig hvor der ikke er en ægtefælle, samlever eller børn, vil slægtninge, som patienten er nært knyttet til eller nært besvogret med, også kunne betragtes som nære pårørende. Familieforholdet behøver ikke altid være det afgørende. Også en person, som patienten er nært knyttet til, vil i den konkrete situation kunne anses for nærmeste pårørende fx en ven, en bistandsværge eller en støtte- og kontaktperson.

Hvis de nærmeste pårørende eller værger forvalter samtykket på en måde, der åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan sundhedspersonen gennemføre behandlingen, såfremt vedkommende embedslægeinstitution giver sin tilslutning hertil, jf. lovens § 9, stk. 4.

Hvis der hverken er nærmeste pårørende eller udpeget en personlig værge, kan sundhedspersonen gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden sundhedsperson, der har faglig indsigt på området og som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af patienten, giver sin tilslutning hertil, jf. lovens § 9, stk. 2. Den anden sundhedsperson skal være uvildig, hvorfor der ikke må eksistere et over-/underordningsforhold mellem de to sundhedspersoner.

Den anden sundhedsperson kan fx være en overlæge fra en anden afdeling.

Tilslutningen fra en anden sundhedsperson, jf. lovens § 9, stk. 2, og fra embedslægen, jf. § 9, stk. 4, skal vedrøre et konkret behandlingsforslag, og de pågældende skal varetage patientens interesser og behov, men de kan ikke indtræde i patientens rettigheder efter loven, jf. lovens § 5.

Hvis behandlingen er af mindre indgribende karakter med hensyn til omfang og varighed, kan sundhedspersonen i de nævnte tilfælde, hvor der ikke er værge eller nærmeste pårørende, gennemføre behandlingen uden at inddrage en anden sundhedsperson.

Selvom patienten generelt set mangler evne til at forstå en information og til at overskue konsekvenserne af et samtykke, kan den pågældende på enkeltområder være i stand til at give et gyldigt samtykke. Der skal derfor i så vid udstrækning som muligt gives information til og indhentes samtykke fra patienten selv. Det kan efter en konkret vurdering af patientens evne til at give samtykke være samtykke til visse former for behandling eller visse dele af en behandling. Patientens beslutning om behandling bør accepteres fremfor et stedfortrædende samtykke. Det er vigtigt, at patientens selvbestemmelsesret ikke bortfalder i større udstrækning, end der er grundlag for, jf. også lovens § 11.

Efter patientretsstillingslovens § 11 skal en patient, der ikke selv kan give informeret samtykke, informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten. Der skal lægges vægt på patientens tilkendegivelser.

Det skal understreges, at hvis en patient i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende ikke vil behandles, er der, uanset samtykke fra værge eller pårørende, ikke hjemmel til at gennemføre behandlingen med tvang.

2.1.2.2 Midlertidigt inhabile

Pårørende kan ikke på en midlertidigt inhabil patients vegne give samtykke til behandling i situationer, hvor der ikke er et øjeblikkeligt behandlingsbehov.

2.1.2.3 Øjeblikkeligt behandlingsbehov

I situationer, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for at overleve eller for at opnå et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge, jf. lovens § 10.

Det gælder både, når patienten midlertidigt er ude af stand til at tage stilling til behandling fx på grund af bevidstløshed og ved behandling af patienter, der varigt er ude af stand til at give samtykke til behandling eller er under 15 år.

Dette svarer til, hvad der i øvrigt må antages at følge af en almindelig nødretsgrundsætning, og bestemmelsen skal ses i sammenhæng med lægelovens § 7, stk. 1 og bestemmelserne i straffelovens §§ 250 og 253.

2.2 Frivillighed

Et samtykke skal være frivilligt. Et samtykke, der er givet under pres, tvang eller svig er ikke gyldigt.

Hvis sundhedspersonen tilbageholder væsentlige oplysninger for patienten, og vedkommende derfor ikke får et tilstrækkeligt grundlag at tage stilling på, kan der efter omstændighederne rejses tvivl om, der er tale om et frivilligt samtykke.

Sundhedspersonen bør naturligvis tilkendegive over for patienten, hvad der efter den pågældendes opfattelse vil være det fagligt bedste for patienten, men sundhedspersonen skal være varsom med at gå så langt i sine overtalelser, at der kan blive tale om utilbørlig påvirkning af patienten.

Behandling mod patientens vilje kan efter omstændighederne være både strafbart og erstatningspådragende, medmindre der findes særlige regler om tvangsmæssig behandling, jf. lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (ændret ved lov nr. 403 af 26. juni 1998 med ikrafttræden den 1. januar 1999) og lov nr. 114 af 21. marts 1979 om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme.

Patienten kan ikke selv bestemme behandlingen. Det er sundhedspersonen, der er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen. Sundhedspersonen bør dog i videst muligt omfang, selvom patienten ønsker en anden behandling end den sundhedspersonen finder fagligt mest korrekt, behandle patienten efter omstændighederne bedst muligt.

En patient kan på et hvilket som helst tidspunkt standse en behandling ved at nægte yderligere medvirken eller ved at forlange sig udskrevet, fx fra sygehus, jf. lovens § 6, stk. 2.

2.3 Samtykkets indhold

Samtykket skal være givet til en konkret behandling. I kravet herom ligger, at et samtykke skal være konkretiseret i den forstand, at det er klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter. Det skal være klart, hvilken behandling, herunder behandlingsmetode, der må foretages, og hvad der er formålet med behandlingen.

Samtykket skal være informeret, og sundhedspersonen må således sikre sig, at patienten er tilstrækkeligt informeret om behandlingen til at vide, hvad han/hun giver samtykke til, jf. lovens § 6, stk. 3, jf. § 7. Den information, som sundhedspersonen giver til patienten, er med til at præcisere og konkretisere samtykkets rækkevidde.

Samtykket skal også være aktuelt, det vil sige givet til behandling, der skal foretages i nærmeste fremtid og ikke på et uvist tidspunkt i fremtiden.

Sundhedspersonen har pligt til at sikre sig samtykke til behandling inden den iværksættes. Dette er særlig relevant i forbindelse med operative indgreb, hvor man ikke løbende kan indhente samtykke fra patienten. Sundhedspersonen skal derfor, inden behandlingen iværksættes, oplyse om mulige komplikationer og hvilke fund, der vil kunne gøres under operationen, og sikre sig, at patienten har taget stilling hertil og på den baggrund givet sit samtykke, såfremt der skulle vise sig noget uventet under operationen.

Hvis der er tvivl om samtykkets rækkevidde, bør sundhedspersonen undlade at behandle, medmindre der foreligger en situation, hvor behandling er absolut nødvendig, jf. lovens § 10.

Hvis der kommer nye oplysninger, eller der sker ændringer i behandlingsplanen, skal der indhentes fornyet samtykke.

Det er, bortset fra livstestamenter, ikke muligt at give en egentlig forhåndstilkendegivelse om hvilken behandling man ønsker, hvis man kommer i en situation, hvor man ikke selv er i stand til at tage stilling.

I forbindelse med en aktuel behandling er det dog muligt at tilkendegive, hvorledes man ønsker den videre behandling udført, hvis man under behandlingen kommer i en situation, hvor man ikke mere er i stand til selv at tage stilling.

2.4 Samtykkets form

Et samtykke til behandling kan foreligge udtrykkeligt, mundtligt eller skriftligt eller efter omstændighederne stiltiende, jf. lovens § 6, stk. 4.

Et udtrykkeligt samtykke foreligger, når patienten bevidst og konkret giver udtryk for, at han/hun er indforstået med den påtænkte behandling. Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt.

Et mundtligt samtykke er tilstrækkeligt for, at sundhedspersonen kan indlede eller fortsætte en behandling, men det skal fremgå af patientens journal, hvilken information patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund af denne.

Et skriftligt samtykke vil sjældent være nødvendigt og patienten har ikke pligt til at underskrive et sådant.

Det kan dog i særlige situationer være hensigtsmæssigt, at sundhedspersonen anmoder om et skriftligt samtykke. Det kan fx være, når der er tale om større indgreb og komplicerede behandlinger med risiko for omfattende komplikationer, og hvor sundhedspersonen vil være sikker på, at der ikke efterfølgende kan blive rejst tvivl om samtykkets indhold.

Et stiltiende samtykke foreligger, hvor patientens signaler og opførsel må forstås således, at der foreligger et samtykke på baggrund af den givne information. Et stiltiende samtykke vil kun være gyldigt, hvis det er utvivlsomt, at patienten gennem sin adfærd har tilkendegivet enighed om behandlingsforslaget eller dele heraf.

Et stiltiende samtykke vil som hovedregel kun være aktuelt i forbindelse med enkelte delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb. Hvis fx en patient kommer til en konsultation hos sin praktiserende læge, må lægen kunne gå ud fra, at patienten stiltiende har givet sit samtykke til de almindelige undersøgelser, som foregår ved en sådan konsultation.

Hvis sundhedspersonen er det mindste i tvivl, om der er tilladelse fra patienten, bør udtrykkeligt mundtligt samtykke indhentes.

3. Information

For at et samtykke skal kunne tilægges betydning, skal patienten forud for sin stillingtagen have modtaget den nødvendige og tilstrækkelige information om behandlingsmuligheder, risici mv. I relationen mellem patient- og sundhedsperson gør der sig det særlige forhold gældende, at sundhedspersonen ofte har en viden, som patienten ikke har. Det gælder både viden om, hvad patienten fejler og behandlingsmuligheder mv.

3.1 Hvem har ret til information

Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, jf. lovens § 7, stk. 1.

Patientens pårørende har som udgangspunkt ikke krav på at blive informeret om patientens sygdom. Dette følger af, at der også i relation til de pårørende er tavshedspligt. Patienten kan give samtykke til, at de pårørende informeres. Herudover vil der kunne være situationer, hvor det er muligt at informere om patientens sygdom. Der henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende 1997.

3.1.1 Mindreårige

Patienter, der er fyldt 15 år, skal informeres og normalt også deres forældre. Forældrene skal informeres, selvom den, der er fyldt 15 år, selv kan give samtykke til behandling, jf. lovens § 8, stk. 1, 2. pkt.

Hvorvidt forældrene skal informeres om mindreårige 15-17 årige patienter, må vurderes ud fra bl.a. behandlingens karakter, sygdommens alvor, oplysningernes art, barnets/den unges alder og modenhed og behovet for opfølgning i hjemmet, herunder udøvelsen af forældrenes omsorgspligt.

Der kan også i den konkrete situation være tungtvejende hensyn til barnet/den unge, som taler for at undlade at informere forældremyndighedens indehaver om oplysninger, som den mindreårige har givet sundhedspersonalet.

Lovgivningen indeholder særlige undtagelser fra pligten til at informere forældrene til mindreårige børn. Det gælder fx lov om svangerskabsafbrydelse og lov om svangerskabs-hygijne og fødselshjælp, jf. under pkt. 2.1.1.

Børn under 15 år skal informeres, hvis de er modne nok til at forstå informationen, medmindre sundhedspersonen vurderer, at oplysningerne kan skade barnet, jf. lovens § 11.

3.1.2 Voksne uden evne til at give samtykke

Er der tale om en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, skal informationen gives til nærmeste pårørende eller værge, jf. under pkt. 2.1.2.1.

Den varigt inhabile patient skal også informeres i det omfang, vedkommende kan forstå behandlingssituationen, medmindre det vurderes, at oplysningerne vil kunne skade patienten, jf. lovens §11.

3.2 Informationens indhold

Oplysninger om helbredstilstand og behandlingsmuligheder omfatter alle for patienten relevante oplysninger om helbred, sygdom, undersøgelsesmetoder, forebyggelses- og behandlingsmuligheder, prognoser, risici, bivirkninger, komplikationer, herunder senfølger, mulighed for pleje osv. Sundhedspersonen skal informere om eventuelle andre fagligt ligeværdige behandlingsmuligheder.

Fyldestgørende information er betinget af god kommunikation mellem patient og sundhedsperson. Informationen skal indeholde tilstrækkelig oplysning om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger mv., således at patienten med mening kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet. Oplysningerne og omfanget heraf må hvile på den gældende, gode faglige norm på området.

I forbindelse med informationen skal sundhedspersonen tage udgangspunkt i, at patienten ikke har nogen forudsætninger, og vurdere, hvad der er væsentligt og relevant for patienten at vide. Herudover er sundhedspersonen naturligvis forpligtet til at svare på spørgsmål og give yderligere information.

Der er tale om minimumskrav til informationen. Den enkelte patients særlige situation kan bevirke, at yderligere information er nødvendig.

Sundhedspersonen har pligt til at give så megen information som er nødvendig for, at patienten kan overskue behandlingsforløbet samt eventuelle senfølger af behandlingen.

Da patienten også skal have mulighed for at tage stilling til, om der overhovedet ønskes behandling, skal der udover forskellige behandlingsmuligheder også informeres om konsekvenserne af, at der ikke iværksættes behandling.

3.3 Risiko for komplikationer og bivirkninger

Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger, jf. lovens § 7, stk. 4, 2. pkt.

Det er ikke muligt entydigt at fastsætte, i hvilket omfang sundhedspersonen har pligt til at informere om mulige komplikationer mv. i forbindelse med undersøgelse og behandling. Det må vurderes i forhold til sygdommens alvor, og til hvad man forventer at opnå ved den påtænkte undersøgelse/behandling.

Som udgangspunkt skal sundhedspersonen vurdere, om der er tale om:

- 1) alvorlige og ofte forekommende komplikationer mv.
- 2) alvorlige og sjældent forekommende
- 3) bagatelagtige og ofte forekommende eller

4) bagatelagtige og sjældent forekommende.

På grundlag af en sundhedsfaglig vurdering skal der i tilfælde 1) altid informeres. I tilfælde 2) og 3) skal der ofte informeres og i tilfælde 4) er det som udgangspunkt ikke påkrævet at informere.

De nævnte tilfælde indeholder en række mellemstadier, hvor det vil være overladt til det sundhedsfaglige skøn, i hvilken udstrækning og hvor grundigt, der bør informeres om risici for komplikationer og bivirkninger i forbindelse med en given behandling.

3.4 Retten til ikke at vide

Patienten har ret til at frabede sig information, jf. lovens § 7, stk. 2.

Patientens selvbestemmelsesret gælder således også, når patienten hellere vil afstå fra information om helbredstilstand, sygdomsprognose, behandlingsmuligheder osv. Patientens samtykke vil alligevel kunne betegnes som informeret, da den begrænsede information skyldes et bevidst valg fra patientens side.

Der må kræves en utvetydig tilkendegivelse fra patienten om, at vedkommende ikke ønsker at blive informeret.

Loven giver ikke mulighed for, at sundhedspersonen selv afgør, om en patient kan tåle at blive informeret om sin sygdom mv.

3.5 Videregivelse af helbredsoplysninger

Ud over helbredstilstand og behandlingsmuligheder skal patienten også informeres om, at der i forbindelse med behandling kan blive videregivet nødvendige helbredsoplysninger om patienten til andet sundhedspersonale, jf. lovens § 24, stk. 2, nr. 1). Patienten skal endvidere informeres om, at vedkommende har ret til at modsætte sig, at disse informationer videregives, jf. lovens § 24, stk. 3. Se nærmere under pkt. 4.2.

3.6 Informationens form

Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger som alder, modenhed, erfaring, uddannelsesmæssige baggrund, sociale situation og udtrykte ønsker, jf. lovens § 7, stk. 3.

Informationen skal altid gives mundtligt og kan, hvor det er hensigtsmæssigt, suppleres med skriftlig information. Skriftlig information kan især anvendes, hvor det drejer sig om større indgreb og komplicerede behandlinger, således at patienten har mulighed for at læse informationen igennem med henblik på at drøfte fordele og ulemper med sundhedspersonen.

Det sprog, der anvendes i såvel mundtlig som skriftlig information, skal være forståeligt for patienten og uden fagudtryk.

Den mundtlige information skal give patienten mulighed for at drøfte eventuelle særlige problemer i relation til behandling. Den mundtlige information skal endvidere give mulighed for at diskutere tvivlsspørgsmål og give sundhedspersonen mulighed for at sikre sig, at informationen er forstået.

Den skriftlige information kan indeholde generel information i de situationer, hvor det drejer sig om at forberede eller fastholde informationen.

I situationer, hvor behandlingen er af en sådan karakter, at der anmodes om et skriftligt samtykke, bør informationen i sin helhed foreligge skriftligt, men skal suppleres med mundtlig information.

En skriftlig information kan aldrig stå alene.

3.7 Øvrige forhold

Patienten skal informeres uden at anmode om det. Informationen skal i det mulige omfang gives i så god tid, at patienten har mulighed for at overveje situationen og eventuelt drøfte situationen med pårørende eller andre.

Patienten skal orienteres om muligheden for at have en bisidder med til den mundtlige information. Det kan fx være et familiemedlem, en ven, en patientrådgiver eller bistandsværge.

Hvis der er tale om en fremmedsproget patient, bør man nøje overveje behovet for tolkebistand. Det må i hvert enkelt tilfælde vurderes, om det er forsvarligt at anvende familiemedlemmer som tolk. Børn bør kun undtagelsesvist anvendes som tolke og kun i uproblematisk og lette tilfælde. Mindre børn bør aldrig anvendes som tolke. Hvis patientens pårørende kan benyttes i sådanne situationer, må det først undersøges, om patienten samtykker i, at de pårørende skal have adgang til oplysningerne.

Også personer med funktionshæmninger, bl.a. døve og blinde, har behov for tilpasset information.

3.8 Hvem skal give informationen

Pligten til at give information og til at indhente samtykke påhviler den behandlingsansvarlige sundhedsperson, jf. lovens § 12. Informationspligten foreligger, uanset om patienten selv har bedt om at få information.

Den pågældende skal sikre sig, at patienten har forstået den givne information, dvs. sin helbredstilstand, de forskellige behandlingsmuligheder og de risici for komplikationer og bivirkninger, der er forbundet med de forskellige indgreb mv.

Der er ikke noget i vejen for, at en behandlingsansvarlig sundhedsperson videregiver opgaven med at informere og at indhente samtykke til en anden sundhedsperson, men det er den behandlingsansvarlige sundhedsperson, der har ansvaret for, at patienten faktisk får information, og at informationen opfylder lovens krav.

4. Videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling af patienter

Patienter har krav på, at sundhedspersonale m. fl. iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold samt andre fortrolige oplysninger. Det er således en fundamental regel, at de oplysninger, en patient betror en sundhedsperson, bliver mellem patienten og den pågældende sundhedsperson og ikke videregives til uvedkommende. Patienten har et krav på beskyttelse af sit privatliv. Tavshedspligten er også en afgørende forudsætning for, at der kan etableres et tillidsforhold til sundhedspersonen. Tillidsforholdet er nødvendigt både af hensyn til patientens behandling og for at sikre en tilstrækkelig tiltro til og respekt

for sundhedspersonerne, og dermed også for at skabe en tillid i befolkningen til sundhedsvæsenet.

I patientretsstillingsloven er tavshedspligten nu også udformet som en egentlig patient-trettighed forstået både som en ret til at kræve fortrolighed fra sundhedspersonens side og som en ret til at bestemme over helbredsoplysninger.

4.1 Videregivelse med samtykke

Normalt vil det være sådan, at patienten samtykker i, at sundhedspersonen videregiver oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold af hensyn til, at patienten får den bedst mulige behandling. Dette gælder også oplysninger om andre rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, som kan være en forudsætning for at hjælpe patienten bedst muligt.

Respekten for den personlige integritet indebærer, at man spørger den enkelte patient om, hvad han/hun er interesseret i, der skal gøres. Ligesom patienten har selvbestemmelsesret i relation til at modtage eller afslå behandling, har patienten også selvbestemmelsesret, når der er tale om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Det skal understreges, at sundhedspersonen altid med patientens samtykke kan videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten, jf. lovens § 24, stk. 1.

Helbredsforhold skal forstås som oplysninger om en patients tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske tilstand, herunder om en persons kontakt med sundhedsvæsenet, fx at en person har været indlagt til behandling eller er indlagt samt oplysninger om medicinmisbrug og misbrug af narkotika, alkohol og lignende.

Andre oplysninger end helbredsoplysninger kan fx være oplysninger om patientens familiære forhold, sociale problemer, strafbare forhold, gæld, indkomst- og skatteforhold.

4.2 Videregivelse uden samtykke

I nogle situationer, jf. lovens § 24, stk. 2, nr. 1), 2) og 3) kan der dog ske videregivelse af helbredsoplysninger fra sundhedspersoner til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling, uden at patientens konkrete samtykke foreligger.

Videregivelse kan ske:

- 1) Når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov.

Bestemmelsen i § 24, stk. 1, nr. 1 er ny og skal sikre en mere smidig kommunikation vedrørende den enkelte patient i det aktuelle behandlingsforløb og under forudsætning af, at videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov.

Under det aktuelle behandlingsforløb vil patienten ofte forudsætte, at sundhedspersonen videregiver de helbredsoplysninger, som er nødvendige for den påtænkte behandling. Som en konsekvens af det informerede samtykke til behandling er der også givet et samtykke til, at sundhedspersonen kan videregive de for det aktuelle behandlingsforløb nødvendige helbredsoplysninger.

Der vil således kunne videregives helbredsoplysninger uden patientens konkrete samtykke fra den praktiserende læge til et sygehus, hvor den videre behandling skal ske. Tilsvarende vil der også kunne videregives oplysninger til de sundhedspersoner, der er involveret i behandlingen, til andre afdelinger på et sygehus eller til andre sygehuse som led i et aktuelt behandlingsforløb.

Også resultater af sygehuslaboratoriers og røntgenafdelingers undersøgelse, der foretages for patientens praktiserende læge, vil uden patientens samtykke kunne tilbagesendes til den rekvirerende læge. Der er ligeledes her tale om et aktuelt behandlingsforløb. Patienten har givet sit samtykke til at blive undersøgt og må naturligt forvente, at undersøgelsesresultatet videregives til den praktiserende læge med henblik på patientens fortsatte behandling hos denne.

I forbindelse med behandling på et sygehus er det ofte nødvendigt, at flere forskellige sundhedspersoner, der er involveret i patientens behandling, har adgang til patientens journal og oplysninger om patienten, for at de kan udføre deres arbejde bedst muligt af hensyn til patienten. Også uden bestemmelsen i lovens § 24, stk. 2, nr. 1, ville en sådan videregivelse være mulig.

Der vil kun kunne videregives helbredsoplysninger uden patientens konkrete samtykke, når det drejer sig om et aktuelt behandlingsforløb, hvor der er tale om at fortsætte eller følge op på en behandling. Er der ikke tale om et samlet og kontinuert behandlingsforløb, skal patientens samtykke indhentes.

Sundhedspersonen skal være opmærksom på, at der som hovedregel kun kan være tale om at videregive helbredsoplysninger, og ikke andre fortrolige oplysninger, medmindre disse har betydning for det aktuelle behandlingsforløb.

Såfremt det af praktiske grunde ikke er muligt at udskille disse oplysninger fra journalen, må patientens konkrete samtykke indhentes.

For at varetage hensynet til patientens privatliv fremgår det imidlertid af lovens § 24, stk. 3, at patienten på ethvert tidspunkt af det aktuelle behandlingsforløb kan frabede sig, at oplysningerne videregives. Der kan fx være tale om, at patienten ikke ønsker videregivelse generelt eller til en konkret sundhedsperson.

Patientens mulighed for at frabede sig videregivelse i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb forudsætter, at patienten er fuldt informeret om denne mulighed, enten konkret eller via generel patientinformation, jf. under pkt. 3.5. Sundhedspersonen skal sikre sig, at patienten har fået denne information og forstået rækkevidden af denne.

Hvis patienten ikke ønsker oplysninger videregivet, må sundhedspersonalet vurdere, om det er muligt at gennemføre behandlingen uden de nødvendige oplysninger, og patienten skal informeres om konsekvenserne for den fortsatte behandling af den manglende videregivelse.

Når der sker videregivelse uden patientens konkrete samtykke, er det en forudsætning, at der er tale om videregivelse af helbredsoplysninger, der er nødvendige/relevante for den aktuelle undersøgelse, behandling mv., og at videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov. Der kan derfor fx ikke ske automatisk videregivelse af udskrivningsbreve fra sygehus til patientens praktiserende læge. Det må i hvert enkelt tilfælde være en konkret vurdering af, om patienten skal fortsætte den aktuelle behandling hos den praktiserende læge.

Oplysninger om patientens helbredsforhold, der ikke er relevante for behandlingen og som fremgår af patientjournalen, må således ikke videregives uden patientens konkrete samtykke og skal sorteres fra. Oplysninger om andre fortrolige oplysninger end helbredsoplysninger vil normalt ikke kunne videregives, da disse oplysninger ikke vil være relevante for det aktuelle behandlingsforløb.

Den ansvarlige sundhedsperson har pligt til at sikre sig, at der ikke sker videregivelse af oplysninger, som ikke er relevante for det aktuelle behandlingsforløb.

Det vil således ofte være hensigtsmæssigt, at sundhedspersonen indhenter et konkret samtykke fra patienten, da det i praksis vil kunne være vanskeligt i epikriser og journaler at udskille oplysninger, som er relevante for det aktuelle behandlingsforløb, fra andre fortrolige oplysninger og helbredsoplysninger, som ikke er relevante for det aktuelle behandlingsforløb og derfor ikke kan videregives uden patientens samtykke.

2) Når videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

Videregivelse til varetagelse af en åbenbar almen interesse, hvorved forstås brede samfundsmæssige interesser, vil sjældent kunne finde sted.

Videregivelse af væsentlige hensyn til patienten kan være tilfælde, hvor en patient på grund af sin tilstand, fx bevidstløshed, er ude af stand til at give samtykke, og det af hensyn til patienten selv er afgørende nødvendigt at videregive helbredsoplysninger til andre sundhedspersoner for at patienten kan få den bedst mulige behandling. Der bør i denne situation også tages hensyn til patientens formodede ønsker.

Der er her tale om situationer, hvor der ikke er et igangværende aktuelt behandlingsforløb, jf. lovens § 24, stk. 2, nr. 1).

Reglen er en såkaldt »værdispringsregel«, der indebærer, at de hensyn, der taler for videregivelse til andre sundhedspersoner til brug for behandling af patienten, klart skal overstige hensynet til en patients ønske om fortrolighed.

Patienten skal snarest muligt orienteres om videregivelsen og formålet hermed, jf. lovens § 24, stk. 5.

3) Når videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Der kan være tale om stedfortræder for egen læge i følgende situationer:

- læger, der virker som vagtlæger
- en anden alment praktiserende læge ved egen læges forfald, samt
- en anden alment praktiserende læge, der behandler patienten.

Formålet er at sikre, at patientens egen læge er orienteret om den behandling, patienten har fået hos andre praktiserende læger. Denne viden kan være væsentlig med henblik på egen læges behandling af patienten samt for at forebygge dobbeltordination af lægemidler.

Da en patient har krav på anonymitet i forbindelse med HIV-undersøgelse, som bl.a. kan finde sted hos enhver praktiserende læge, kan der ikke ske videregivelse af undersøgelsesresultatet til egen læge.

Der kan kun videregives nødvendige oplysninger om den konkrete aktuelle behandling, som patienten har modtaget hos den stedfortrædende læge.

Der er tale om situationer, hvor viden om den behandling, patienten har fået hos den stedfortrædende læge, er væsentlig for egen læges behandling af patienten eller for at forebygge dobbeltordination. Hvis det er klart, at den stedfundne behandling hos stedfortrædende læge ikke skal følges op af behandling hos egen læge, vil der ikke være tale om nødvendig videregivelse, hvorfor videregivelse ikke må finde sted uden patientens konkrete samtykke.

Det skal her understreges, at en praktiserende læge ikke ved patientens skift til en anden læge kan sende patientens journal til denne uden patientens konkrete samtykke. Loven åbner imidlertid mulighed for at patienten kan give samtykke til den nye alment praktiserende læge, som herefter kan indhente journalen hos den tidligere læge.

5. Videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål

5.1 Videregivelse med samtykke

Med patientens skriftlige samtykke kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer, m.fl., jf. lovens § 26, stk. 1, jf. § 27, stk. 1.

Der kan således med patientens skriftlige samtykke videregives helbredsoplysninger mv. til andre personer, myndigheder m.fl. end de sundhedspersoner, der direkte er involveret i undersøgelse, behandling og pleje af patienten. Kravet om patientens skriftlige samtykke gælder, uanset om oplysningerne videregives inden for sundhedssektoren, fx til sygehusets administration eller til amtskommunen eller til private organisationer og virksomheder uden for sundhedssektoren.

Offentlige myndigheder kan i konkrete sager have behov for at få helbredsoplysninger om borgerne, fx i forbindelse med behandling af arbejdsskade- og sygedagpengesager. Tilsvarende kan private virksomheder også have et sådant behov, fx forsikringsselskaber.

Særligt for så vidt angår forsikringsselskaber henvises til Sundhedsministeriets vejledning af 14. september 1998 om aktindsigt i helbredsoplysninger, pkt. 5 samt Sundhedsstyrelsens vejledning af 28. januar 1997 om ligsyn og udstedelse af dødsattester mv. pkt. 13.1 om forsikringsselskabers adgang til dødsattestens oplysninger.

I den forbindelse skal det nævnes, at en fuldmagt til aktindsigt, til forskel fra et samtykke til videregivelse efter lovens § 26, stk. 1, jf. § 27, stk. 2, ikke automatisk mister sin gyldighed efter 1 år, omend fuldmagten ikke gælder i ubegrænset tid. Hvor længe en fuldmagt vil kunne gøres gældende, må bl.a. bero på, hvad patienten på underskriftstidspunktet på baggrund af fuldmagtens udformning og omstændighederne i øvrigt måtte regne med. Der må endvidere i almindelighed antages at være adgang for patienten til at tilbagekalde fuldmagten.

Arbejdsgiveres og forsikringsselskabers adgang til helbredsoplysninger er i øvrigt nærmere reguleret i lov nr. 292 af 24. april 1996 om brug af helbredsoplysninger mv. på

arbejdsmarkedet og i lov nr. 413 af 10. juni 1997 om ændring af lov om forsikringsaftaler og lov om tilsyn med firmapensionskasser. Disse love fastsætter begrænsninger for arbejdsgiveres og forsikringsselskabers mulighed for at indhente helbredsoplysninger om ansatte og forsikringstagere.

5.2 Videregivelse uden samtykke

I en række situationer kan der dog ske videregivelse af helbredsoplysninger mv., uden at patientens samtykke foreligger, jf. lovens § 26, stk. 2, nr. 1), 2) og 3). Det forudsættes dog, at sundhedspersonen i almindelighed, medmindre der foreligger særlige grunde, forinden en videregivelse finder sted, forsøger at indhente patientens samtykke. Dette skal ses i lyset af, at der er tale om videregivelse til andre formål end behandling. Af samme grund må der aldrig ske videregivelse af oplysninger i et videre omfang, end det er påkrævet efter formålet. Der må sikres en nøje gennemgang af relevansen af de oplysninger, der videregives.

Videregivelse kan ske:

- 1) Når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling.

Der findes i lovgivningen en række bestemmelser, der fastsætter en oplysningspligt for bl.a. læger, fx lægelovens § 11 og § 12, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 12, lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 19 og patientforsikringslovens § 17.

Ifølge lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (ikrafttræden den 1. januar 1999) § 3, stk. 6, kan den psykiatriske afdeling videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, jf. psykiatrilovens § 3, stk. 4. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m. fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m. fl.

Det er kun muligt at videregive de pågældende oplysninger, i det omfang disse må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling. Den person, der sidder inde med oplysningerne, har således krav på at få præciseret anmodningen.

Den pågældende sundhedsperson skal inden videregivelse frasortere ikke-relevante oplysninger enten ved overdækning i forbindelse med kopiering eller ved fx at tilbageholde dele af journalen.

I nogle tilfælde vil det være mest formålstjenligt at udfærdige en erklæring, redegørelse eller lignende til den pågældende myndigheder m.v.

- 2) Videregivelse er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

Der er også her tale om en såkaldt »værdispringsregel«. Bestemmelsen er kun relevant, hvis der ikke er fastsat udtrykkelige pligtudleveringsbestemmelser, jf. lovens § 26, stk. 2, nr. 1). Bestemmelsen giver mulighed for, at der både kan videregives oplysninger til offentlige myndigheder, private virksomheder og personer.

Bestemmelsen vil kunne finde anvendelse i forbindelse med videregivelse af oplysninger til politi og anklagemyndighed, således at videregivelse af oplysninger bl.a. vil være muligt, såfremt der er tale om efterforskning af alvorlig kriminalitet som manddrab, seksualforbrydelser, grovere vold mv., herunder vold mod børn.

En sundhedspersons mistanke om, at en patient har begået mindre grov kriminalitet, vil ikke kunne begrunde en tilsidesættelse af tavshedspligten.

Det er i den forbindelse uden betydning, om politiet fremsætter begæring om udlevering af oplysninger, eller der opstår spørgsmål om videregivelse på sundhedspersonens eget initiativ, fx i forbindelse med overvejelse om indgivelse af anmeldelse om strafbart forhold.

Inden for fængselsvæsenet vil der kunne videregives oplysninger fra fængselslæger til fængslets ledelse mv. om de indsatte, såfremt det er et nødvendigt led i fængslets virksomhed. Der kan fx være tale om videregivelse af oplysninger til brug for vurdering af, om der skal tages særlige forholdsregler over for den indsatte, iværksættes særlige sikringsmidler eller gøres begrænsninger i den indsatte friheder, herunder i udgangsordninger mv.

I nogle tilfælde vil betingelserne for videregivelse uden videre være opfyldt. Det gælder fx, hvor lovgivningen forudsætter et samvirke mellem flere myndigheder. Der vil fx som hidtil kunne udveksles oplysninger i forbindelse med mentalundersøgelser efter retsplejelovens § 809, ligesom resultatet af en blodprøve i sager om spirituskørsel, faderskabssager mv. vil kunne videregives uden samtykke.

Der kan også ske videregivelse uden samtykke, når en patient eller andre under opholdet på et sygehus har begået et strafbart forhold, eller der opstår mistanke herom. Der kan være tale om fx tyveri, hærværk og besiddelse af euforiserende stoffer. I sådanne tilfælde kan en sundhedsperson indgive anmeldelse til politiet, uanset kriminalitetens art eller grovhed.

Bestemmelsen vil også have betydning for, hvornår en sundhedsperson er berettiget til uden patientens samtykke at videregive oplysninger til pårørende. For så vidt angår videregivelse af fortrolige oplysninger til en patients pårørende, er dette uddybet i Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende 1997.

Der kan også i den konkrete situation ske videregivelse til andre af hensyn til sundhedspersonen. Hvis således en sundhedsperson kritiseres offentligt af patienten, vil den pågældende sundhedsperson kunne være berettiget til offentligt at forsvare sig, hvilket kan indebære videregivelse af fortrolige oplysninger. Men kun oplysninger, der relaterer sig til de rejste kritikpunkter.

3) Når videregivelsen er nødvendig, for at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

Det er kun de oplysninger, som er nødvendige til det konkrete formål, der må videregives efter denne bestemmelse.

Det kan fx være sygehusadministrationen eller amtets sygehusforvaltning, som har brug for oplysninger vedrørende patienten i forbindelse med refusion af udgifter fra andre amter. Det kan også være tilfældet i forbindelse med tilsyn og kontrol vedrørende sygesikringsordningen.

Fortrolige oplysninger, der er irrelevante for behandling af den administrative sag, må ikke videregives. Der vil normalt være hjemmel i anden lovgivning til, at en offentlig myndighed kan indhente oplysninger til brug for tilsyns- og kontrolfunktioner, fx lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 19, stk. 2, lægelovens § 17 m.fl.

5.3 Videregivelse vedrørende afdøde patienter

Der kan ikke ske automatisk videregivelse af fortrolige oplysninger fra dødsattesten fra et sygehus til afdødes alment praktiserende læge. Den faglige interesse i at modtage de omhandlede oplysninger kan generelt ikke anses at overstige hensynet til den oplysningen vedrører. Derimod kan afdødes alment praktiserende læge få de omhandlede oplysninger med henblik på at informere de pårørende, hvis de pågældende har fremsat begæring om at modtage oplysningerne, jf. lovens § 28, stk. 2.

Hvis afdøde har modsat sig, at de pårørende får de omhandlede oplysninger, eller det på anden måde fremgår, at afdøde ikke var interesseret i, at de pårørende skulle have adgang til oplysningerne, kan oplysningerne ikke udleveres efter § 28, stk. 2. I givet fald vil de pårørende kun kunne få oplysningerne, hvis betingelserne i lovens § 26, stk. 2, nr. 2, er opfyldt, jf. under pkt. 5.2.

6. Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv.

6.1 Samtykkekompetence

6.1.1 Mindreårige

Det er en forudsætning for at udøve sin selvbestemmelsesret i forbindelse med videregivelse af helbredsoplysninger mv., at patienten er fyldt 15 år og har personlige forudsætninger for at forstå indholdet i og konsekvenserne af et samtykke.

Hvis en patient på 15-17 år ikke er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan indehaveren af forældremyndigheden give samtykke til den nødvendige videregivelse.

For børn under 15 år er det ligeledes forældremyndighedens indehaver, der skal give samtykke til videregivelse.

6.1.2 Voksne uden evne til at give samtykke

For en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder efter loven, i det omfang dette er nødvendigt for at kunne varetage patientens interesser i den pågældende situation, jf. lovens § 5.

Selv om patienten generelt set mangler evnen til at overskue konsekvenserne af et samtykke til videregivelse, kan den pågældende på enkeltområder være i stand til at give et gyldigt samtykke. Der må foretages en konkret vurdering af patientens evne til at give det nødvendige samtykke. Det er vigtigt, at patientens selvbestemmelsesret ikke bortfalder i større udstrækning, end der er grundlag for.

Hvis den voksne patient, der mangler evnen til at give samtykke, protesterer mod, at oplysningerne videregives, vil hverken en værge eller de nære pårørende kunne give samtykke til videregivelse.

6.1.2.1 Videregivelse til behandling mv.

Når der er tale om patienter, der varigt mangler evnen til at give samtykke til videregivelse af oplysninger, kan en værge, hvor værgemålet omfatter kompetence til at træffe beslutninger om helbredsforhold, give samtykke til videregivelse af oplysninger, der er nødvendige med henblik på behandling af patienten. I øvrigt er det de nærmeste pårørende, der skal give samtykke til nødvendig videregivelse.

6.1.2.2 Videregivelse til andre formål

Hvis videregivelsen sker til andre formål end behandling, kan en værge inden for værgemålskompetencen give samtykke til videregivelse. Derimod anses nære pårørende ikke for at have kompetence til en sådan videregivelse. Nære pårørende er i medfør af loven kun tillagt kompetence i forbindelse med behandling af patienten. Videregivelse til offentlige myndigheder, private virksomheder eller til fx andre pårørende vil normalt ikke være et nødvendigt led i behandlingen af patienten.

6.2 Frivillighed

Et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv. skal være frivilligt. Et samtykke, der er givet under pres, tvang eller svig er ikke gyldigt.

6.3 Samtykkets indhold

Samtykket skal være informeret i den forstand, at den, der afgiver samtykke, skal være klar over, hvad det er, der gives samtykke til. Den ansvarlige sundhedsperson må således sikre sig, at patienten eller en eventuel stedfortræder har fået tilstrækkelig information til at kunne vurdere, hvorvidt samtykke bør meddeles.

Samtykket skal være konkretiseret, således at det klart og utvetydigt fremgår, hvad det er, der meddeles samtykke til. Det skal fremgå, hvilke typer af oplysninger, der må videregives, til hvem og til hvilke formål.

Et samtykke kan på et hvilket som helst tidspunkt trækkes tilbage, så længe videregivelsen ikke har fundet sted.

6.4 Samtykkets form mv.

6.4.1 Videregivelse af helbredsoplysninger mv. til behandling

Når der er tale om videregivelse af oplysninger i forbindelse med behandling af en patient, skal samtykket være mundtligt eller skriftligt.

For at smidiggøre videregivelsen er der i patientretsstillingsloven åbnet mulighed for, at samtykket kan gives enten til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger, jf. lovens § 25, stk.1.

Ønsker patienten fx at den alment praktiserende læge bliver orienteret om et afsluttet behandlingsforløb på et sygehus, kan patienten give sit samtykke til, at den praktiserende læge indhenter oplysningerne fra sygehuset. Sygehuset kan udlevere de begærede oplysning-

ger og behøver således ikke som tidligere at indhente patientens samtykke for, at oplysningerne kan videregives til den praktiserende læge.

6.4.2 Videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål

Et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål end behandling skal som udgangspunkt være skriftligt og skal gives til den sundhedsperson, der videregiver helbredsoplysninger mv. Kravet om skriftlighed kan dog fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor, jf. lovens § 27, stk. 1. Det kan fx være tilfældet, hvis videregivelse skal ske meget hurtigt eller hvis patienten har svært ved at skrive.

Samtykket bortfalder senest et år efter det er givet, jf. lovens § 27, stk. 2. Patienten har således mulighed for at overskue videregivelsen. Patienten kan fastsætte en yderligere tidsmæssig begrænsning af videregivelsen.

7. Ansvar

Det er den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, der afgør, hvorvidt videregivelse i forbindelse med behandling eller til andre formål er berettiget, jf. lovens § 24, stk. 4, og § 26, stk. 3. Det vil sige, at beslutningskompetencen ligger hos sundhedspersonen. Det er imidlertid den driftsansvarlige myndighed, der har det overordnede ansvar for, at oplysningerne videregives i overensstemmelse med loven, jf. lovens § 23, stk. 2.

På et sygehus vil afgørelsen af, hvorvidt en videregivelse af helbredsoplysninger mv. fra en patientjournal er berettiget, som hovedregel skulle træffes af den overlæge, der er ansvarlig for den sygehusafdeling, hvor den pågældende patient er eller har været indlagt, eller af den sundhedsperson, som overlægen har videregivet opgaven til.

For så vidt angår videregivelse fra fx en alment praktiserende læge, speciallæge eller tandlæge vil afgørelsen skulle træffes af den pågældende sundhedsperson.

8. Journalføring

Den ansvarlige sundhedsperson har pligt til journalføring af relevante oplysninger vedrørende information og samtykke til behandling, herunder afvisning af information (retten til ikke at vide) og vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Journalen skal indeholde oplysninger om, hvilke oplysninger der er givet patienten i forbindelse med informationen, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet. Sundhedspersonen bør gøre patienten bekendt med, hvad der optegnes i journalen.

Journalføringspligten omfatter også situationer, hvor patienten afviser at modtage et behandlingstilbud eller forlader behandlingsstedet.

Der skal endvidere i journalen gøres optegnelser om, når en anden sundhedsperson (navn og titel) har givet tilslutning til en behandling efter lovens § 9, stk. 2, eller når embedslægen (navn) har givet tilslutning til en behandling efter lovens § 9, stk. 4.

Både et samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling og et samtykke til videregivelse til andre formål skal journalføres, jf. lovens §§ 25, stk. 1, og 27, stk. 1.

Journalen skal også indeholde optegnelser om, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilke formål og til hvem og til tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer, jf. lovens §§ 24 28, jf. § 20.

Af journalen skal således fremgå, hvad der er videregivet med patientens samtykke, men også hvad der måtte være videregivet i henhold til § 24, stk. 2, dvs. uden patientens samtykke. Videregives således oplysninger, der er nødvendige af hensyn til det aktuelle behandlingsforløb mv. uden patientens samtykke, skal dette fremgå af journalen, ligesom alment praktiserende læger og vagtlæger skal journalføre, hvad der måtte være videregivet til andre praktiserende læger.

Der henvises til Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring) og Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 236 af 19. december 1996 om lægers journalføring, og øvrige gældende regler vedrørende autoriserede sundhedspersoners journalføring.

9. Ikrafttræden

Vejledningen træder i kraft den 1. oktober 1998.

Vejledningen indeholder:

- 1. Indledning**
- 2. Samtykke til behandling**
 - 2.1. Samtykkekompetence
 - 2.1.1. Mindreårige
 - 2.1.2. Voksne patienter uden evne til at give samtykke
 - 2.1.2.1. Varigt inhabile
 - 2.1.2.2. Midlertidigt inhabile
 - 2.1.2.3. Øjeblikkeligt behandlingsbehov
 - 2.2. Frivillighed
 - 2.3. Samtykkets indhold
 - 2.4. Samtykkets form
- 3. Information**
 - 3.1. Hvem har ret til information
 - 3.1.1. Mindreårige
 - 3.1.2. Voksne uden evne til at give samtykke
 - 3.2. Informationens indhold
 - 3.3. Risiko for komplikationer og bivirkninger
 - 3.4. Retten til ikke at vide
 - 3.5. Videregivelse af helbredsoplysninger
 - 3.6. Informationens form
 - 3.7. Øvrige forhold
 - 3.8. Hvem skal give informationen
- 4. Videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling af patienter**
 - 4.1. Videregivelse med samtykke

- 4.2. Videregivelse uden samtykke
- 5. **Videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål**
 - 5.1. Videregivelse med samtykke
 - 5.2. Videregivelse uden samtykke
 - 5.3. Videregivelse vedrørende afdøde patienter
- 6. **Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv.**
 - 6.1. Samtykkekompetence
 - 6.1.1. Mindreårige
 - 6.1.2. Voksne uden evne til at give samtykke
 - 6.1.2.1. Videregivelse til behandling
 - 6.1.2.2. Videregivelse til andre formål
 - 6.2. Frivillighed
 - 6.3. Samtykkets indhold
 - 6.4. Samtykkets form mv.
 - 6.4.1. Videregivelse af helbredsoplysninger mv. til behandling
 - 6.4.2. Videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål
- 7. **Ansvar**
- 8. **Journalføring**
- 9. **Ikrafttræden**

om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter kapitel 4 om aktindsigt i lov om patienters retsstilling

Efter § 22 i lov nr. 482 af 1. juli 1998
om patienters retsstilling fastsættes:

§ 1. Som betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier af dokumenter i patientjournaler m.v., der udleveres efter kapitel 4 om aktindsigt i lov om patienters retsstilling, opkræver vedkommende myndighed, institution eller autoriserede sundhedsperson 10 kr. for første side og 1 kr. for hver påbegyndt følgende side, jf. dog stk. 2 og 4 og § 2, stk. 1, samt § 3.

Stk. 2. En privat praktiserende autoriseret sundhedsperson, som giver aktindsigt ved afskrift, edb-udskrift eller fotokopi, kan dog som betaling herfor kræve 10 kr. pr. påbegyndt side, i alt dog højst 200 kr., hvis

- 1) aktindsigten gives ved edb-udskrift, eller
- 2) der i den pågældende praksis ikke rådes over fotokopieringsmaskine eller lignende.

Stk. 3. De i stk. 1 og 2 nævnte beløb omfatter merværdiafgift, forsendelsesomkostninger og lignende.

Stk. 4. Udleveres afskrift, edb-udskrift eller fotokopi uden udtrykkelig anmodning, kan der ikke kræves betaling efter stk. 1 og 2.

§ 2. Første gang, der efter anmodning gives aktindsigt ved afskrift, edb-udskrift eller fotokopi af en patientjournal m.v., kan der ikke kræves betaling efter § 1, jf. dog § 3.

Stk. 2. Stk. 1 finder ikke anvendelse i tilfælde, der omfattes af § 1, stk. 2.

§ 3. Såfremt der i forbindelse med aktindsigt efter §§ 1 og 2 udleveres kopi af røntgenbilleder, lystryk, lydbånd, film m.v., kan der som betaling herfor kræves de faktiske omkostninger ved fremstilling af kopien.

§ 4. Hvis der ved lov eller i henhold til lov er fastsat højere betaling for afskrift, edb-udskrift eller fotokopi af et bestemt dokument, opkræves dette beløb.

§ 5. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. oktober 1998.

Stk. 2. Samtidig ophæves Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 938 af 7. december 1993 om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter lov om aktindsigt i helbredsoplysninger.

Sundhedsministeriet, den 14. september 1998

Carsten Koch

Litteraturfortegnelse

- Jon Andersen, Juridiske regler i den primære sundhedssektor, Dafolo Forlag, 1994.
- Poul Andersen, Dansk forvaltningsret, Gyldendal, 1963.
- Bo von Eyben, Patientforsikring, GadJura, 1993.
- Lis Frost, Medicinsk inhabilitet, upubl. p. 4.
- Lis Frost, Mindreårige, Juristen, 1995, nr. 1, pp. 15-27.
- Hans Gammeltoft-Hansen, Jon Andersen, Kaj Larsen og Karsten Loiborg, Forvaltningsret, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1994.
- Vagn Greve, Asbjørn Jensen og Gorm Toftegaard Nielsen, Kommenteret straffelov, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1997.
- Mette Hartlev, Grænser for lægers informationspligt, Ugeskrift for Retsvæsen, 1996 B, pp. 163-167.
- Ulla Hybel, Tab af handleevne – et patientperspektiv, Juristen, nr. 7, 2000, pp. 241-250.
- Asbjørn Kjønstad, Patienters rettigheder – kontraktsrett eller forvaltningsrett?, i Lov og Frihet, Oslo, 1982.
- Oluf Jørgensen og Martin Basse, Fortrolighed i forvaltningen, Munksgaard, 1988.
- Niels Pontoppidan, Lægeansvar – offentlige myndigheders erstatningsansvar, Ugeskrift for Retsvæsen, 1985 B, 248-250.
- Lars Adam Rehof, Domstolsprøvelse af det offentliges serviceniveau vedrørende lægebehandling, Ugeskrift for Retsvæsen, 1986 B, pp. 139-144.
- Alf Ross, Livets hellighed contro individets autonomi, i Ugeskrift for læger, 1979, 141/13, pp. 862-866.

- Johs. Nehm, Søren Thorning og Michael von Magnus, Lægeloven – med kommentarer, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1990.
- B.V. Tidemand-Petersson, Lægeansvar, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1978.
- Jørgen Verner, Om patienters selvbestemmelsesret på informeret grundlag i dansk ret, Ugeskrift for Retsvæsen, 1993 B, pp. 209-210.
- John Vogter, Forvaltningsloven med kommentarer, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1999.
- John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1998.

Stikordsregister

- Abort 57
Adoptionsloven 54
Afbryde iværksat behandling 91
Afgørelsessager 97
Afvejning 152
Afvisning af at modtage blod 83
Aktindsigt 16, 55
– afslag 98, 108
– begrænsninger i 107 ff.
– forældremyndigheden 104, 108
– frister 110
– gebyr 111
– gennemførelse 109 ff.
– mindreårige 104 ff.
– pårørende 106
– pårørende til afdøde patienter 158 ff.
– regler for 98
– straffeloven 114
Aktuelt behandlingsforløb 119, 125, 127, 135
Ansøgningssager 146
Autoriseret sundhedsperson 29, 176

Behandling, Definition 30
Behandlingspligt 21
Bemyndigelsesbestemmelse 31 ff.
Blodprodukter
– afvisning af at modtage blod 65, 80
Brandstiftelse 150

Dagpengeudvalget 147
Demente 58, 59, 71, 106
Dobbelteffekt 87
Driftsansvarlige myndighed 109, 119

Editionspligten 150
Eksperimentel behandling 20
Elektiv kirurgi 74
Epikriser 129, 131
– vedr. afdøde 163
Erstatningsansvar 176
Erstatningspådragende
– erstatningsansvar 36, 38
Erstatningssag
– erstatningsansvar 17

Forhåndserklæringer 80
Forhåndstilkendegivelser 79, 92
– afdødes 160
– bevidstløse 66
– særlige tilfælde 78
Formaliseret forhåndstilkendegivelse
– forhåndserklæring 90
Formålsbetragtning 22
Forskningsprojekter 31, 43, 167
Fortrolige oplysninger 114, 118, 124, 140, 167
Forvaltningsloven 99, 108, 115, 146, 148, 149
Forældremyndigheden
– omsorgspligt 54, 56, 70
– ret til information 55 f.
– samtykke til behandling 56
Fysioterapeut 29
Fysioterapeuten 128

Gennemsyn af journal 103
Gennemsyn af journal 110
Genoptræning 30, 128

Henvisningsseddel 103

HIV 83, 129, 133

Igangværende behandlingsforløb 127

Information

– om ricisi og bivirkninger 44 f.

– ret til ikke at vide 38, 42, 43

Informeret samtykke 37, 58, 79, 175

– sundhedspersonens ansvar 71

Interne regler 23

IVF-behandling 17

Jehovas Vidner 83

Jordemoder 29

Jordemødre 144

Kiropraktordommen 46

Konkret skøn 23

Laboratorieresultater 102, 119, 127

Lighedsgrundsætningen 23

Livsforlængende behandling 32, 80, 86, 90

Livstestamente 90

– uafvendeligt døende 91

– svært invaliderede 91

Livstestamenteregistret 91, 93

Livstruende sygdomme 20

Lovens anvendelsesområde 30

Lægeerklæringer 101

Lægeloven 21, 25, 37, 38, 53, 83, 103, 120, 143, 176

Lægens stedfortræder 135

Lægesekretær 72

Lægesekretærer 118

Materielle rettigheder 16

Medicinisbrugere 137

Meroffentlighed 98

Midlertidig inhabil 67

Morfindrop 87

Mundtligt samtykke 40, 142

Nærmeste pårørende 59, 159

Nødret 53, 64, 71, 85, 132

Obduktionserklæringer 100

Offentlighedsloven 98, 107, 158

Oplysningspligt 143, 170

Organtransplantation 58

Patientjournaler 97, 98, 181

Patientklagenævnet 176

Patientregistreringssystemer 99

Patientvejledere 30, 118

Persondataloven 99, 166, 168, 169, 173

Pligtudleveringsbestemmelser 144

Politi 147 ff.

Praktiserende læge 99, 125, 127, 131, 136, 162

Prednison 47

Prioritering 19

Processuel skadevirkning 146

Profylaktisk behandling 134

Proportionalitetsprincippet 23

Præster 115

Prævention 58

Psykiatriloven 30, 56, 155, 176

Psykiatriske erklæringer 100

Psykologer 100

Regler for aktindsigt 98

Ret til ikke at vide 134

Retsplejeloven 148, 149, 152

Retssikkerhedsloven 144

Røntgenbeskrivelser 101, 127, 131

Saglige hensyn 22

Samtykke

– videregivelse til andre formål 141 ff.

– videregivelse til behandling 125 ff.

Samtykke kompetence 52

Selvbestemmelse 36

– krænkelse af 36, 84

– mindreårige 53, 70

Selvbestemmelsesret 28

Selv mord 155

- Serviceoven 57, 125, 145
Skadestueoptegnelser 131
Skriftligt samtykke 41, 141
Skønsudøvelsen 21
Smertebehandling 87
Smitsomme sygdomme 132
Sociale oplysninger 116
Socialrådgivere 30, 118
Statistiske og planlægningsmæssige
formål 169
Stereotaktisk strålebehandling 20
Sterilisation 58
Sterilisationsindgreb 64
Stikskader 133
Stiltiende samtykke 41
Straffeloven 53, 65 ff., 84, 114, 118, 121,
132, 153, 176
Sultestrejke 65, 81
Sundhedsret 15
Sygehusadministration 155
Sygehusadministrationen 118
Sygehusloven 16 ff.
Sygehusopgaver 17
Sygeplejefaglige optegnelser 101
Sygeplejerske 29 ff.

Tavshedspligt 113
– etiske retningslinier 121
– professionslove 121
Terapeutmeddelelse 128
Tilsluttende sundhedsperson 61
Tilsyns- og kontrolopgaver 155

Tredjeland 173
Tvang 60, 66, 84
Tyktarmskræft 134

Udleveringspligt 149, 153
Uforklaret barnløshed 19
Underretningspligt 57, 126
Uskrevne retsgrundsætninger 21 ff.
Utilstrækkeligt opsyn 17

Vagtlæger 135
Vanrøgt 145
Varigt fornuftsinhabile 58
Vederlagsfri behandling 16
Videregivelse af oplysninger
– i forbindelse med behandling 124
– til andre formål 140
– til pårørende vedrørende afdøde
patienter 157
– til særlige formål 165
– til tredjelande 173
Videregivelse uden samtykke 127, 132,
140
Videregivelsespligt 149
Vidnepligt 148, 150
Voldsudøvelse 151
Værdispringsregel 107, 132, 148
Værgemål 59 ff.
Værgemålsloven 54 ff.

Åbenbar almeninteresse 132, 147, 162