



PATIENTHÅNDBOG 2013

Læsevejledning

Hvert kapitel gennemgår det aktuelle emne og indeholder nyttige links til andre kapitler i bogen. Ligeledes finder du links til lovttekster og andre relevante sider og vejledninger i slutningen af hvert kapitel.

Det gælder for alle områder, som reguleres ved lovgivning, at det er vanskeligt at foretage en generel gennemgang som tager højde for alle konkrete situationer og forhold.

Er du derfor i tvivl om, hvordan det forholder sig netop i din situation, eller om du har forstået vejledningen korrekt, er du altid velkommen til at kontakte Hjerteforeningen eller en patientvejleder i en af regionernes patientkontorer. Her vil du kunne få en nærmere uddybning af eventuelle spørgsmål, samt konkret vejledning i forhold til din situation

Vejledningen omfatter ikke patienter med behov for psykiatrisk behandling.

Populære navne og forkortelser

Vær opmærksom på, at betegnelserne for de forskellige patientrettigheder på sundhedsområdet ofte bruges forskelligt og blandes sammen af både journalister, politikere, sundhedspersoner og andre, som anvender udtrykkene.

Nedenfor følger en gennemgang af, hvad de forskellige populæruddtryk og forkortelser dækker:

”Almindeligt frit sygehusvalg”

dækker over lovgivningen, som giver danske patienter ret til frit at vælge imellem de offentlige danske hospitaler og samarbejdssygehuse, såfremt man er henvist til hospitalsbehandling.

”Udvidet frit sygehusvalg”

dækker over lovgivningen vedr. retten til at vælge et privat behandlingstilbud betalt af det offentlige, hvis ventetiden i bopælsregionen er mere end en/to måneder . Fejlagtigt bruges også ordet ”ventetidsgaranti” om denne ret.

”Samarbejdssygehus”

Regionerne har ifølge sygehusloven mulighed for at indgå samarbejde med andre regioners hospitaler og private hospitaler og klinikker om udførelse af sygehusopgaver for regionens patienter.

”Aftalesygehus”

Danske Regioner har lavet aftaler med en række private udbydere af sundhedsydelser med henblik på henvisning af offentlige patienter efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg. Disse private udbydere betegnes populært som ”aftalesygehus”.

”Ventetidsgarantien”

Dette ord anvendes ikke officielt som forkortelse for en patientrettighed, men bruges ofte fejlagtigt om retten til udvidet frit sygehusvalg.

”Behandlingsgarantien”

Ordet dækker over den rettighed, som følger af lovgivningen vedr. behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme mv. Det anvendes ofte fejlagtigt til beskrivelse af retten til udvidet frit sygehusvalg.

“Udredningsret”

Retten til at modtage udredning inden 1 måned fra henvisningen er modtaget af sygehuset

Forkortelser

SST: Sundhedsstyrelsen

POB: Patientombuddet

PE: Patienterstatningen

LMS: Lægemiddelstyrelsen, er nu lagt ind under Sundhedsstyrelsen. Forkortelsen bruges derfor ikke længere.

SUM: Sundhedsministeriet

Indholdsfortegnelse

1. Behandling

Valg af behandling.....	9
Information om tilbud.....	10
Frit sygehusvalg.....	11
Ret til hurtig udredning.....	12
Differentieret ventetid til behandling.....	13
Planlagt behandling i udlandet.....	15
Behandlingsgarantien – Maksimale ventetider.....	22
Kontaktperson.....	25
Pakkeforløb på hjerteområdet.....	26
Oversigt over pakkeforløb for hjerteklapsygdom.....	28
Oversigt over pakkeforløb for hjertesvigt.....	30
Oversigt over pakkeforløb for stabile hjertekramper.....	32
Oversigt over pakkeforløb for ustabile hjertekramper og blodprop i hjertet.....	34
Rehabilitering.....	36

2. Kommunikation/oplysning

Information og samtykke.....	38
Journaloplysninger - Aktindsigt.....	41
Tavshedspligt.....	44
Tolkebistand.....	48

3. Medicin

Medicin på apoteket.....	49
--------------------------	----

4. Andre sundhedsaktører

Genoptræning.....	51
Tilskud til fysioterapi.....	53
Hjemmesygepleje og hjemmehjælp.....	55
Hospice, hjemmehospice og pleje i eget hjem.....	56
Tilskud til psykolog.....	57
Tilskud til kiropraktor.....	58

5. Patientklage og erstatning

Klage.....	59
Erstatning.....	63
Utsigtede hændelser.....	66
Patientkontorer.....	68

6. Generel info

Transport (flowchart – befordring).....	69
Sygesikringsgrupper.....	73
Skift af egen læge.....	74
Livstestamente.....	75

Valg af behandling

Hvis du har mistanke om, at du er syg, har du ret til at blive undersøgt og modtage behandling, hvis lægen finder grundlag for det.

Det er en lægelig vurdering, hvilken behandling du skal have. Du kan ikke selv kræve en bestemt behandling. I det omfang det er muligt, skal du have mulighed for at være medbestemmende. Du har altid krav på at blive informeret om dit sygdomsforløb, herunder bl.a. om behandlingsmuligheder, det forventede resultat heraf samt om mulige komplikationer og bivirkninger (se nærmere under [information og samtykke](#)).

For at blive behandlet på et hospital skal du henvises fra en praktiserende læge eller speciallæge.

Din egen læge kan også vurdere, at du i første omgang skal henvises til en speciallæge. Det kræver en henvisning med undtagelse af følgende speciallæger, hvor du frit kan henvende dig, uden forudgående henvisning:

- øre-, næse- og halslæge
- øjenlæge
- tandlæge
- tandplejer
- kiropraktor.

Second opinion

Er du usikker på, om der er andre alternativer til den foreslåede behandling, kan du drøfte dette med den behandlingsansvarlige læge. Lægen har pligt til også at informere dig om andre lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder end de primært foreslåede, hvis der findes andre måder at behandle på.

Er du usikker på om lægen har vurderet korrekt, eller om der kunne være andre behandlingsforslag, kan du tale med lægen om at blive henvist til en anden læge med speciale inden for området (second opinion).

Det er ikke en lovfæstet patientret at blive henvist til en second opinion. Derfor vil det være op til lægen, om en henvisning skønnes at være relevant.

Hvis du er i behandling hos egen læge, og jeres kommunikation omkring dine behandlingsmuligheder er dårlig, så har du mulighed for at vælge en anden praktiserende læge mod et gebyr. Jfr. afsnittet "[skift af egen læge](#)".

NYTTIGE LINKS

[Skift af egen læge >](#)

[Information og samtykke >](#)

[Udvidet frit sygehusvalg >](#)

[Alm. frit sygehusvalg >](#)

[Patientombuddet.dk >](#)

Information om tilbud

Senest 8 hverdage efter at sygehuset har modtaget henvisningen fra din læge, skal du modtage et brev fra afdelingen med en række informationer. Hvilke informationer, brevet skal indeholde, afhænger af, om du er henvist til udredning og efterfølgende behandling, alene behandling (fordi du er udredt af egen læge) eller om din læge har henvist dig for at få lavet en diagnostisk undersøgelse, som lægen selv skal bruge i udredningen.

Brevet skal indeholde følgende informationer:

- dato og sted for undersøgelse eller behandling, og
- om man kan tilbyde dig udredning inden for 1 måned (ved henvisning til udredning og efterfølgende behandling) eller
- om man kan tilbyde dig diagnostisk undersøgelse inden 1 måned (ved henvisning til en diagnostisk undersøgelse til brug for egen læges videre udredning) eller
- om man kan tilbyde dig behandling inden en eller to måneder fra henvisningen er modtaget (ved henvisning alene til behandling eller efter endt udredning), og
- at du har ret til at vælge et privat behandlingssted, som har lavet aftale med Danske Regioner, hvis man ikke kan tilbyde dig udredning, diagnostik eller behandling inden for fristerne nævnt ovenfor, på et af regionens sygehuse eller et samarbejdssygehus ([udvidet frit sygehusvalg](#)).
- at du har ret til at vælge et andet offentligt hospital i landet ([almindeligt frit sygehusvalg](#))
- ventetiden på den diagnostiske undersøgelse, udredning eller behandling, som patienten er henvist til ved regionens eget sygehusvæsen, andre regioners sygehuse, private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med samt visse private specialsygehuse
- at afdelingen kan være behjælpelig med at henvise dig til et andet sygehus, hvis du ønsker det
- at du ved henvendelse kan få oplyst det antal behandlinger, afdelingen foretager.

Hvis sygehuset allerede ved modtagelsen af lægehenvissningen er klar over, at det ikke kan tilbyde dig behandling indenfor en eller to måneder, skal sygehuset allerede da tilbyde at viderehenvise dig til et andet offentligt sygehus eller et aftalesygehus. Du bestemmer selv, om du vil benytte dig af tilbuddet.

Tilbuddet kan vælges helt eller delvist, se nærmere under [almindeligt](#) og [udvidet frit sygehusvalg](#).

Hvis du ikke kender din diagnose, men er henvist med henblik på nærmere undersøgelse, så skal du igen modtage et brev fra afdelingen inden 8 hverdage fra du er færdigudredt, som giver dig ovenstående informationer vedr. det kommende behandlingsforløb.

Klageadgang

Du kan klage til Patientombuddet, hvis du ikke får disse oplysninger fra hospitalet inden for

Frit sygehusvalg

Når lægen har vurderet, at du har behov for behandling på et hospital, kan du selv vælge hvilket offentligt hospital eller visse nærmere angivende samarbejdssygehuse (privatejet specialhospital med driftsoverenskomst med regionerne), du vil behandles på.

Du kan få råd og vejledning af den læge, som henviser dig.

I visse tilfælde begrænses dit valg

- Hvis du har brug for akut behandling, bliver du bragt til nærmeste hospital. Når den akutte fase er overstået, vil du have mulighed for at vælge at fortsætte behandlingen på et andet offentligt hospital. Bemærk, at du selv betaler og arrangerer transporten til det valgte hospital. Er der tale om, at du skal transporteres liggende, kan det være forbundet med en betydelig omkostning. Hvis du skal i akut behandling men henvises til hospitalet af en læge, så kan du, hvis din tilstand tillader det, godt selv vælge, hvilket behandlingssted du ønsker.
- Hvis du ønsker at blive behandlet på et andet offentligt hospital end det som du efter visitationsretningslinierne hører til, kan afdelingen afvise at modtage dig, hvis de har væsentlig længere ventetid end lignende sygehusafdelinger.
- Hvis du vælger at blive behandlet på en hospitalsafdeling med højt specialiseret niveau og din sygdom ikke kræver behandling på dette niveau, kan den afdeling, som du har valgt, afvise at modtage dig.

Vær opmærksom på, at:

- det frie sygehusvalg gælder både, når du henvises til indlæggelse, ambulans udredning og behandling, diagnostisk undersøgelse og genoptræning.
- du på ethvert tidspunkt i dit forløb kan gøre brug af din ret til frit at vælge behandlingssted.
- du ved benyttelse af det frie sygehusvalg selv skal sørge for og tillige betale for transporten frem og tilbage til undersøgelser og behandlinger. Dog kan du få refunderet den del af transportudgifterne, til billigst mulige transportmiddel, som du havde været berettiget til, hvis du havde benyttet det sygehus, regionen ville have henvist dig til. Se nærmere under "[Transport](#)".

DU KAN LÆSE MERE HER

- [Pjece: Sygehusvalg, ministeriet for sundhed og forebyggelse](#)
- [Sundhedsloven § 86](#)
- [Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling mv. nr.1661 af 27.12. 2013, kapitel 4](#)

For en oversigt over hvilke samarbejdssygehuse, du kan vælge iht. reglerne om frit valg af sygehus, se bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m. v. §15

NYTTIGE LINKS

[Transport](#) »

Ret til hurtig udredning

Når du er henvist til undersøgelse på et sygehus, har du krav på at være færdigundersøgt og evt. få en diagnose inden 30 dage fra henvisningen er modtaget på sygehuset.

Det betyder, at afdelingen skal iværksætte og afslutte de nødvendige undersøgelser, der skal til for at kunne stille en diagnose, inden for en måned.

Hvis sygehuset ikke selv har kapacitet til at få undersøgelserne gennemført, så diagnosen kan stilles inden for 30 dage, skal sygehuset søge disse gennemført på andre sygehuse, eventuelt ved at lave en aftale med et privathospital om udførelse af en eller flere af undersøgelserne.

Hvis det af sundhedsfaglige årsager ikke kan lade sig gøre at gennemføre undersøgelsesforløbet inden for 30 dage, så skal du modtage en plan for det videre undersøgelsesforløb, der som minimum angiver tid og sted for den næste undersøgelse, som du skal til. Den skal du modtage inden for de 30 dage.

Spørgsmål om kapacitet på sygehuset er ikke en gyldig grund til overskridelse af 30 dages fristen.

Differentieret ventetid til behandling

Hvornår har du ret til at benytte det udvidede frie sygehusvalg?

Ved henvisning til behandling

Er du henvist til sygehusbehandling på et sygehus og skal du vente mere end to måneder på behandling fra henvisningen er modtaget på afdelingen, udvides dine muligheder for at vælge behandlingssted til også at omfatte aftalesygehuse. Et aftalesygehus er privathospitaler og klinikker, som har en aftale med Danske Regioner om at udføre undersøgelse og behandling af patienter på det offentlige regning.

Hvis du er henvist til behandling for en alvorlig sygdom, har du allerede mulighed for at vælge et aftalesygehus, hvis du skal vente længere end én måned.

Det er den læge, som modtager henvisningen på sygehuset, som afgør, om din sygdom er så alvorlig, at ventetiden ikke bør være længere end én måned. Vurderingen sker ud fra din konkrete situation, og lægen vil bl.a. lægge vægt på følgende:

- om udsigten til væsentlig bedring eller helbredelse forringes betydeligt ved udsættelse af behandlingen med yderligere én måned
- om tilstanden er ledsaget af daglige og stærke smerter med behov for stærk smertestillende medicin, og der er udsigt til, at behandling kan lindre eller fjerne smerterne i væsentlig grad
- om der er daglige svære funktionsnedsættelser, hvor der er udsigt til, at behandling kan bedre eller normalisere funktionsnedsættelsen i væsentlig grad. I vurderingen af funktionsnedsættelsen kan følgende bl.a. indgå: manglende mulighed for at bevare beskæftigelse, udføre almindelige og nødvendige personlige gøremål i dagligdagen, personlig hygiejne, fødeindtagelse, forflytning mv.

Aflyst operation

Du kan også vælge et aftalesygehus, hvis den tilbudte operationsdato af det offentlige sygehus bliver ændret til et senere tidspunkt. Denne valgmulighed afhænger ikke af nogen tidsfrist, og du kan med det samme vælge et aftalesygehus.

Siger du af private årsager nej til en tilbudt dato, har sygehuset ikke pligt til at give dig et nyt behandlingstilbud inden for to eller én måned. Sygehuset skal dog tilbyde behandling hurtigst muligt.

Henvisning fra egen læge til diagnostisk undersøgelse

Har din egen læge henvist dig til en eller flere diagnostiske undersøgelser på sygehuset, til brug for lægens egen videre udredning, har du mulighed for at benytte det udvidede frie sygehusvalg, hvis du skal vente mere end 1 måned på den diagnostiske undersøgelse. Du kan således vælge at få undersøgelsen foretaget på et aftalesygehus med kortere ventetid.

Beregning af ventetid

2 måneders ventetid beregnes som 60 dage (1 måned = 30 dage) fra den dato sygehuset modtager din lægehenvielse og frem til den dato, hvor behandlingen kan starte.

Hvis du er henvist til nærmere undersøgelser med henblik på, at sygehuset finder ud af, hvad du fejler, så beregnes fristen i den differentierede ventetid fra det tidspunkt, hvor lægerne

I visse tilfælde begrænses dit valg:

- Det udvidede frie sygehusvalg omfatter ikke: organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation og rekreations- og rehabiliteringsophold.
- Må sygehuset udsætte din behandling ud over en eller to måneders fristen alene pga. din helbredstilstand eller dine forhold, fx dit eget ønske om at udsætte behandlingen, kan du ikke benytte det udvidede frie sygehusvalg.
- Du kan ikke vælge behandling på et aftalesygehus, som har længere ventetid end din bopælsregions sygehuse eller de sygehuse, din region samarbejder med.

Reglerne omfatter ikke forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling, som skal søges efter andre regler, [se nærmere under disse emner](#).

Vær opmærksom på, at:

- du skal henvises af din region til aftalesygehuset. Du kan altså ikke på eget initiativ tage kontakt til et aftalesygehus og bestille en tid til behandling. Selvom betingelserne for udvidet frit sygehusvalg er opfyldt, refunderer regionerne ikke regninger for behandlinger foretaget på eget initiativ, uden forudgående godkendelse af din bopælsregion.
- det ikke er forbundet med nogen omkostninger for dig at blive behandlet på et aftalesygehus, selvom dette er privat. Du skal dog selv stå for og betale transporten til og fra undersøgelser og behandlinger ([se nærmere herom under Transport](#)).
- Du bestemmer selv, om du vil benytte det udvidede frie sygehusvalg helt eller delvis. Du benytter tilbuddet helt, hvis du får både eventuelle undersøgelser til brug for behandlingen og selve behandlingen på aftalesygehuset. Du benytter tilbuddet delvist, hvis du fx kun ønsker en eller flere undersøgelser, som sygehuset har planlagt forud for behandlingsstart, foretaget på aftalesygehuset, men selve behandlingen udført på det offentlige sygehus.
- du ved benyttelse af det frie sygehusvalg selv skal sørge for transporten frem og tilbage til undersøgelser og behandlinger. Dog kan du få refunderet den del af transportudgifterne, til billigst mulige transportmiddel, som du havde været berettiget til, hvis du havde benyttet det sygehus, regionen ville have henvist dig til.

Hvor kan jeg finde en oversigt over aftalesygehusene i Danmark?

- Du kan finde en oversigt over aftalesygehusene på hjemmesiden <http://sygehusvalg.dk/>
- Du kan se ventetider på de enkelte behandlinger på www.venteinfo.dk

DU KAN LÆSE MERE HER

- Pjece: "Sygehusvalg", Ministeriet for sundhed og forebyggelse, www.sundhed.dk
- Sundhedsloven kapitel 17a og kapitel 20
- Bekendtgørelse nr. 1661 af 27.12.2013 om ret til sygehusbehandling mv.

NYTTIGE LINKS

[Transport](#) ›

[Sygehusvalg.dk](#) ›

[Venteinfo.dk](#) ›

Planlagt behandling i udlandet

I langt de fleste tilfælde kan du blive behandlet for din hjertekarsygdom i den region, du bor i. Men i nogle tilfælde kan det blive nødvendigt at tage til udlandet.

Din bopælsregion kan eller skal i nogle tilfælde tilbyde dig sygehusbehandling i udlandet. Det gælder for eksempel, hvis sygehuset mener, at du har behov for:

- højt specialiseret behandling i udlandet.
- forskningsmæssig behandling i udlandet.
- eksperimentel behandling.

Du kan også søge om at blive behandlet i udlandet:

- i henhold til regionens generelle ret til at viderehenvise patienter
- i henhold til EU-reglerne.
- Herudover kan danske patienter også modtage behandling ved udenlandske sygehuse, hvis patienten er omfattet af reglerne vedr. [maksimale ventetider](#) og reglerne om det [udvidede frie sygehusvalg](#), jfr. afsnittene herom.

Højt specialiseret behandling

Patienter, som har en sygdom, der kræver højt specialiseret behandling, som ikke tilbydes på et sygehus her i landet, kan i visse tilfælde henvises til den nødvendige behandling i udlandet.

Forudsætningerne for at kunne blive henvist til højt specialiseret behandling i udlandet er:

- at patienten er blevet undersøgt eller behandlet på en sygehusafdeling her i landet med den højeste specialkundskab indenfor det pågældende sygdomsområde. Det vil sige, at du ikke kan indstilles af en privatpraktiserende speciallæge eller en afdeling, som ikke er højt specialiseret inden for din sygdom. Men lægen/sygehusafdelingen kan henvise dig til en højt specialiseret afdeling, som så kan tage stilling til, om du skal indstilles til behandling i udlandet.
- at denne sygehusafdeling vurderer, at det er nødvendigt med en bestemt anerkendt behandling i udlandet, og at behandlingen ikke kan ydes på et dansk sygehus. Det betyder, at den/de behandlingsansvarlige læge/læger skal vurdere, at de ikke har yderligere relevante behandlingstilbud til dig, og at der findes behandlingstilbud i udlandet, som vil være til gavn for dig, men som man ikke kan tilbyde i Danmark.
- at sygehusafdelingen indstiller til Sundhedsstyrelsen, at patienten henvises til behandling på en nærmere bestemt specialafdeling i udlandet, og at Sundhedsstyrelsen forud for at behandlingen gives har godkendt henvisningen. Selvom man ønsker at starte behandlingen hurtigst muligt, og det udenlandske sygehus også er klar til at opstarte behandlingen, så vær opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen ikke dækker udgifterne, hvis man opstarter behandlingen før godkendelsen foreligger. Man kan ikke få en efterfølgende godkendelse.
- at der ikke er tale om forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling. Hvis der er tale om forskningsmæssig eller eksperimentel behandling, skal du nemlig henvises i henhold til disse regler, se nedenfor. Der er ikke nogen regler i sundhedsloven som direkte giver mulighed for henvisning til alternativ behandling.

NYTTIGE LINKS

[Maksimale ventetider](#) ›

[Udvidede frie sygehusvalg](#) ›

[Second opinion](#) ›

Forskningsmæssig behandling i udlandet

I visse tilfælde kan din bopælsregion betale for forskningsmæssig behandling i udlandet.

Betingelserne for at blive henvist til forskningsmæssig behandling i udlandet er følgende:

- Du skal være undersøgt eller behandlet på en sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion på det pågældende sygdoms område.
- Afdelingen skal indstille dig til forskningsmæssig behandling på en bestemt sygehusafdeling i udlandet.
- Den forskningsmæssige behandling skal opfylde kravene til almindeligt anerkendte videnskabelige forsøg og foregå i samarbejde med et dansk sygehus. Et forskningssamarbejde kan fx indledes med en konkret henvisning, hvor det aftales, at opfølgningen på behandlingen sker på et dansk sygehus.

Det er din bopælsregion, som afgør, om du kan tilbydes forskningsmæssig behandling i udlandet, og i givet fald betaler for behandlingen mv.

Eksperimentel behandling - Second opinion-ordningen

Patienter, der lider af en livstruende sygdom, og som af den behandlende læge ikke kan tilbydes yderligere behandling over for selve sygdommen, kan få deres situation vurderet af Sundhedsstyrelsens rådgivende panel vedrørende eksperimentel behandling.

Sundhedsstyrelsen har nedsat et rådgivende panel vedrørende eksperimentel behandling, der efter indstilling fra den behandlende sygehusafdeling rådgiver lægerne om, der kunne være andre behandlingsmuligheder, herunder eksperimentel behandling mv., for patienter, som ikke umiddelbart kan tilbydes yderligere behandling.

Denne mulighed kaldes også "second opinion"-ordningen. En **second opinion** har til formål at sikre, at alle behandlingsmuligheder bliver overvejet, når de behandlingsansvarlige læger har givet patienten de behandlingstilbud, som er mulige i det offentlige sygehusvæsen i Danmark.

Hvad er eksperimentel behandling

Eksperimentel behandling er behandling, hvor der ikke findes samme dokumentation for, at den virker, som for de behandlinger, der normalt gives. Der er heller ikke det samme kendskab til fx bivirkninger. Derfor skal patienten være opmærksom på, at eksperimentel behandling kan medføre risiko for betydelige bivirkninger.

Panelet anbefaler kun henvisning til eksperimentel behandling, hvor der er en vis sandsynlighed for, at behandlingen kan gavne patienten.

Hvordan kan jeg få min sag forelagt second opinion panelet?

En forespørgsel til det rådgivende panel skal sendes fra din behandlingsansvarlige sygehuslæge. Det sker for at sikre, at alle relevante oplysninger om din helbredsmæssige situation bliver forelagt panelet.

Det rådgivende panel foretager en konkret vurdering af hver enkelt patient. Panelet kan indhente yderligere oplysninger og rådgivning både fra Danmark og fra udlandet. Sundhedsstyrelsen udpeger eksperter inden for det pågældende sygdoms område, som henvendelsen drejer sig om.

Regionen kan herefter henvise patienten til det behandlingssted, som panelet anbefaler, hvis Sundhedsstyrelsen har godkendt henvisningen. Godkendelsen kan ske på baggrund af panelets rådgivning, hvis der kan være mulighed for, at en bestemt eksperimentel behandling kan helbrede eller forlænge patientens liv.

Regionsrådets generelle henvisningsmulighed

Et regionsråd kan tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet. Det vil sige, at bopælsregionen har mulighed for at henvise patienter til udlandet efter en konkret vurdering. Der vil være tale om en helt konkret vurdering af patientens samlede situation.

Henvisning til højt specialiseret, forskningsmæssig og eksperimentel behandling skal ske efter de regler, som gælder herfor, jfr. afsnittene om dette ovenfor. Regionsrådet kan ikke henvise til alternativ behandling efter denne regel.

Behandling i udlandet i henhold til EU-reglerne

Du har efter nærmere bestemmelser mulighed for at få dækket udgifter til sygehusbehandling i andre EU-/EØS- lande efter EU-retten.

Reglerne er overordentlig komplicerede og det anbefales at du søger vejledning om dine

NYTTIGE LINKS

[Transportgodtgørelse >](#)

[Sum.dk >](#)

For at kunne benytte dig af denne mulighed skal en række betingelser være opfyldt:

- Din bopælsregion skal være ude af stand til at tilbyde dig rettidig behandling.
 - Om en behandling er rettidig i forhold til dit konkrete behandlingsbehov beror på en lægefaglig vurdering af din sygdomstilstand, dens forventede udvikling og omfanget af eventuelle smerter og handicap mv.
- Du skal forinden have en forhåndsgodkendelse af din bopælsregion.
- Du kan alene søge om godkendelse til samme eller tilsvarende behandling, som du ville blive tilbudt her i landet. Det vil sige, at du ikke kan benytte reglerne til at vælge en anden type behandling, som du skønner er bedre end den, som tilbydes i Danmark eller til at modtage behandling i en situation, hvor din behandlingsansvarlige læge i Danmark ikke finder, at du kan/skal behandles.
- Du skal selv indhente et behandlingstilbud fra et sygehus i et andet EU- eller EØS-land mv.
- Du må ikke have påbegyndt behandlingen på sygehuset i udlandet, før regionen har godkendt din ansøgning.
- Du skal selv sørge for transporten og udgifterne hertil.
 - Du kan dog få betalt den del af transportudgifterne, som din bopælsregion skulle betale, hvis du blev behandlet på et sygehus, som regionen ville have henvist dig til. Det forudsætter bl.a., at du ville have ret til transport eller transportgodtgørelse til sygehuset. Se nærmere i [afsnittet om transportgodtgørelse](#).

muligheder i din region eller hos en patientvejleder forud for en beslutning om at søge behandling i udlandet.

Forhåndsgodkendelse

For nogle behandlinger kræver refusion af udgifterne at du har fået en forhåndsgodkendelse. Det er din region som afgør om du skal have en forhåndsgodkendelse for at kunne få refusion. Sundhedsstyrelsen har offentliggjort en liste over sygehusbehandlinger, hvortil der kræves forhåndsgodkendelse([link](#))

Hvis du er i tvivl om behandlingen i udlandet er omfattet af Sundhedsstyrelsens liste, anbefales det at søge om forhåndsgodkendelse, inden du tager imod behandlingen. Regionen vil herefter afgøre om behandlingen kræver forhåndsgodkendelse.

For de behandlinger der kræver forhåndsgodkendelse, har du alene ret til refusion hvis din region ikke kan tilbyde dig behandling rettidigt.

Om en behandling er rettidig i forhold til dit konkrete behandlingsbehov beror på en lægefaglig vurdering af din sygdomstilstand, dens forventede udvikling og omfanget af eventuelle smerter og handicap mv.

Betingelser for forhåndsgodkendelse:

- Du skal være henvist til sygehusbehandling (medmindre du bliver akut syg i udlandet)
- Din bopælsregion skal være ude af stand til at tilbyde dig rettidig behandling
- Du skal forinden have en forhåndsgodkendelse af din bopælsregion
- Du kan alene søge om godkendelse til samme eller tilsvarende behandling, som du ville blive tilbudt her i landet. Det vil sige, at du ikke kan benytte reglerne til at vælge en anden type behandling, som du skønner er bedre end den, som tilbydes i Danmark eller til at modtage behandling i en situation, hvor din behandlingsansvarlige læge i Danmark ikke finder, at du kan/skal behandles
- Du skal selv indhente et behandlingstilbud fra et sygehus i et andet EU- eller EØS-land mv.
- Du må ikke have påbegyndt behandlingen på sygehuset i udlandet, før regionen har godkendt din ansøgning.
- Du skal selv sørge for ophold, forsikringer, tolkning, transport og udgifterne hertil. Du kan dog få betalt den del af transportudgifterne, som din bopælsregion skulle betale, hvis du blev behandlet på et sygehus, som regionen ville have henvist dig til. Det forudsætter bl.a., at du ville have ret til transport eller transportgodtgørelse til sygehuset. Se nærmere i afsnittet om transportgodtgørelse.

Hvordan ansøger jeg?

Hvis du ønsker at søge om forhåndsgodkendelse, skal du indsende en anmodning om dette til din bopælsregion.

Ansøgningen skal være vedlagt følgende:

- kopi af din henvisning til sygehusbehandling og evt. hvilket sygehus du er tilknyttet i Danmark
- dit samtykke til, at der kan indhentes yderligere helbredsoplysninger til brug for vurdering af ansøgningen
- et tilbud fra det udenlandske sygehus med beskrivelse af den behandling, som ansøgningen omfatter og prisen på behandlingen
- dato for behandling på det udenlandske sygehus.

Regionen skal give dig svar på din ansøgning senest 14 dage efter, at regionen har modtaget den. Fristen udskydes dog, hvis du ikke har medsendt de nødvendige oplysninger.

Du kan læse mere om betingelserne og om dækning, herunder transport mv. i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses vejledning om dækning af behandling i andre EU- og EØS-lande. Den kan findes på www.sum.dk

Efterfølgende refusion - Hvis behandlingen i udlandet allerede er afsluttet, kan du i nogle tilfælde få dækket dine udgifter

Fik du ikke søgt om en forhåndsgodkendelse til sygehusbehandling i et andet EU- eller EØS-land, før behandlingen blev sat i gang, dækker regionen alligevel dine udgifter i særlige tilfælde.

Du kan få refusion i de tilfælde, hvor du havde haft krav på en forhåndsgodkendelse, hvis du havde ansøgt herom, inden behandlingen blev indledt, og det efter omstændighederne ikke skønnes rimeligt af afslå refusion.

Vær dog opmærksom på, at du selv skal betale regningen for behandlingen, hvis du får afslag på den efterfølgende ansøgning om refusion.

Udgifter til transport og ophold dækkes ikke

Du skal selv afholde udgifter til ophold, forsikringer, tolkning, transport og eventuel ledsagelse i forbindelse med behandlingen i udlandet. Hvis du fx får behov for hjemtransport fra udlandet til Danmark med særligt transportmiddel, fx ambulance, så skal du selv betale.

Det anbefales derfor, at du kontakter dit forsikringselskab for at få oplyst, hvilken dækning du har i tilfælde af behov for hjemtransport mv. og eventuelt tegner en forsikring.

De danske klage- og erstatningsadgange gælder ikke

Eventuelle klager over behandlingen eller erstatning for fejlbehandling mv. skal rettes til myndighederne i det pågældende land, hvor du blev behandlet.

Du er ikke dækket af de danske regler om klage og erstatning. Du kan derfor ikke klage til Patientombuddet eller anmelde en skade til Patienterstatningen.

Vær opmærksom på:

Du skal selv betale det udenlandske sygehus og kan derefter få refunderet udgifter svarende til samme eller lignende behandling i Danmark. Det kan derfor godt være dyrere at modtage behandlingen i udlandet end det du vil kunne få refunderet i Danmark

Andre ydelser end sygehusbehandling

Regionen refunderer, iht. EU-reglerne, udgifter til:

- Almen lægehjælp (kun gruppe 2 sikrede)
- Speciallægehjælp
- Visse tandpleje- og tandbehandlinger
- Tandpleje til visse kræftformer og patienter med Sjøgrens Syndrom
- Kiropraktisk behandling
- Fysioterapeutisk behandling
- Fodterapeutisk behandling
- Psykologbehandling

når disse er modtaget i et andet EU/EØS-land.

Kommunale ydelser

Der er også mulighed for tilskud til en række kommunale ydelser.

Det gælder fx:

- børne- og ungdomstandpleje
- støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader
- vederlagsfri genoptræning uden for sygehusregi og
- vederlagsfri fysioterapi.

når disse er modtaget i et andet EU/EØS-land.

Krav til ansøgning om tilskud

Når du søger refusion skal du dokumentere, at ydelsen svarer til en ydelse, der i Danmark ydes tilskud til. Dokumentationen skal indeholde:

- En nærmere beskrivelse af ydelsen. Ved en tandfyldning skal det eksempelvis fremgå, hvilken type der er udført
- Regningsmateriale hvoraf det fremgår, at regningen er betalt. Prisen skal angives opdelt på hver enkelt ydelse
- Kræver ydelsen en lægehenvielse, skal en kopi af denne desuden vedlægges ansøgningen
- Regningsmaterialet skal fremsendes på et sprog som regionen kan sagsbehandle på, dvs. dansk, engelsk, tysk, fransk eller et nordisk sprog.

Hvordan søger du refusion?

Hver region tilrettelægger selv procedurerne for deres sagsbehandling af refusionsanmodninger.

Du kan kontakte din region, eventuelt via regionens hjemmeside, og orientere dig i din bopælsregions procedure.

Du skal indgive ansøgningen om refusion senest 3 år efter du har modtaget behandling eller købt varen/ydelsen i et andet EU/EØS-land.

For så vidt angår kommunale ydelser, kan du rette henvendelse til din kommune for information om, hvorledes du ansøger.

Vær opmærksom på at:

- Du betaler selv den udenlandske behandler og kan efterfølgende søge om refusion fra regionen
- Hvor der i Danmark er krav om en lægehenvielse eller lægeordination for at modtage ydelsen, vil dette også gælde for behandlinger/ydelser modtaget i et EU/EØS-land
- Tilskuddet ydes efter samme regler som er gældende i Danmark. Det vil sige at der ikke kan ydes større tilskud til behandlingen i udlandet, end den samme behandling i Danmark ville have udløst
- Der gives ikke tilskud til behandlinger, som ikke er tilskudsberettiget i Danmark

- Behandleren skal have samme uddannelsesmæssige kvalifikationer, som der kræves af en tilsvarende behandler i Danmark. Ved tvivl herom skal du, som ansøger, dokumentere at behandleren opfylder kvalifikationskravene
- Hvis du er bosat uden for Danmark, skal du have et særligt sundhedskort for at få refunderet sundhedsudgifter. Den kommune, du sidst var bosiddende i, kan vejlede dig om hvorvidt du har ret til et særligt sundhedskort og proceduren for udstedelse af dette.

DU KAN LÆSE MERE HER

- Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, § 89.
- Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling mv. nr. 1661 af 27. december 2013, kapitel 5
- Patientombuddets hjemmeside: www.patientombuddet.dk
- Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk
- Sundhedsministeriets hjemmeside: www.sum.dk

Behandlingsgarantien - Maksimale ventetider

Behandlingsgaranti ved livstruende hjertesygdomme

Lider du af en livstruende hjertesygdom, gælder der særlige regler for, hvor lang ventetiden må være på undersøgelse og behandling.

Hvis sygehuset ikke kan undersøge og behandle dig inden for de maksimale ventetider, skal du informeres om dette, og sygehuset skal undersøge dine muligheder for hurtigere undersøgelse og behandling andre steder her i landet eller i udlandet, hvis du ønsker det.

De maksimale ventetider er generelle og ikke et udtryk for, hvor længe den enkelte patient kan tåle at vente. Vurderer den behandlende læge, at din sygdom kræver hurtigere behandling, skal lægen tage initiativ til, at du får dette tilbudt. Omvendt vil du ikke være omfattet af de fastsatte frister, hvis din helbredstilstand gør, at du ikke er klar til at modtage behandling.

Hvem er omfattet?

Inden for hjerteområdet gælder de maksimale ventetider for patienter med iskæmisk hjertesygdom, hvor der er:

- påvist venstre hovedstammesygdom (hjertesygdom forårsaget af åreforkalkning i en bestemt kranspulsåre i hjertet)
- dokumenteret ustabil angina pectoris (svær form for hjertekramper på grund af forkalkning i hjertets kranspulsårer)
- angina pectoris-smerter umiddelbart efter akut myokardieinfarkt (hjertekramper umiddelbart efter blodprop i hjertet).

Dog gælder de maksimale ventetider kun hjertesygdomme, hvor blodgennemstrømning i et eller flere blodkar kan genskabes ved et indgreb (revaskulariserende behandling).

Hvilke frister gælder?

Den maksimale ventetid til:

- Indgreb (revaskularisering) på grund af påvist hovedstammesygdom er to uger fra den dag, hvor afdelingen som skal foretage indgrebet - har modtaget henvisningen.
- Indgreb (revaskularisering) for svære hjertekramper på grund af forkalkning i hjertets kranspulsårer er tre uger fra den dag, hvor afdelingen som skal foretage indgrebet - har modtaget henvisningen.
- Indgreb (revaskularisering) for hjertekramper lige efter en blodprop i hjertet er fem uger fra den dag, hvor afdelingen som skal foretage indgrebet - har modtaget henvisningen.

Hvis fristerne ikke kan overholdes

Din hjemregion er ansvarlig for, at du - så vidt det overhovedet er muligt - får et tilbud om behandling inden for de maksimale ventetider.

Sygehusafdelingen skal inden otte hverdage fra henvisningen er modtaget oplyse dig om, hvorvidt fristerne kan overholdes.

I nogle tilfælde kan det sygehus, du er henvist til, ikke tilbyde dig behandling inden for de maksimale ventetider - fx hvis sygehusafdelingen har kapacitetsmæssige vanskeligheder. Sygehuset skal så tilbyde dig henvisning til et andet offentligt eller privat sygehus i Danmark eller i udlandet inden for de maksimale ventetider.

Hvis sygehuset ikke kan finde et offentligt eller privat sygehus, skal sygehuset - hvis du ønsker det - kontakte Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen skal da forsøge at finde et behandlingstilbud i Danmark eller i udlandet inden for de maksimale ventetider.

Hvis det heller ikke er muligt for Sundhedsstyrelsen - og du selv kan finde et behandlingstilbud på et sygehus i Danmark eller i udlandet - kan du blive henvist til dette sygehus, hvis det kan varetage din behandling på forsvarlig vis. Sundhedsstyrelsen skal derfor først godkende henvisningen.

Hvis du bliver tilbudt behandling på et udenlandsk sygehus, er det din hjemregion som tilrettelægger sygehusbehandlingen i udlandet. Regionen kontakter det udenlandske sygehus, videregiver relevante journaloplysninger og sørger for din transport, dit ophold og eventuel tolkning mv.

Din hjemregion betaler udgifterne til behandling, transport og nødvendigt ophold uden for regionen eller i udlandet, når du er henvist efter disse regler.

Bemærk

Hvis du af private årsager har sagt nej til en tilbudt behandlingsdato, har sygehuset ikke pligt til at give dig et nyt behandlingstilbud inden for den maksimale ventetid. Sygehuset skal dog tilbyde dig en ny behandlingsdato hurtigst muligt.

Du er omfattet af reglerne om ret til hurtig udredning og har stadig frit sygehusvalg til offentlige sygehuse i Danmark, selvom du har en sygdom, som er omfattet af reglerne om maksimale ventetider.

Når du er udredt og afventer behandling, har du også mulighed for at benytte dig af reglerne om **udvidet frit sygehusvalg**, hvis ventetiden til behandling på sygehusene i din hjemregion overstiger en/to måneder.

Nogle patienter ønsker ikke at flytte behandlingssted, men ønsker måske at afkorte ventetiden ved at få foretaget en undersøgelse fx en skanning på et aftalesygehus. I nogle tilfælde kan du komme hurtigere i behandling for din hjertesygdom, hvis du benytter det udvidede frie sygehusvalg. Du kan læse mere herom i afsnittet "**Frit valg af sygehus**".

NYTTIGE LINKS

[Frit sygehusvalg >](#)

[Udvidet frit sygehusvalg >](#)

[Patientombuddet >](#)

Klageadgang

Du kan klage til [Patientombuddet](#) over afgørelser vedrørende behandlingsgarantien. Du skal indgive din skriftlige klage over afgørelsen til Patientombuddet inden fire uger. Klagefristen regnes normalt fra det tidspunkt, hvor du er blevet vejledt om eller i øvrigt blev opmærksom på din klagemulighed. Patientombuddet kan i øvrigt, hvis der er særlige grunde, behandle din klage efter de fire ugers udløb.

DU KAN LÆSE MERE HER

- [Ministeriet for sundhed og forebyggelses pjece: Sygehusvalg](#)
- [Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, § 88](#)
- [Bekendtgørelse nr. 1661 af 27.12.2013 om ret til sygehusbehandling](#)
- [Bekendtgørelse nr. 1749 af 21. december 2006 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v.](#)
- [Ministeriet for sundhed og forebyggelses pjece: Maksimale ventetider på behandling for kræft og visse hjertesygdomme](#)
- [Vejledning nr. 9497 af 3.7.2014 om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter](#)
- [Lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 om klage- og erstatningsadgang](#)

Kontaktperson

Hvad er en sundhedsfaglig kontaktperson?

En kontaktperson kan være en eller flere navngivne sundhedsfaglige personer, som deltager i behandlingen af dig.

Ifølge loven er formålet med en kontaktperson at skabe kvalitet, sammenhæng og tryghed for patienten. Det skal ske ved, at kontaktpersonen skal være med til at give information og sikre sammenhæng i patientforløbet.

Kontaktpersonen skal, sammen med det øvrige personale, der er involveret i din behandling, sikre at behandlingsplanen følges, og at eventuelle misforståelser forebygges og afklares.

Hvornår har du krav på en sundhedsfaglig kontaktperson?

Skal du til flere end to ambulante behandlinger, eller skal du indlægges på hospital i mere end to døgn, har du krav på at få tilknyttet en navngiven kontaktperson på sygehuset.

Er dit behandlingsforløb kortere, vil du få tilbudt en kontaktperson, hvis du har særligt behov for det. Det er lægen, som behandler dig, der vurderer, om du har et særligt behov for en kontaktperson.

Sygehuset skal både mundtligt og skriftligt oplyse dig om din kontaktpersons navn og funktion.

Hvis du bliver flyttet til en anden afdeling, får du tildelt en ny kontaktperson på denne afdeling.

Klageadgang

Du kan klage til [Patientombuddet](#) over afgørelser vedrørende kontaktperson.

Fristen for at klage er fire uger, der som udgangspunkt regnes fra den dag, hvor du modtog afgørelsen.

Hvis du klager over, at regionen eller kommunen har undladt at træffe en afgørelse eller beslutning, som du mener, du har krav på, regnes klagefristen normalt fra det tidspunkt, hvor du blev vejledt om eller i øvrigt blev opmærksom på din klagemulighed. Hvis du således vil klage over, at behandlingsstedet ikke tilbød dig en kontaktperson, regnes klagefristen normalt fra det tidspunkt, hvor du er blevet vejledt om, at du havde krav på en kontaktperson.

[Patientombuddet](#) kan i øvrigt, hvis der foreligger særlige grunde, behandle din klage efter de fire ugers udløb.

KILDER

- [Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, kapitel § 23a](#)
- [Lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet](#)

Pakkeforløb på hjerteområdet

Hvad er et pakkeforløb?

Et pakkeforløb er en måde at tilrettelægge undersøgelser og behandling på. Formålet med et pakkeforløb er at tilbyde patienterne undersøgelser og behandling i planlagte forløb med information undervejs.

Hvilke hjertesygdomme er inkluderet i pakkeforløbene?

Der er indført pakkeforløb for fire hjertesygdomme. Pakkeforløbene tilbydes hjertepatienter, der ikke er akut syge, og som kan indgå i et planlagt undersøgelses- og behandlingsforløb. Pakkeforløbene skal sikre, at alle patienter får samme hurtige og korrekte behandling på sygehuset.

De fire sygdomme er:

- hjerteklapsygdom
- hjertesvigt
- stabil angina pectoris (stabile hjertekramper)
- ustabil angina pectoris/NSTEMI (ustabile hjertekramper/blodprop i hjertet).

Pakkeforløbene omfatter hele patientforløbet fra begrundet mistanke om hjertesygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og rehabilitering.

Pakkeforløbene beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger samt de samlede forløbstider. Pakkeforløbene beskriver også, hvilken information, du som patient, skal modtage gennem hele forløbet.

Hvem henvises til pakkeforløb?

Henvisning til et pakkeforløb sker, når en praktiserende læge eller speciallæge har begrundet mistanke om, at en person har en af de fire hjertesygdomme, der er omfattet af pakkeforløbene.

Den begrundede mistanke af- eller bekræftes med de indledende undersøgelser i pakkeforløbet.

Hvis det gennem udredningen viser sig, at der alligevel ikke er tale om en af de fire hjertesygdomme, udtræder patienten af pakkeforløbet.

Hvad betyder forløbstid?

For at sikre patienterne et forløb uden unødigt ventetid, er der fastsat mål for, hvor hurtigt forløbet bør gennemføres. Disse tider kaldes forløbstid.

I forløbstiden er der bl.a. taget højde for den tid, det tager at gennemføre undersøgelser og analysere resultater samt forberede og foretage behandlinger. Desuden er der afsat tid til, at patienten kan overveje mulige behandlingstilbud.

Forløbstiden er en målsætning, ikke en fast rettighed

Forløbstiden er en målsætning, som regionerne bestræber sig på at efterleve.

Konkret kan forløbstiden afvige fra målsætningen. Det kan for eksempel skyldes, at der skal ske en sideløbende undersøgelse eller behandling af andre sygdomme, at patienten ønsker længere tid til at vænne sig til situationen eller til at træffe beslutning om behandling. I praksis kan forløbstiden derfor variere fra patient til patient.

Forløbstiden er en rettesnor for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisningen, til behandlingen er begyndt.

Hvordan klager jeg?

Hvis du oplever, at forløbstiden ikke overholdes, eller der er andet omkring pakkeforløbet, som du ønsker at klage over, kan klagen rettes til sygehuset.

Bemærk

Patienter, der henvises til pakkeforløb, er som alle øvrige patienter omfattet af reglerne om ret til hurtig udredning, **almindeligt** og **udvidet frit sygehusvalg**.

NYTTIGE LINKS

[Frit sygehusvalg >](#)

[Udvidet frit sygehusvalg >](#)

[Sundhed.dk >](#)

[sst.dk >](#)

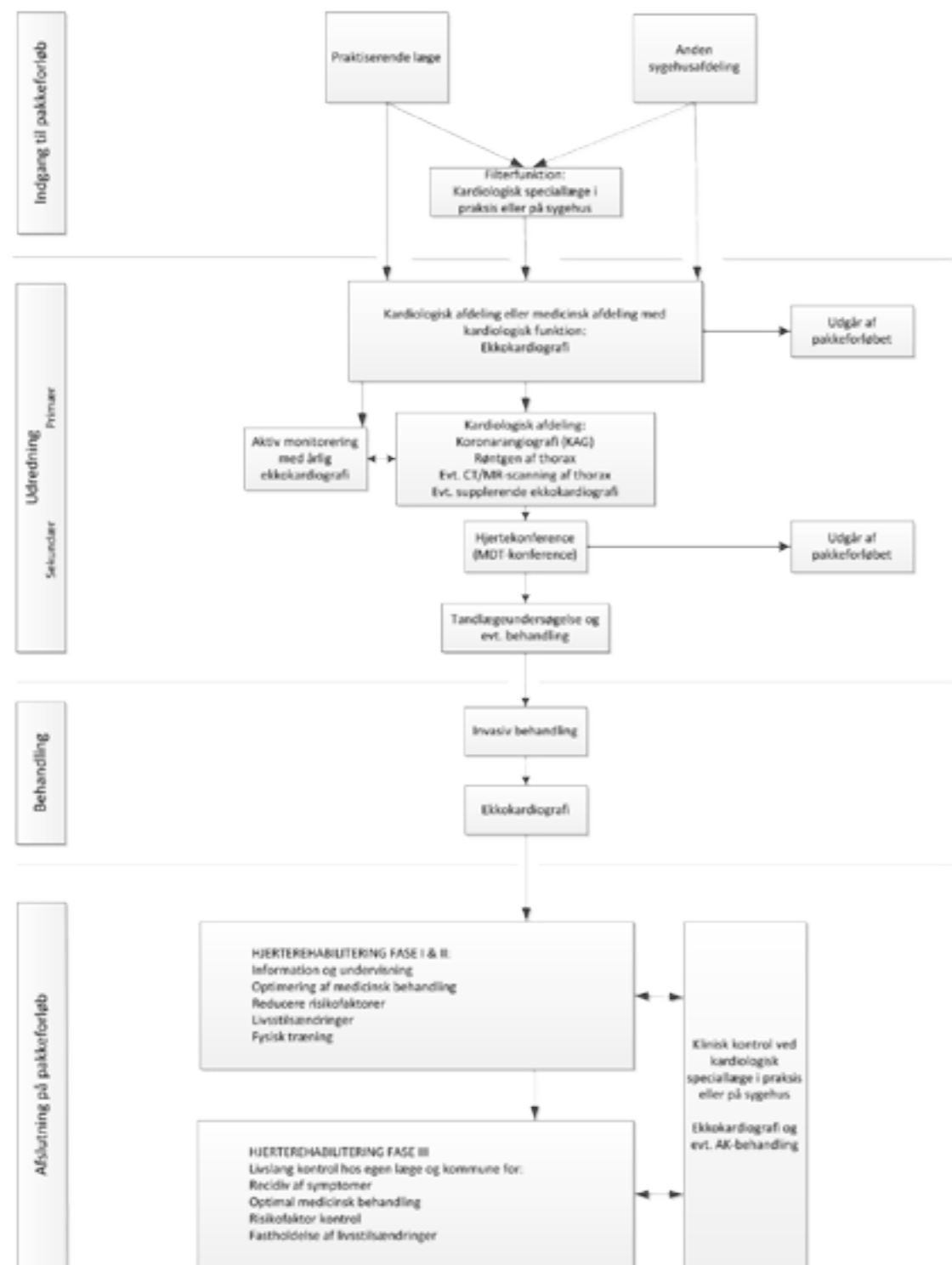
DU KAN LÆSE MERE HER

- Klik ind på www.sundhed.dk
- Sundhedsstyrelsen, www.sst.dk

Oversigt over pakkeforløb for hjerteklapsygdom

Oversigten er et forenklet billede af pakkeforløbet for hjerteklapsygdom. Den tager udgangspunkt i et typisk patientforløb.

Et konkret forløb skal tilpasses den enkelte patient, og kan derfor variere fra det viste. Patienter, der viser sig ikke at lide af hjerteklapsygdom, udgår af pakkeforløbet.



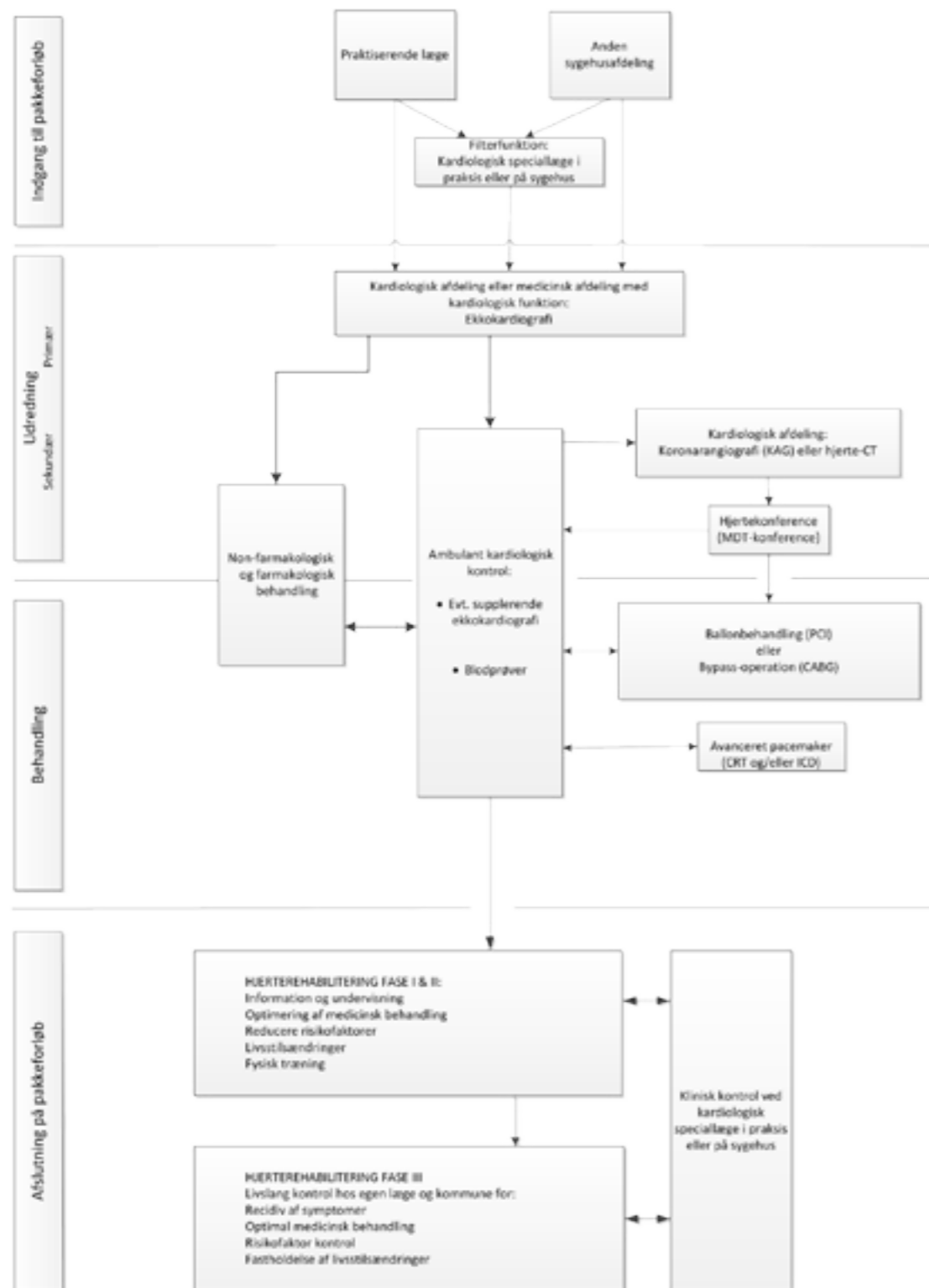
Forløbstider i pakkeforløb for hjerteklapsygdom

Internaval	Forløbstid
Fra sygehuset har modtaget henvisningen til første fremmøde på sygehuset	7 hverdage
Fra første fremmøde på sygehuset til afslutning på den primære udredning	7 hverdage
Fra start på sekundær udredning (eventuelt supplerende undersøgelser) til start på behandling	14 hverdage

Oversigt over pakkeforløb for hjertesvigt

Oversigten er et forenklet billede af pakkeforløbet for hjertesvigt. Den tager udgangspunkt i et typisk patientforløb.

Et konkret forløb skal tilpasses den enkelte patient, og kan derfor variere fra det viste. Patienter, der viser sig ikke at lide af ustabile hjertesvigt, udgår af pakkeforløbet.

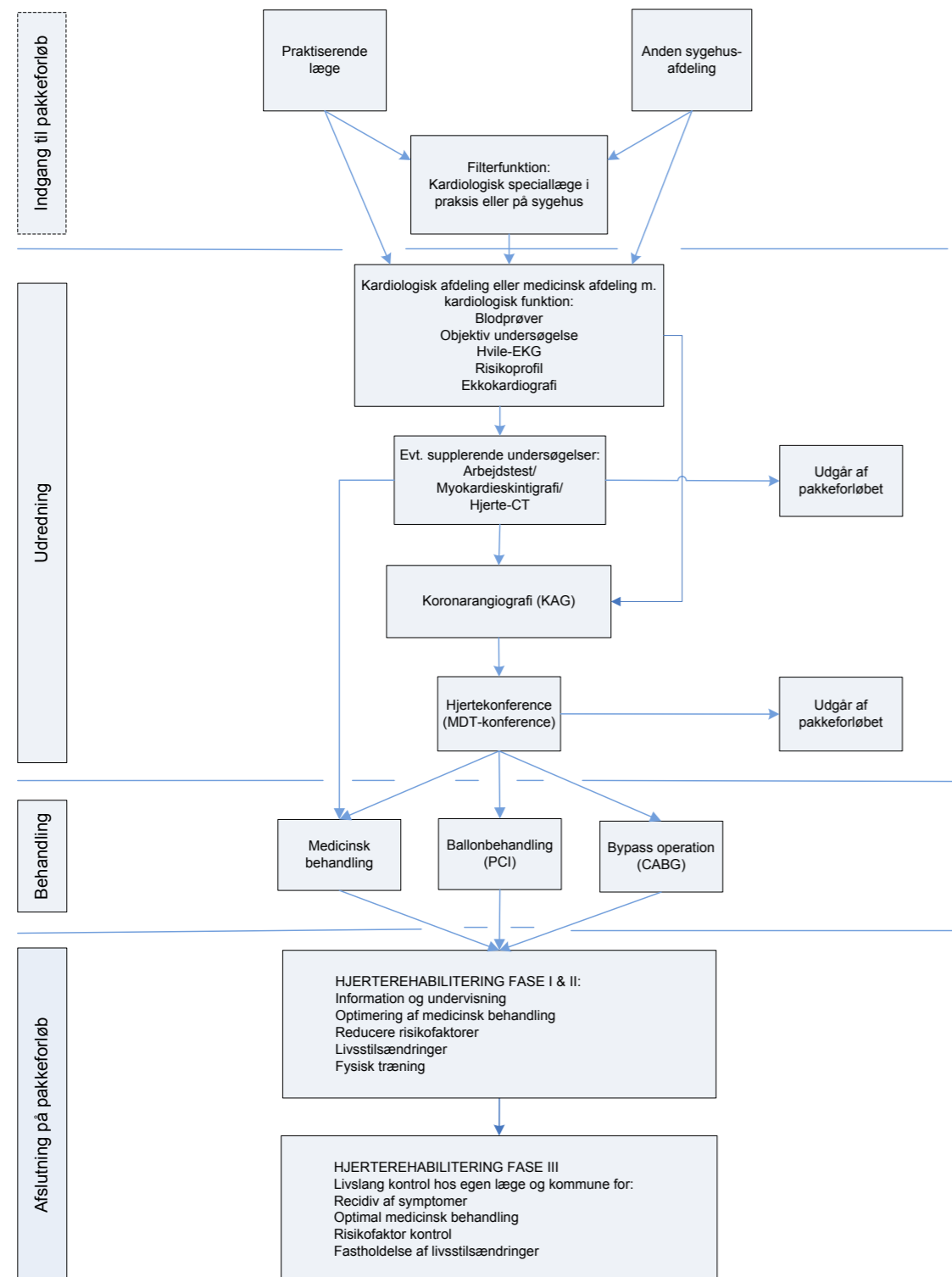


Forløbstider i pakkeforløb for hjertesvigt

Interval	Forløbstid
Fra sygehuset har modtaget henvisningen til første fremmøde på sygehuset	7 hverdage
Fra første fremmøde på sygehuset til afslutning på den primære udredning	7 hverdage
Fra start på sekundær udredning (eventuelt supplerende undersøgelser) til start på behandling	Individuel vurdering

Oversigt over pakkeforløb for stabile hjertekramper

Oversigten er et forenklet billede af pakkeforløbet for stabile hjertekramper. Den tager udgangspunkt i et typisk patientforløb. Et konkret forløb skal tilpasses den enkelte patient, og kan derfor variere fra det viste. Patienter, der viser sig ikke at lide af stabile hjertekramper, udgår af pakkeforløbet.

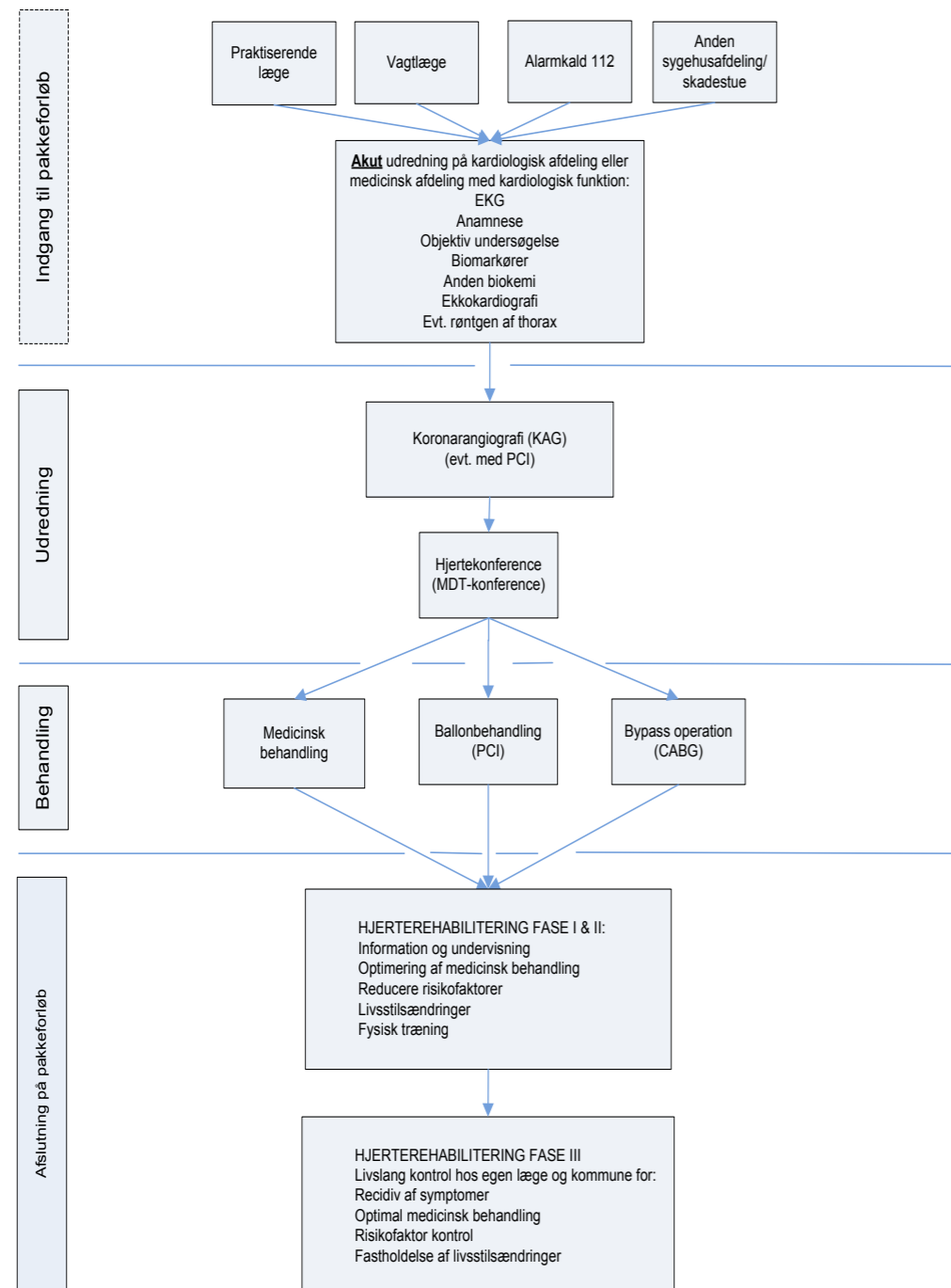


Forløbstider i pakkeforløb for hjertekramper

Interval	Forløbstid
Fra sygehuset har modtaget henvisningen til første fremmøde på sygehuset	7 hverdage
Fra første fremmøde på sygehuset til afslutning på udredning	15-18 hverdage + evt. 5 hverdage, hvis der skal foretages ekstra undersøgelser
Fra afslutning på udredning til start på behandling	10 hverdage

Oversigt over pakkeforløb for ustabile hjertekramper og blodprop i hjertet

Oversigten er et forenklet billede af pakkeforløbet for ustabile hjertekramper. Den tager udgangspunkt i et typisk patientforløb. Et konkret forløb skal tilpasses den enkelte patient, og kan derfor variere fra det viste. Patienter, der viser sig ikke at lide af ustabile hjertekramper eller blodprop i hjertet, udgår af pakkeforløbet.



Forløbstider i pakkeforløb for ustabile hjertekramper og blodprop i hjertet

Interval	Forløbstid
Fra modtagelse på sygehuset til undersøgelse	Under 24 timer
Fra diagnosen er stillet til koronarangiografi (KAG) – eventuelt med ballonudvidelse (PCI)	3 kalenderdage
Fra KAG til bypass-operation	7 kalenderdage

Rehabilitering

Rehabilitering har til formål at sikre, at en forringet eller mistet funktionsevne genvindes bedst mulig og skal tilbydes personer med nedsat funktionsniveau som følge af sygdom eller ulykke.

Det anbefales sædvanligvis, at rehabiliteringsprogrammer på sundhedsområdet omfatter patientinformation og undervisning, fysisk træning, støtte til rygestop, støtte til kostomlægning, psykosocial støtte, optimeret medicinsk behandling samt risikofaktorkontrol, klinisk opfølgning og vedligeholdelse af ændret livsstil.

Regioner og kommunerne har pligt til at stille rehabiliteringstilbud til rådighed, men lovgivningen er meget uklar på dette punkt. Det er derfor i vidt omfang op til den enkelte region og kommune at tage stilling til, hvilke tilbud de ønsker at stille til rådighed.

I forbindelse med kommunalreformen blev regioner og kommuner dog forpligtet til at iværksætte forskellige tiltag, som skal sikre, at regioner og kommuner løfter opgaven omkring rehabilitering i en koordineret tværgående patientindsats, med henblik på at patienten kan modtage et sammenhængende patientforløb. Det sker blandt andet via sundhedsaftaler.

Sundhedsaftaler

Regioner og kommuner skal indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af sundhedsopgaver i de patientforløb, som går på tværs af region og kommune.

Der skal indgås sundhedsaftaler på minimum 6 obligatoriske indsatsområder:

- Indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Træningsområdet
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse – hvilket også omfatter rehabilitering
- Indsatser for mennesker med sindslidelser
- Opfølgning på utilsigtede hændelser

Forløbsprogrammer for kronisk sygdom og pakkeforløb for livstruende sygdomme

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledende forløbsprogrammer for kronisk sygdom, som kan fungere som støtte for regioner og kommuners indsatser på området.

Sundhedsstyrelsen har ligeledes på udvalgte områder, herunder hjerteområdet, udarbejdet pakkeforløb, hvori der er anbefalinger til rehabiliteringsindsatsen, samt en national klinisk retningslinje vedr. hjerterehabilitering.

Hjerterehabilitering

Patienter, der bliver behandlet for hjertesygdom, som er omfattet af et pakkeforløb (ustabile hjertekramper eller blodprop i hjertet, hjerteklapsygdom, stabile hjertekramper og hjertesvigt) vil som led i pakkeforløbsbeskrivelsen få et individuelt tilbud om rehabilitering.

Rehabiliteringen kan indeholde information, fysisk træning, støtte til rygestop, kostomlægning, patientuddannelse, opsporing af depression og angst, samt psykisk og social støtte. Derudover kan rehabiliteringen omfatte vedligeholdelse af symptombehandling og forebyggende medicinsk behandling.

Patienten skal i forbindelse med rehabiliteringen modtage information om forløbets indhold, forventet udbytte mv.

Sundhedsstyrelsen udgav den 11. oktober 2013 en National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering. Retningslinjen er målrettet patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapopererede patienter.

Ansvar

For så vidt angår rehabiliteringsindsatser, som fremgår af sundhedsloven, har både regioner og kommuner ansvaret for tilbuddet til borgerne.

For eksempel har regionerne (ved regionens sygehuse) pligt til at tilbyde genoptræning under indlæggelse eller specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehuset.

Regionerne og kommunerne deler ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der har til formål at modvirke, at en sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer.

Kommunerne har ansvaret for at tilbyde fx almindelig genoptræning efter udskrivning fra sygehus, vedligeholdelsestræning, hjemmesygepleje og fysioterapi.

DU KAN LÆSE MERE HER

En oversigt over de forskellige regioner og kommuners tilbud inden for rehabilitering finder du på www.sundhed.dk/soft eller på regionernes og kommunernes hjemmesider

- På www.sundhed.dk kan du endvidere læse om de samlede pakkeforløb for hjertesygdomme under fanen "Behandling og rettigheder", "pakkeforløb", "hjertesygdomme – pakkeforløb"
- [Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, afsnit IX](#)
- [Vejledning nr. 9439 af 13. juli 2011 om kommunal rehabilitering](#)
- [Vejledning nr. 110 af 1. december 2009 om træning i kommuner og regioner](#)
- [Sundhedsstyrelsens vejledning "Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119 stk. 3", 2009](#)

Information og samtykke

Du har ret til information

Som patient har du ret til at blive grundigt informeret om din sygdom og behandling. Det er et krav, at informationen gives, så den er målrettet til dig og i et sprog, du forstår.

Du skal bl.a. have information om:

- hvad du fejler
- hvilke behandlingsmuligheder, der findes
- hvilke mulige komplikationer og bivirkninger, der kan være ved en undersøgelse eller en behandling
- hvilke muligheder, der er for at forebygge og pleje
- det forventede resultat af behandlingen
- hvilke konsekvenser, det kan have, hvis du ikke ønsker behandling.

Retten til information gælder på ethvert tidspunkt i forløbet. Hvis du ikke forstår den information, du får, eller hvis du ønsker flere oplysninger, skal du fortælle det til personalet, som er forpligtet til at sørge for, at du modtager informationen.

Hvis der er oplysninger om din helbredstilstand, du ikke ønsker at vide noget om, kan du bede om ikke at få information om dem. Drøft dette med din behandlingsansvarlige læge så tidligt i behandlingsforløbet som muligt.

Du bestemmer selv - dit samtykke

Du bestemmer selv (giver dit samtykke til) om en tilbudt undersøgelse eller behandling skal sættes i gang.

Det gælder også, selv om der ikke findes andre muligheder for behandling. Desuden kan du på et hvilket som helst tidspunkt kræve, at en behandling skal ophøre.

Hvis lægen ændrer behandlingen, skal du informeres om dette, og lægen skal bede om dit samtykke til den ændrede behandling. Du kan også her på ethvert tidspunkt trække dit samtykke tilbage. Det kan du gøre enten mundtligt eller skriftligt. Lægen vil i det tilfælde tale med dig igen og eventuelt aftale en anden behandling.

Børn og unge

Unge mellem 15-17 år

Retten til selv at bestemme og give samtykke gælder fra du er 15 år. Hvis du er mellem 15 og 17 år, kan du selv give samtykke til behandling. Også hvor dine forældre er uenige i din beslutning.

Normalt vil dine forældre også have ret til information, så de kan deltage i dine overvejelser og stillingtagen.

I særlige situationer kan informationen til dine forældre dog begrænses af hensyn til dig, hvis du beder om det. Det er sundhedspersonalet, som vurderer, om der er tale om en situation, hvor man kan undlade at informere dine forældre.

Dine forældre skal dog altid, hvor det er relevant, informeres om, at du er i live, og hvor du befinder dig.

NYTTIGE LINKS

[Valg af behandling >](#)

[Information om tilbud >](#)

[Livstestamente >](#)

[Klage til patientombuddet >](#)

Hvis lægen vurderer, at du ikke er i stand til alene at træffe beslutning om behandlingen, er det dine forældre eller den af dine forældre, der har forældremyndigheden, der, i dialog med dig, giver samtykke på dine vegne. Sundhedspersonalet skal tage dine tilkendegivelser med i overvejelserne af undersøgelses- og behandlingstilbud.

Børn under 15 år

Hvis du er under 15 år, er det dine forældre eller den af dine forældre, der har forældremyndigheden, som giver det endelige samtykke. Men du har krav på at få information af sundhedspersonalet og på at blive inddraget i beslutningen, ved at sundhedspersonalet lytter til dine meninger og ønsker og så vidt muligt tager højde for dem.

Akut behandling uden samtykke

I særlige situationer kan lægen behandle dig uden at have dit samtykke. Det gælder fx i livstruende situationer, hvor øjeblikkelig behandling af dig er påkrævet, og hvor du ikke er i stand til at tage stilling til eller give samtykke til behandlingen.

Når den akutte situation er overstået, skal du informeres og have mulighed for at give samtykke til den fortsatte behandling.

Hvis du ikke selv kan give samtykke

Hvis du ikke selv er i stand til at give dit samtykke, fx ved bevidstløshed, svær hukommelsessvækkelse, svær demens eller psykose, kan dine nærmeste pårørende få informationer om din situation og sundhedspersonalets forslag til behandling af dig. Dine pårørende vil herefter kunne give samtykke på dine vegne.

Du skal involveres i beslutninger om undersøgelser og behandling i så høj grad, som det er muligt, selvom du ikke er fuldt i stand til at overskue informationen og give samtykke.

Dine pårørende kan ikke frabede sig behandling af dig, ligesom du selv kan, medmindre at sygdommens karakter er så alvorlig og din situation så svær, at sundhedspersonalet selv, på baggrund af grundig information, foreslår dine pårørende at overveje muligheden for ingen eller mindre intensive behandlingstiltag, hvor det vil være det mest gavnlige eller skånsomme for dig. Er de pårørende ikke enige i den behandling som sundhedspersonalet anser for nødvendig for dig, vil behandlingsforslaget blive drøftet med Sundhedsstyrelsen og såfremt de er enige i sundhedspersonalets vurdering, bliver behandlingen gennemført.

Normalt er det dine nærmeste pårørende, der træder til og giver samtykke – dvs. din ægtefælle, samlever, voksne børn eller andre slægtninge. Det behøver dog ikke være et familiemedlem. Det kan også være en anden person, som du er særligt knyttet til. Det vurderes af sundhedspersonen i hvert enkelt tilfælde.

Hvis du ikke har nærmeste pårørende eller en værge, vil de behandlingsansvarlige sundhedspersoner drøfte din situation med en anden sundhedsperson med faglig indsigt på området, som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i din behandling, og iværksætte den behandling man mener er bedst for dig.

Særlige situationer

Hvis du er uafvendeligt døende, kan du, ligesom i alle andre situationer, afvise at modtage mere behandling. Hvis du i denne situation ikke længere er i stand til at fortælle, hvad du ønsker, kan den behandlingsansvarlige sundhedsperson undlade at fortsætte med den livsforlængende behandling, hvor den kun kan udskyde dødens indtræden.

Du har desuden ret til at få smertestillende, beroligende eller lignende lægemidler, som er nødvendige for at lindre din tilstand, også selv om medicineringen går ud over, hvad man normalt anbefaler og derfor måske kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Lægen skal respektere, hvis du har oprettet et livstestamente, hvor du har givet udtryk for, at du ikke ønsker behandling, hvis døden er uafvendelig. Du kan læse mere i [afsnittet om livstestamente her](#).

En patient er uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger trods anvendelse af de - ud fra den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens eventuelle følgetilstande - foreliggende behandlingsmuligheder.

Klageadgang

Hvis du mener, at din ret til selv at bestemme ikke er blevet respekteret af lægen, kan du [klage til Patientombuddet](#).

DU KAN LÆSE MERE HER

- Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, Kapitel 5
- Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.
- Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.
- Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002 om sundhedspersoners tavshedspligt – dialog og samarbejde med patientens pårørende
- Lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet

Journaloplysninger – Aktindsigt

Når du er fyldt 15 år, har du som udgangspunkt ret til at få at vide, hvad der står i din journal. Du har ret til at se alt, hvad der er skrevet i din journal.

Journalen indeholder blandt andet oplysninger om:

- diagnose
- sygdomsforløb
- resultater af undersøgelser og behandling
- røntgenbilleder/skanninger samt beskrivelsen af dem
- korrespondance med praktiserende læge, andre hospitaler, myndigheder og evt. pårørende.

En sundhedsperson skal, hvis du ønsker det, hjælpe med at forklare indholdet af journalen.

Journalen er et arbejdsredskab for sundhedspersonalet, og er derfor ikke skrevet med henblik på kommunikation med patienten. Ud over latinske ord og fagudtryk kan der derfor forekomme særlige vendinger og formuleringer, som er almindelige blandt sundhedspersonale til beskrivelse af en patients tilstand eller en situation, men som ikke anvendes på samme måde i andre sammenhænge.

Hvordan får jeg aktindsigt?

Du kan enten logge på e-journal via www.sundhed.dk og se din journal elektronisk, eller du kan henvende dig til den sygehusafdeling eller privatpraktiserende speciallæge, hvorfra du ønsker at se din journal og anmode om en journalkopi. Du kan både henvende dig personligt eller skriftligt til afdelingen.

Selvom dele af journalen kan ses elektronisk via e-journal, har du stadig ret til at modtage en papirkopi af din journal. Det er en god idé at præcisere over for personalet, hvilke dele af journalen du er interesseret i, fx lægejournalen, sygeplejejournalen, prøvesvar, testresultater eller hele journalen. Sygehusafdelingen skal indenfor 7 arbejdsdage enten fremsende en kopi af journalen eller meddele dig, hvornår du kan forvente at modtage kopien samt årsagen til forsinkelsen.

Særligt vedr. e-journal

Journaloplysningerne kan først ses i e-journal efter 14 dage, fra det tidspunkt de indtastes i journalsystemet. Ønsker du indsigt i oplysningerne inden da, må du bede afdelingen om enten at se journalen på afdelingen eller få tilsendt en kopi.

For at kunne logge på e-journal skal man have en digital signatur. Man skal være 15 år for at få en digital signatur. Derfor kan børn og unge under 15 år ikke bruge e-journal.

Det er heller ikke på nuværende tidspunkt muligt for forældre, via deres digitale signatur, at se deres børns e-journal.

Hvem kan få adgang til oplysningerne i min journal?

Som hovedregel er det kun dig og de sundhedspersoner, som er involveret i din aktuelle behandling, som kan se dine journaloplysninger, med mindre du frabeder dig at de kigger i din journal.

Du kan give en anden fuldmagt til at få helt eller delvist indsigt i din journal. Du bestemmer selv hvor meget af journalen, der skal være omfattet af fuldmagten. Dette kan fx være en pårørende, som du ønsker at dele oplysningerne med eller en anden person efter dit valg.

Forældre eller værgers aktindsigt

Forældre til børn under 18 år har ret til at se barnets journal – medmindre hensynet til barnet vejer tungere. Forældrene kan nægtes indsigt i oplysninger om fx prævention, abort eller behandling for kønssygdomme.

Såfremt en voksen patient ikke selv kan varetage sine interesser vil det være nærmeste pårørende eller værgen, hvis en sådan er udmeldt og hvis værgemålet omfatter personlige forhold, som kan indtræde i patientens ret til at modtage information og give samtykke til behandling.

For at kunne dette, har nærmeste pårørende eller værgen ret til at se de dele af journalen, som er nødvendige for at kunne varetage patientens interesser og behov i den konkrete situation.

Pårørende til afdøde patienter

Sundhedspersonalets tavshedspligt er stadig gældende, selvom patienten dør. Som nærmeste pårørende til en afdød patient har du efter reglerne i loven ret til at modtage informationer om sygdomsforløbet, dødsårsagen og døds måden.

Oplysningerne kan kun udleveres, hvis det ikke må antages at stride mod afdødes ønske og hensynet til afdøde, og hvis der ikke er andre private interesser, som taler afgørende imod at udlevere disse.

De nærmeste pårørende har alene ret til informationer om sygdomsforløbet, som umiddelbart ledte til døden. Pårørende har ikke ret til at få informationer om tidligere sygdomsforløb.

Vær opmærksom på, at:

- der gælder andre regler for journaler, som er ført før 1. januar 1987.
- det ikke er alle sygehuse, som har en fælles journal, der anvendes af alle afdelinger på sygehuset. Har hver afdeling deres egen journal, skal du normalt henvende dig til de konkrete afdelinger hvorfra du ønsker en kopi af journalen, eller du kan henvende dig til sygehusets journalarkiv med din anmodning om aktindsigt.

Betaling

Aktindsigt i en sygehusjournal

Første kopi af journalen er gratis. Beder du senere om en kopi af det samme materiale, kan der opkræves et gebyr.

Hvis du senere i forløbet henvender dig til afdelingen og beder om kopi af de nye journalnotater, som er tilkommet siden sidste anmodning, vil du ikke blive opkrævet gebyr.

Du kan også få kopi af røntgenbilleder, skanninger, lydbånd etc., men du skal selv betale udgifterne til kopiering af materialet. Den diagnostiske afdeling vil kunne oplyse prisen på dette.

Aktindsigt hos en privatpraktiserende sundhedsperson

Anmoder du om aktindsigt hos en privatpraktiserende sundhedsperson (fx egen læge eller en speciallæge), kan sundhedspersonen kræve 10 kr. for hver påbegyndt side, i alt dog højst 200 kr, og du kan afkræves betaling fra første gang, du beder om aktindsigt.

KILDER

- Sundhedsloven, Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010. kapitel 8
- Vejledning om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger, nr. 155 af 14. september 1998
- Lov om behandling af personoplysninger, nr. 429. af 31.maj 2000
- Bekendtgørelse om betaling for afskrifter, edb-udskrifter, og fotokopier, der udleveres efter kap. 4 i lov om patienters retsstilling, nr. 664 af 14. september 1998

Tavshedspligt

Alle sundhedspersoner er underlagt tavshedspligt. En sundhedsperson må således som altovervejende udgangspunkt ikke videregive oplysninger om en patients helbred og andre fortrolige oplysninger uden patientens samtykke.

Der er imidlertid en række undtagelser, hvor personalet af hensyn til din behandling eller af andre væsentlige hensyn må videregive oplysninger uden at have indhentet et samtykke. Du kan dog altid på forhånd frabede dig, at oplysninger om dig gives til andre sundhedspersoner, pårørende, myndigheder eller andre.

Det kan i visse tilfælde have konsekvenser for din undersøgelse og behandling, såfremt sundhedspersonalet ikke kan udveksle oplysninger. Det anbefales derfor, at du tager en drøftelse med personalet om eventuelle konsekvenser af, at du frabeder dig videregivelse af oplysninger.

Hvad er fortrolige oplysninger?

Oplysninger om helbred, personlige og økonomiske forhold er fortrolige oplysninger. Tavshedspligten omfatter således oplysninger om diagnoser og undersøgelser, indlæggelse på et sygehus, behandling på en skadestue, sociale problemer, misbrug af nydelsesmidler, strafbare forhold, privatøkonomi, gæld, formue og skatteforhold etc., som patienten måtte have fortalt om i forbindelse med sin indlæggelse.

Langt de fleste oplysninger om en patient, som sundhedspersonalet får kendskab til i forbindelse med arbejdet, er derfor fortrolige.

Tavshedspligt mellem sundhedspersoner

Tavshedspligten gælder som hovedregel også mellem sundhedspersoner på sygehuset og i forhold til for eksempel patientens egen praktiserende læge. Når du ikke er i gang med et behandlingsforløb, skal du derfor som udgangspunkt give et mundtligt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger mv., før en sundhedsperson må videregive oplysninger til en anden sundhedsperson.

Når du er i gang med et undersøgelses- eller behandlingsforløb, må de sundhedspersoner, som er involveret i dit forløb, udveksle de nødvendige informationer til brug for behandlingen af dig. Man regner som udgangspunkt med, at patienten forventer at dette sker.

Det betyder, at relevante oplysninger om din behandling bliver udvekslet mellem de sundhedspersoner, der er involveret i din undersøgelse og behandling og givet videre, hvis du fx overflyttes til behandling på en anden afdeling eller et andet sygehus.

Din læge eller den speciallæge, som har henvist dig til behandling, modtager et udskrivningsbrev fra sygehuset om den behandling, du har gennemgået, så de er orienteret om, hvad sygehuset har fundet ved sine undersøgelser, og hvilken behandling man har iværksat.

Du kan altid frabede dig, at sundhedspersonalet udveksler disse oplysninger. Personalet vil i så fald informere dig om, hvilke konsekvenser det kan have for din undersøgelse eller behandling, at de ikke kan udveksle informationerne.

Når du er færdigbehandlet på en afdeling og videresendt til fortsat behandling og pleje på anden afdeling/sygehus/praktiserende speciallæge, så kan de sundhedspersoner, som har været involveret i din behandling, indhente informationer om den senere udvikling i dit forløb fra de sundhedspersoner, som nu behandler dig.

De kan alene indhente oplysninger, som er nødvendige og relevante til brug for deres egen læring og kompetenceudvikling, og oplysninger kan kun indhentes i op til 6 måneder, fra patientkontakten ophørte.

Du kan til enhver tid frabede dig, at disse informationer bliver videregivet.

I nogle tilfælde vil studerende følges rundt med sundhedspersonalet som led i en sundhedsvidenskabelig eller sundhedsfaglig uddannelse. Selvom de ikke fungerer som medhjælp til personalet, kan personalet videregive informationer om behandlingsforløbet, som ellers ville være fortrolige, hvis det er nødvendigt for den studerendes forståelse af behandlingssituationen eller evalueringen af den studerendes deltagelse i behandlingssituationen.

Det gælder også her, at du kan frabede dig, at den studerende får informationer om dit forløb.

Tavshedspligt overfor pårørende

Patientens ægtefælle, samlever, nære slægtninge og andre pårørende er i juridisk forstand "uvedkommende" i forhold til patientens fortrolige helbredsoplysninger mv.

Selvom det især ved alvorlige og livstruende sygdomme kan have stor betydning, at pårørende indgår i behandlingsforløbet, skal du som patient give et samtykke, hvis du ønsker at dine pårørende får fortrolige oplysninger om dig.

Der kan således være nogle oplysninger, du gerne vil dele med dine pårørende og andre, som du ikke ønsker at dele. Sundhedspersonalet vil respektere dine ønsker.

Sundhedspersonalet må ikke give oplysninger om patientens forhold til pårørende "under fire øjne", uden at patienten får noget at vide om samtalen.

I det tilfælde, at du ikke selv kan varetage dine interesser, fx er bevidstløs i længere tid, eller at du af andre årsager ikke kan modtage information og tage beslutninger på egne vegne, vil de pårørende blive informeret og inddraget i beslutningerne om din behandling.

Hvis der er oplysninger som tyder på, at du ikke under nogen omstændigheder ønsker dine pårørende involveret, vil personalet respektere dette.

Tavshedspligt overfor forældre

Når det gælder børn og unge under 18 år, har sundhedspersonen ikke tavshedspligt over for forældrene (forældremyndighedens indehaver). Som udgangspunkt skal forældre aktivt informeres om deres børns forhold.

Dog kan tavshedspligt over for forældrene være nødvendig, hvis der er afgørende hensyn til barnet og dets forhold til forældrene, som taler imod udlevering af informationer. For eksempel, hvis der er tale om behandling af barnet eller den unge i relation til seksuallivet, og/eller hvor oplysninger kan give anledning til alvorlige konflikter. Oplysning om, at barnet

eller den unge er i live, og hvor de opholder sig, skal altid videregives til forældrene. Det er sundhedspersonalet som i dialog med barnet/den unge tager stilling til, i hvilket omfang forældrene skal informeres.

Oplysninger til andre formål

Hvis der skal gives oplysninger til andre formål end til brug for behandling, fx til de sociale myndigheder, arbejdsgiver, politiet, forsikringselskaber osv., kræver det som hovedregel, at man giver sit skriftlige samtykke hertil. Et skriftligt samtykke er gældende i ét år, hvis ikke man trækker det tilbage forinden.

Der findes enkelte undtagelsestilfælde, hvor sundhedspersonen kan give oplysninger videre uden samtykke til andre formål end behandling. Det kan for eksempel være ved efterforskning af meget alvorlig kriminalitet, eller hvor det direkte følger af lovgivningen.

Hvis sygehuset videregiver oplysninger om dig til andre formål end til behandling, har du ret til at blive orienteret om det og om formålet hermed.

Hvis du mener, at der uberettiget er videregivet helbredsoplysninger om dig, kan du klage til Patientombuddet.

Tavshedspligt om afdøde

Tavshedspligten ophæves ikke, fordi en patient dør.

De nærmeste pårørende har dog mulighed for at få information om årsagen til patientens død, døds måde og om det sygdomsforløb, som ledte op til døden.

De pårørende har kun mulighed for at få informationer om det umiddelbart forudgående sygdomsforløb og ikke patientens eventuelt tidligere sygdomsforløb.

DU KAN LÆSE MERE HER

- Om e-journal: www.sundhed.dk
- Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, Kapitel 9
- Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med efterfølgende ændringer
- Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger
- Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet

Tolkebistand

Har du brug for en tolk?

Sygehuset eller lægen stiller en tolk til rådighed, hvis det er nødvendigt i forbindelse med din undersøgelse eller behandling.

Det er lægen, som sammen med dig vurderer, om der er brug for en tolk, og det er også lægen, som bestiller tolken, hvis det skønnes nødvendigt.

Vær opmærksom på at

- fortælle lægen, hvis du taler en speciel dialekt, så der kan tages højde for dette ved bestilling af tolken.
- man ikke selv kan vælge sin tolk, hvis tolken skal betales af behandlingsstedet.
- de fleste behandlingssteder ser meget nødt, at børn deltager som tolk for patienten. Det er i den sammenhæng ligegyldigt, hvilken relation barnet har til patienten. Det sker af hensyn til barnet og af hensyn til, at patienten skal sikres en korrekt tolkning af den sundhedsfaglige information.

Klageadgang

Du kan [klage til Patientombuddet](#) over afgørelser om tolkebistand.

Fristen for at klage er fire uger, der som udgangspunkt regnes fra den dag, hvor du modtog afgørelsen. Hvis du klager over, at regionen eller kommunen har undladt at træffe en afgørelse eller beslutning, som du mener, du har krav på, regnes klagefristen normalt fra det tidspunkt, hvor du blev vejledt om eller i øvrigt blev opmærksom på din klagemulighed. Hvis du således vil klage over, at behandlingsstedet ikke tilbød dig en tolk, regnes klagefristen normalt fra det tidspunkt, hvor du er blevet vejledt om, at du havde krav på en tolk.

Patientombuddet kan i øvrigt, hvis der foreligger særlige grunde, behandle din klage efter de fire ugers udløb.

KILDER

- Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010
- Bekendtgørelse nr. 1413 af 28. december 2011 om tolkebistand efter sundhedsloven
- Lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet

Medicin på apoteket

Din medicin kan se forskellig ud, hedde noget forskelligt eller komme i varierende pakningsstørrelser fra gang til gang, når du er på apoteket. Nedenfor er de hyppigste årsager til dette beskrevet og reglerne for apotekets vejledningspligt med hensyn til muligheden for at købe billigere medicin.

Substitution

Altid det billigste produkt

Apoteket har pligt til at udlevere det billigste produkt til dig. Det kaldes substitution. Medicinen har altid det samme aktive indholdsstof, men farve, form, navn og fyldstoffer kan være forskellige.

Det aktive indholdsstof er det, der virker i medicinen. Det samme indholdsstof kan figurere under forskellige præparatnavne. Hvis du for eksempel søger på Pamol, Panodil eller Pinex, er det aktive indholdsstof i alle tre præparater paracetamol, selvom medicinen optræder under forskellige navne. Indholdsstoffet står for det meste på medicinens pakning under navnet på produktet.

Situationer, hvor apoteket ikke er forpligtet til at udlevere den billigste medicin

- Hvis din læge vurderer, at det er vigtigt, at du får lige netop den medicin, der står på recepten. Lægen kan skrive "Ikke substitution" eller "Ej S" på recepten, hvis du fx ikke kan tåle et bestemt farve- eller hjælpestof i de billigere produkter.
- Hvis du selv ønsker at få det produkt, der står på recepten eller et produkt fra en bestemt producent, kan du selv bestemme, hvilket produkt du vil købe.
- Hvis det produkt, som din læge har skrevet på recepten, kun er ganske lidt dyrere end det billigste, behøver apoteket ikke udlevere det billigste. Bagatelgrænsen for prisforskellen er 2,9 procent. Det svarer til, at et produkt til 500 kr. ikke skal substitueres med et produkt, som er dyrere end 485,50 kr.

Oplysningspligt om billigere kombinationer af flere ens pakninger

Du skal også informeres om muligheden for at købe flere ens, små pakninger i stedet for én stor, hvis alternativet med mindre pakninger samlet vil blive billigere i forhold til prisen pr. tablet. Du bestemmer selv, om du vil købe flere ens små pakninger eller én stor pakning. Hvis prisforskellen ikke er over 5 kr., skal apoteket ikke oplyse om muligheden for at erstatte den store pakke med flere mindre pakker.

Hvorfor får jeg ofte forskellig medicin?

Hvis du er i behandling med en bestemt slags medicin over længere tid, kan prisen på din medicin variere fra gang til gang. Det skyldes, at priserne bliver reguleret hver 14. dag. Det sker for at øge konkurrencen mellem medicinalfirmaerne og er med til at give billigere priser på medicin.

Den medicin, du får, kan enten være originalmedicin, parallelimporteret medicin eller kopimedicin.

Originalmedicin

Den medicin, der kom først på markedet er originalmedicin. Når et medicinalfirma har udviklet et nyt lægemiddel, får de patent på det. Patentet sikrer, at de udgifter, firmaet har haft til at udvikle den nye medicin, så vidt mulig kan tjenes ind igen, inden patentet udløber. Når patentet er udløbet, kan andre firmaer kopiere medicinen.

Parallelimporteret medicin

Parallelimporteret medicin er faktisk også originalmedicin. I EU har vi en handelsaftale, der gør, at man kan købe lægemidler i andre EU-lande og importere dem til Danmark. Da medicinpriserne er bestemt af det enkelte lands økonomi, kan medicinpriserne i nogle tilfælde være billigere end i Danmark. Parallelimportørerne køber derfor den originale medicin i et andet EU-land og sælger den i Danmark.

Selvom den ydre emballage kan se lidt anderledes ud, er den originale og den parallelimporterede medicin som udgangspunkt ens. Der er dog tilfælde, hvor et originalt lægemiddel findes i forskellige versioner i EU – fx med eller uden parfume. I det tilfælde er medicinen ikke 100 procent ens.

Kopimedicin

Kopimedicin er medicin, som er produceret af andre medicinalfirmaer efter patentets udløb. Kopimedicin indeholder det samme aktive stof, som den originale medicin, men der kan være anvendt fx andre farve- og fyldstoffer.

KILDE

- [Vejledning om apotekets pligt til substitution og pligt til at informere om billigere kombinationer af flere ens mindre pakninger nr. 45 af 29/05-2006](#)

Genoptræning

Genoptræning kan foregå under indlæggelse, efter udskrivelse og også uden forudgående indlæggelse på et sygehus.

Genoptræningsplan

I forbindelse med udskrivning fra et sygehus skal lægen tage stilling til, om du har behov for genoptræning.

Vurderer lægen, at du har behov for genoptræning, har sygehuset pligt til at udarbejde en genoptræningsplan, før du udskrives fra sygehuset.

Genoptræningsplanen fungerer som en lægehenvielse og betyder, at genoptræningen efter udskrivning er gratis, uanset om genoptræningen skal foregå på et sygehus eller i kommunen.

Genoptræningsplanen skal udleveres til dig og sendes til din kommune, hvis genoptræningen skal foregå i kommunalt regi.

Specialiseret eller almindelig genoptræning?

Genoptræningen kan enten foregå på sygehuset, mens du er indlagt, eller efter at du er udskrevet (specialiseret genoptræning) eller i kommunalt regi (almindelig genoptræning).

I følgende to situationer skal genoptræningen være specialiseret og foregå på sygehuset:

- Hvis du har behov for genoptræning, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- Hvis du har behov for genoptræning, der af hensyn til din sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

I alle øvrige situationer skal genoptræning foregå som almindelig genoptræning i kommunalt regi. Det er lægen, som beslutter, om genoptræningen skal være specialiseret eller kan foregå som almindelig genoptræning.

Frit valg ved specialiseret genoptræning på sygehuset

Hvis du ifølge genoptræningsplanen har behov for at modtage specialiseret genoptræning på et sygehus, har du ret til selv at vælge på hvilket sygehus i egen eller andre regioner, du vil modtage genoptræningen.

Det sygehus, du vælger efter reglerne om [almindeligt frit valg](#), kan afvise at modtage dig, hvis de har væsentlig længere ventetid end andre sygehuses genoptræningsenheder.

Frit valg mellem genoptræningstilbud i kommunalt regi

Vurderer lægen, at du har behov for almindelig genoptræning efter udskrivning fra et sygehus, har du ret til at vælge mellem de genoptræningstilbud, som kommunen har etableret til sine borgere og som er fagligt relevante for dig, eller som bopælskommunen yder via en eller flere leverandører på grundlag af en særlig samarbejdsaftale.

Du har desuden ret til at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner. Du har derimod ikke mulighed for at vælge genoptræningstilbud, som andre kommuner tilbyder egne borgere via en eller flere leverandører på grundlag af en særlig samarbejdsaftale.

En kommunes genoptræningsinstitutioner kan af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage patienter, der har bopæl i en anden kommune, hvis institutionen har væsentlig længere ventetid til genoptræning end andre kommunale genoptræningsinstitutioner, og hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen kommune ellers vil blive tilsidesat.

Bopælskommunen skal ved den første kontakt til patienten informere om muligheden for frit valg mellem genoptræningstilbud i egen og andre kommuner

Genoptræning efter sygdom - uden forudgående sygehusbehandling

Hvis du har brug for hjælp til træning i forbindelse med en fysisk nedsat funktionsevne, som følge af en sygdom, der ikke behandles i forbindelse med en sygehusindlæggelse, skal kommunen tilbyde genoptræning (servicelovens § 86, stk. 1). Der kan fx være tale om genoptræning efter længere tids sengeleje i hjemmet på grund af influenza eller et fald, som har medført en sådan fysisk svækkelse, at genoptræning er nødvendig.

Vedligeholdelsestræning efter serviceloven

Hvis du har nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har kommunen ifølge servicelovens § 86, stk. 2 en pligt til at tilbyde vedligeholdelsestræning med henblik på at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Endeligt har kommunen ifølge § 85 i serviceloven også pligt til at tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov for det på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, eller som har særlige sociale problemer. Der kan også være tale om personer, der har brug for et længere rehabiliteringsforløb som følge af en sygdom eller en ulykke.

Ansvar for genoptræning uden forudgående sygehusindlæggelse, vedligeholdelsestræning og anden hjælp og støtte

Hvis du har behov for genoptræning - uden forudgående sygehusindlæggelse, vedligeholdelsestræning eller anden hjælp, kan du henvende dig til visitationen i din egen kommune, som vil vurdere dit træningsbehov og iværksætte den nødvendige træning.

Det er kommunen, der afgør, om du har behov for genoptræning eller vedligeholdelsestræning efter serviceloven - og i hvilken form. Der er ikke krav om, at der skal udarbejdes en genoptræningsplan. Du skal modtage skriftlig besked om afgørelsen, som skal være begrundet, så du kan se, hvad kommunen har lagt vægt på.

Mere information om genoptræning

I vejledningen om træning i kommuner og regioner (se nedenfor) kan du læse mere om reglerne for genoptræning, herunder finde oplysninger om retten til at modtage en genoptræningsplan ved udskrivning fra sygehus samt om transport, frit valg, klageadgang mv.

DU KAN LÆSE MERE HER

- Sundhedslovens § 140
- Serviceloven kapitel 16, § 85 og 86
- Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus
- Vejledning nr. 110 af 01.12.2009 om træning i kommuner og regioner

Tilskud til fysioterapi

Tilskud til fysioterapi

Hvis du har smerter eller er besværet i hverdagen, kan du måske have glæde af fysioterapi. Fysioterapi kan forebygge eller behandle lidelser i kroppen og retter sig især mod de dele af kroppen, du bruger, når du bevæger dig. Det kan for eksempel være muskler, led, nervesystemet eller kredsløbet. Fysioterapi er behandlingsmetoder eller aktiviteter, som kan hjælpe dig til at fungere bedst muligt.

Hvornår kan jeg få tilskud til fysioterapi?

Du kan få tilskud til behandling hos en fysioterapeut, hvis du henvises af en læge. Du skal benytte dig af lægehenvielsen i løbet af de første to måneder, efter du har fået den, ellers bliver du nødt til at få en ny lægehenvielse, hvis du stadigvæk har brug for fysioterapi.

Hvilke fysioterapeuter kan jeg vælge imellem?

Du skal benytte dig af en fysioterapeut, der er godkendt af regionen for at få tilskud. Din praktiserende læge kan hjælpe dig med at vælge en godkendt fysioterapeut.

Hvordan foregår betaling?

Tilskuddet udgør 39,3 pct. af behandlingsudgiften og fratrækkes prisen, når du betaler for behandlingen. Du skal derfor selv betale for det resterende beløb hos fysioterapeuten.

Hvad, hvis jeg ikke har nogen lægehenvielse?

Hvis du ikke har en henvielse fra lægen, kan du stadig få fysioterapi, men så skal du selv betale hele udgiften.

I særlige tilfælde kan du få gratis behandling hos en fysioterapeut

Du kan få gratis behandling hos fysioterapeut, hvis du har et svært fysisk handicap, eller du har funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. En progressiv sygdom er en sygdom, som udvikler sig og gradvist forværres. Vederlagsfri fysioterapi kræver en lægehenvielse og forudsætter, at du opfylder visse betingelser, som er oplistet nedenfor.

Svært fysisk handicap

Har du et svært fysisk handicap, kan du få vederlagsfri fysioterapi, hvis du opfylder alle nedenstående kriterier:

Du skal have et svært fysisk handicap, som det er defineret i Sundhedsstyrelsens vejledning om vederlagsfri fysioterapi. Fysisk handicap er her defineret som: "En person, som kan klare sig selv indendørs i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, har ikke et svært fysisk handicap."

Tilstanden skal være varig. Varig betyder, at der skal være udsigt til, at din tilstand vil vare i mindst 5 år. Ved følger efter ulykkestilfælde kan du ikke opfylde varighedskriteriet før tidligst ét år efter ulykken.

Du skal have en diagnose, der er omfattet af den diagnoseliste, som er en del af Sundhedsstyrelsens vejledning.

Tilbuddet omfatter fysioterapi både individuelt og på hold eller som en kombination af begge former. Tilbuddet omfatter også ridefysioterapi på hold, hvis din læge vurderer, du har gavn heraf.

Funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom

Har du funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, kan du få vederlagsfri fysioterapi, hvis du opfylder alle nedenstående kriterier:

Du skal have en funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. Funktionsnedsættelse er defineret som problemer i kroppens funktioner eller kroppens strukturer, som en væsentlig afvigelse eller mangel fra normal funktion.

Tilstanden skal være varig, det vil sige, at der skal være udsigt til, at din tilstand vil vare i mindst 5 år.

Du skal have en diagnose, som på diagnoselisten i Sundhedsstyrelsens vejledning er klassificeret som en progressiv sygdom.

Diagnosen skal være stillet af en læge på en sygehusafdeling eller en praktiserende speciallæge i neurologi, reumatologi eller andet relevant speciale.

Tilbuddet omfatter fysioterapi på hold. Individuel fysioterapi kan i særlige tilfælde være en mulighed.

KILDER

- Sundhedslovens §§ 67, 72, 140a
- Sundhedslovens § 140a
- Bekendtgørelse nr. 710 af 27.06.2008 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen
- Vejledning om træning i kommuner og regioner, nr. 110 af 1.12.2009

Hjemmesygepleje og hjemmehjælp

Hjemmesygepleje og døgnpleje

Du kan få pleje af en hjemmesygeplejerske i dit hjem, hvis din læge eller sygehuspersonalet indstiller til kommunen, at du har brug for det.

Hjemmesygeplejersken kan også aflægge besøg, hvor vedkommende kan give støtte og vejledning og følge din sygdomsudvikling. Det kan specielt være en god idé, hvis der er risiko for, at sygdommen med tiden udvikler sig og kræver mere omfattende pleje. Kommunen kan tilbyde hjælpen hele døgnet. Det kan fx være nødvendigt i forbindelse med behandling af smerter, som kræver medicin med faste intervaller.

Hjemmehjælp

Mange patienter har brug for hjælp til praktiske opgaver i hjemmet eller hjælp til personlig pleje, fx. efter en operation, i forbindelse med kronisk sygdom eller alderdomssvækkelse. Denne hjælp kan man få af kommunens hjemmepleje. Henvendelse om hjemmehjælp kan ske ved en henvendelse fra dig selv, dine pårørende, din læge eller sygehuspersonalet.

Din læge eller sygehuspersonalet kan arrangere, at hjælpen er parat i forbindelse med udskrivelsen fra sygehuset. En tilsynsførende fra kommunen vil besøge dig og vurdere dit behov samt udarbejde en skriftlig aftale, hvor der står, hvilken hjælp der skal ydes.

Denne aftale vil kunne ændres efterhånden som behovet ændres, afhængig af, hvordan dine helbredsforhold udvikler sig. Midlertidig hjemmehjælp skal du betale for; alt efter størrelsen på husstandsindkomsten. Varig hjemmehjælp ydes gratis.

Selvvalgt hjemmehjælp

Hvis du er berettiget til hjælp til praktiske opgaver i hjemmet, fx rengøring, indkøb og tøjvask, har du mulighed for selv at udpege den, som kommunen skal ansætte til opgaven.

Du kan fx bruge valgmuligheden til at få kommunen til at ansætte en pårørende eller en ven som din hjemmehjælper. Den, kommunen skal ansætte, skal være over 18 år og under 70 år, samt kunne godkendes af kommunen.

Tilskud til privat hjemmehjælp

Hvis kommunen ikke kan stille den nødvendige hjælp til rådighed, fx fordi den skal gives på særlige tidspunkter af døgnet, kan kommunen undtagelsesvis vælge at udbetale et tilskud til en hjælper, som du selv må ansætte.

Er du under 67 år og har brug for hjælp til praktiske opgaver i mere end 20 timer om ugen, kan du vælge at få udbetalt et kontant tilskud og selv ansætte pågældende.

Der er dog mulighed for, at kommunen beslutter, at hjælpen skal ydes af en af kommunens ansatte eller beslutter, at hjælpen skal udbetales til en nærtstående, som i forvejen passer dig.

KILDE

- Sundhedslovens §§ 138 og 139
- bekendtgørelse om hjemmesygepleje nr. 1601 af 21/12-2007
- vejledning om hjemmesygepleje nr. 102 af 11/12-2006

Hospice, hjemmehospice og pleje i eget hjem

Alle har ret til en værdig død. Når den sidste tid nærmer sig, har du ret til selv at bestemme, hvor og hvordan du vil tilbringe den. Du har flere forskellige muligheder, heriblandt at blive i eget hjem, opholde dig på hospice eller hjemmehospice.

Hospice

Et hospice er et sted, hvor uhelbredeligt syge og døende mennesker tilbydes lindrende pleje og omsorg. Hospice er et supplement til den behandling, omsorg og pleje, som alvorligt syge og døende modtager på sygehus eller i eget hjem.

Hospiceplejen tager udgangspunkt i den enkelte patients behov og ønsker, og der tages hensyn til både åndelige, sociale, psykiske og fysiske behov.

Hvordan kan jeg komme på hospice?

Lægen skal udfærdige en henvisning i forbindelse med ansøgning om ophold på hospice.

Kan jeg frit vælge, hvilket hospice jeg vil opholde mig på?

Alle hospicer er omfattet af reglerne om [frit sygehusvalg](#). Du kan derfor selv bestemme, hvor du vil opholde dig den sidste tid. Behandlingen er gratis, og borgere fra hele landet kan søge om optagelse. Opholdet betales af den region, du har bopæl i. Ikke alle hospicer tager hjertekarpatienter. Det er derfor nødvendigt at kontakte det enkelte hospice for at undersøge nærmere, hvilken type patienter de retter sig imod.

Hos Hospice Forum Danmark kan du få en oversigt over de eksisterende og planlagte hospicer.

De kan kontaktes på:

Hospice Forum Danmark
Telefon 21 47 55 44
www.hospiceforum.dk

NYTTIGE LINKS

[Frit sygehusvalg](#) >

[Udvidet frit sygehusvalg](#) >

Hospiceforum.dk >

Tilskud til psykolog

At blive ramt af en hjertekarsygdom kan udløse en følelsesmæssig krise. Hvis du føler, at du er i en krise som følge af, at du er blevet ramt af en alvorlig hjertekarsygdom, eller er pårørende til en person, som er blevet ramt af en alvorlig hjertekarsygdom, kan du få tilskud fra sygesikringen til samtaler hos en psykolog.

Hvornår kan jeg få tilskud til psykologhjælp?

For at få tilskud til psykologsamtaler skal du have en henvisning fra din praktiserende læge. For at få en henvisning, skal din læge skønne, at du befinder dig i en krise, som er udløst af din sygdom.

Du skal benytte dig af henvisningen senest en måned efter, du har fået den hos lægen. Hvis du venter længere, skal du henvende dig hos lægen igen, for at få en ny henvisning og derfor også en ny vurdering.

Tidsmæssige begrænsninger

Du kan få en henvisning inden for seks måneder efter den hændelse, der er årsag til, at du har behov for psykologhjælp. I særlige tilfælde kan grænsen for henvisning udvides til 12 måneder efter hændelsen.

Kan jeg frit vælge min psykolog?

For at få tilskud skal du benytte dig af en psykolog, der har overenskomst med sygesikringen. Din egen læge kan hjælpe dig med at vælge en psykolog, som er omfattet af ordningen. Tilskuddet dækker 60 procent af psykologens honorar, og du skal selv betale det resterende beløb direkte til psykologen. Du kan læse mere om, hvilke psykologer du kan vælge på psykologforeningens hjemmeside <http://psykologeridanmark.dk>

Hvor mange konsultationer er jeg berettiget til?

Du kan maksimalt få tilskud til 12 konsultationer hos en psykolog.

Tilskud til kiropraktor

En kiropraktor beskæftiger sig med undersøgelse, diagnose, forebyggelse og behandling af smertetilstande og nedsat funktion i muskler og skelet.

Skal jeg have henvisning til kiropraktor?

Du kan henvende dig direkte til en kiropraktor uden henvisning fra egen læge eller speciallæge.

Tilskuddets størrelse

Regionen yder tilskud til behandlingen hos en kiropraktor, uafhængigt af om du er henvist fra egen læge eller ej. Tilskuddet bliver automatisk fratrukket prisen på klinikken, og du skal derfor selv betale den del af beløbet, du bliver opkrævet hos kiropraktoren. Tilskuddets størrelse er afhængig af flere faktorer fx, hvilken behandling du skal have, antal behandlinger og om du er kroniker eller ikke-kroniker.

Hvad kan jeg få tilskud til?

Du kan få tilskud til røntgenundersøgelse, undersøgelse, behandling og træning.

KILDE

- Sundhedslovens § 66.
- Bekendtgørelse nr. 1141 om tilskud til kiropraktisk behandling i praksissektoren af 29/9-2010

Klage

Her kan du læse om dine muligheder for at klage.

Du kan klage, hvis du er utilfreds med hospitalets service, en konkret sundhedspersons faglighed, et patientforløb eller med en afgørelse om de rettigheder, du har ifølge sundhedsloven.

Klager over hospitalets service

Er du utilfreds med kontakten til hospitalet, serviceniveauet, omgangstonen, de fysiske rammer eller fx maden, kan du:

- sige det direkte til det involverede personale, der kan forsøge at bedre forholdet med det samme
- sende en klage til ledelsen af den pågældende afdeling eller til hospitalets direktion
- henvende dig til hospitalets patientvejleder, der kan hjælpe med at få løst problemerne sammen med hospitalets personale.

Klager over den sundhedsfaglige behandling

Hvis du ønsker at klage over den sundhedsfaglige behandling, du har modtaget eller mangel på samme, kan du klage til Patientombuddet.

Sundhedsfaglig behandling omfatter:

- Undersøgelse, diagnose og sygdomsbehandling
- Fødselshjælp
- Pleje
- Genoptræning
- Forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient
- Information om og samtykke til behandling
- Journalføring
- Sundhedspersoners tavshedspligt
- Lægeerklæringer

Patientombuddet skelner mellem, om klagen vedrører konkrete sundhedspersoner, eller om klagen er rettet mod et patientforløb i sundhedsvæsenet. Du kan frit vælge, om du ønsker at klage over en eller flere konkrete sundhedspersoner, eller om du ønsker at klage over et samlet patientforløb.

Hvem ønsker du, at en eventuel kritik skal rettes imod?

Når du klager til Patientombuddet, skal du derfor overveje, hvem du ønsker, der skal modtage eventuel kritik.

Du har to muligheder:

- Du kan vælge, at kritikken skal rettes mod et behandlingssted, og så vil din klage blive afgjort af Patientombuddet. (Patientombuddet kan også kritisere behandlingsstedet, selv om fejlen ikke er begået af en sundhedsperson, men for eksempel af en lægesekretær eller en portør.)
- Du kan vælge, at kritikken skal rettes mod en eller flere konkrete sundhedspersoner, og i det tilfælde vil din klage blive afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Det er ikke nødvendigt, at du kender navnene på de sundhedspersoner, du ønsker at klage over.

Nævnet vurderer, om den sundhedsperson, du klager over, har levet op til god faglig standard i udførelsen af sit arbejde.

I vejledningen *Hvem ønsker du skal modtage kritik?* på Patientombuddets hjemmeside kan du læse mere om de to muligheder for at give kritik.

Kan du klage både over patientforløbet og konkrete sundhedspersoner?

Som udgangspunkt kan din klage afgøres af enten Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Dog kan du, hvis du får medhold i din klage fra Patientombuddet over behandlingsstedet, godt klage efterfølgende til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn over en eller flere konkrete sundhedspersoner, hvis du ønsker det. Men er din klage først behandlet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, kan du ikke efterfølgende sende samme klage til Patientombuddet og få deres vurdering af samme patientforløb.

Hvis du ønsker nærmere vejledning om forskellen på de to klagemuligheder, kan du kontakte en patientvejleder, som vil kunne hjælpe med dette.

Hvad kan jeg få ud af at klage?

Når du klager, får du vurderet, om der er begået fejl i behandlingen, eller om dine rettigheder som patient ikke er blevet efterlevet. Hvis det er tilfældet, får du en anerkendelse af det. Afdelingen eller sundhedspersonen, som du har klaget over, vil i så fald få en skriftlig meddelelse om, at Patientombuddet finder grundlag for kritik i sagen.

Du får ikke en økonomisk erstatning, selvom du får medhold i din klage. Hvis du ønsker at anmode om erstatning, skal du anmelde skaden til Patienterstatningen. Mulighederne for at få erstatning kan du læse om i afsnittet "*Erstatning*".

Hvem kan klage?

Du kan klage over den behandling, du selv har modtaget. Du kan også ved fuldmagt lade en anden person, fx en pårørende, advokat eller forening klage på dine vegne. På samme måde kan du klage på vegne af en patient, hvis du får fuldmagt fra vedkommende.

Hvis du er nærmeste pårørende til en afdød patient, kan du også klage over den behandling, som den afdøde modtog.

NYTTIGE LINKS

Erstatning >

Patientombuddet.dk >

Hvordan klager jeg?

På www.Patientombuddet.dk finder du et klageskema, du kan benytte. Du skal udfylde skemaet og indsende det til Patientombuddets adresse. Du er velkommen til at vedlægge et brev til Patientombuddet, hvis du ønsker at skrive mere, end der er plads til i skemaet.

Patientombuddet indhenter selv journalmateriale og udtalelser fra de involverede sundhedspersoner, men du er velkommen til at vedlægge eventuelle papirer, som du ønsker skal indgå i sagens behandling.

Du kan via hjemmesiden også indsende din klage elektronisk eller du kan blot skrive et brev til Patientombuddet. Der er ikke nogen specielle formkrav til klagens udformning.

Hvis du ønsker nærmere vejledning eller hjælp til at klage, kan du kontakte en patientvejleder.

Klagefrister

Klagen skal være indsendt inden to år efter, at du første gang fik mistanke om eller burde have fået mistanke om fejl i behandlingen. Klagen skal dog senest være indsendt fem år efter, at behandlingen fandt sted.

Dialogsamtale

Hvis du klager til Patientombuddet, vil du blive tilbudt en dialogsamtale.

Dialogen vil ofte foregå med de sundhedspersoner, som har behandlet dig, og det giver dig mulighed for at tale med dem om, hvordan du oplevede din behandling. Du har måske nogle uafklarede spørgsmål, du godt vil stille. Det kan også være, at du har brug for at høre dem forklare, hvorfor de handlede, som de gjorde.

Hvis du vælger at benytte Patientombuddets klageskema, bliver du i skemaet bedt om at tage stilling til om du ønsker en dialog.

Hvis du siger ja til en dialog, betyder det ikke, at du samtidig siger nej til at klage. Hvis du efter dialog samtalen stadig ønsker at klage, har du ret til det. En dialog vil aldrig påvirke udfaldet af din eventuelle efterfølgende klage.

Hvis du har sagt ja til dialog, kan du vente med at beslutte, hvem eventuel kritik skal rettes mod, til du efter dialogen skal tage stilling til, om du opretholder eller frafalder din klage.

Klage over tilsidesættelse af dine patientrettigheder

Du kan klage til Patientombuddet, hvis du mener, at kommunen, sygehuset eller regionen har tilsidesat en eller flere af dine rettigheder som patient.

Læs nærmere herom på [patientombuddets hjemmeside under patientklager](#).

Du kan klage over afgørelser om følgende rettigheder:

- Tolkebistand
- Tilskud til behandling hos privatpraktiserende læger, speciallæger, tandlæger, kiropraktor, fysioterapeuter, fodterapeuter, psykolog, briller til børn
- Vilkår for ret til sygehusbehandling
- Frit og udvidet frit sygehusvalg
- Maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme (behandlingsgarantien)
- Behandling i udlandet, herunder højt specialiseret behandling, forskningsmæssig behandling og eksperimentel behandling
- Regionens oplysningspligt vedrørende tid og sted for behandling, frit valg mv.
- Kontaktperson på sygehuset
- Beløb til personlige fornødenheder
- Tilskud til ernæringspræparater
- Hjemtransport af afdøde patienter
- Tilskud til tandpleje til kræftpatienter
- Tilskud til vare- og tjenesteydelser (behandling hos læger, speciallæger, tandlæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, fodterapeuter, psykologer, briller til børn) i et andet EU/EØS-land
- Transport og transportgodtgørelse ved behandling på et hospital
- Refusion af udgifter til hospitalsbehandling.

Du skal sende din skriftlige klage over afgørelsen til Patientombuddet inden fire uger efter, at du har modtaget afgørelsen. Patientombuddet kan dog, hvis der er særlige grunde, behandle din klage efter de fire ugers udløb.

Hvis der er tale om et manglende brev med information om tid og sted for behandling, ventetider etc. inden for otte hverdage (regionens oplysningspligt), manglende overholdelse af behandlingsgarantien vedrørende livstruende sygdomme eller undladelse af tilbud om tolkebistand, kontaktperson eller transport, og du således ikke har modtaget en afgørelse, regnes klagefristen normalt fra det tidspunkt, hvor du er blevet vejledt om eller i øvrigt blev opmærksom på din klagemulighed.

DU KAN LÆSE MERE HER

- Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, jfr. Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010
- Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet nr. 547 af 24. juni 2005, jfr. Lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011

Erstatning

Du kan søge erstatning i Patienterstatningen, hvis du mener, at du er blevet påført en skade. Dette gælder også tandskader.

Du kan få erstatning for fysiske og psykiske skader efter undersøgelser eller behandlinger på fx hospitaler, hos en privatpraktiserende speciallæge eller hos fysioterapeuten. Du kan også få erstatning for fysiske skader efter brug af medicin.

For at opnå erstatning er det en betingelse, at skaden er sket i forbindelse med din undersøgelse, behandling, ved deltagelse i biomedicinske forsøg, eller hvis du har været donor.

Du kan ikke få erstatning for den sygdom, du behandles for, eller fordi behandlingen ikke gjorde dig rask.

Du kan få erstatning, hvis:

- det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet anderledes, og dermed have undgået skaden
- skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk udstyr
- skaden kunne have været undgået ved at anvende en anden lige så effektiv teknik eller behandling
- skaden er så alvorlig og sjælden, at den går ud over, hvad du med rimelighed må tåle - set i forhold til den sygdom, der var årsag til behandlingen.

Du kan også få erstatning, hvis du har fået en skade efter et ulykkestilfælde på sygehusets område i forbindelse med undersøgelse og/eller behandling. Det er en forudsætning at sygehuset har et erstatningsansvar efter de almindelige erstatningsretlige regler. Dette kan Patienterstatningen vurdere og træffe afgørelse om.

Hvordan anmelder jeg skaden?

Hvis du ønsker at søge erstatning for en behandlingsskade, lægemiddelskade eller en skade som følge af et ulykkestilfælde på sygehuset, skal skaden anmeldes til Patienterstatningen.

Du kan anmelde din skade ved at udfylde et skema, som du kan finde på [patienterstatningen.dk](#). Du kan også bede om skemaet på afdelingen eller hos patientvejlederen.

Du skal sende din anmeldelse til Patienterstatningen eller Patientombuddet. Patientvejlederen kan vejlede dig om udfyldelsen af anmeldelsesskemaet til Patienterstatningen. Du kan også bede patientvejlederen om at sende anmeldelsen for dig.

Hvis en sundhedsperson bliver bekendt med en skade, som eventuelt kan give ret til erstatning, har sundhedspersonen pligt til at bistå dig med at anmelde skaden.

NYTTIGE LINKS

[Patienterstatningen.dk](#) >

Frist

Ifølge loven kan en skade blive for gammel til at kunne behandles i Patienterstatningen, som så vil afvise sagen.

Hvornår er en skade forældet?

- Skader indtrådt før 2007 forældes 5 år efter kendskabet til skaden.
- Skader indtrådt efter 2007 forældes 3 år efter kendskabet til skaden.

Der gælder dog en absolut forældelsesfrist på 10 år fra skadesdatoen for alle skader - uanset om du har haft kendskab til skaden eller ej.

Beregning af erstatningen

Erstatningens størrelse afhænger af mange forhold, herunder hvor stor din skade er, og hvilke konsekvenser den har haft for dig.

Det er Patienterstatningen, som foretager udregningen efter reglerne i erstatningsansvarsloven. Reglerne er komplicerede. På Patienterstatningens hjemmeside kan du finde en vejledning, som gennemgår erstatningsmulighederne og eksempler på, hvordan Patienterstatningen beregner erstatningerne.

Fuldmagt

Hvis du ønsker at lade dig repræsentere af en anden person, kan du give fuldmagt til enhver myndig person efter dit eget valg.

Man skal også have fuldmagt, hvis man som ægtefælle ønsker at føre sagen.

Er patienten på grund af alvorlig sygdom ikke i stand til at underskrive anmeldelsen, og er anmeldelsen i stedet underskrevet af ægtefælle eller anden nærstående, så vil sagen blive behandlet alligevel. Hvis forholdene senere tillader det, skal patienten bekræfte anmeldelsen.

Erstatning vedrørende afdøde patienter

Skader på patienter, der efterfølgende er afdøde ved døden, kan anmeldes til Patienterstatningen af de pårørende.

De pårørende, som kan komme i betragtning, er afdødes ægtefælle, sambo eller andre som blev faktisk forsørget af patienten, mindreårige børn og den/de person/personer som har afholdt begravelsesudgifterne. Hvis dødsfaldet skyldes skaden, kan der udbetales erstatning for tab af forsørger og for udgifterne til begravelsen.

Erstatning for lægemiddelskade

Hvis du har fået en fysisk skade på grund af et lægemiddel, er der mulighed for at få erstatning herfor.

Der kan tildeles erstatning, når det vurderes, at skaden skyldes et lægemiddel, og hvis skaden går ud over, hvad du med rimelighed bør acceptere. Der er tale om en skønsregel. Skadens omfang vejes altid op imod alvoren af den sygdom, du behandles for. Der kan ifølge loven ikke tildeles erstatning for psykiske bivirkninger ved medicin.

Erstatningen ydes kun, hvis lægemidlet er udleveret efter 1. januar 1996, er godkendt i Danmark, er ordineret af en læge, og hvis erstatningsbeløbet overstiger 3.000 kr.

Hvordan anmelder jeg lægemiddelskaden?

Ansøgning om erstatning behandles af Patienterstatningen. Se ovenfor under afsnittet "Hvordan anmelder jeg skaden?"

Anden erstatning

Patienterstatningen udbetaler kun erstatning, hvis det beregnede erstatningsbeløb overstiger 10.000 kr., selvom Patienterstatningen har fundet, at du er erstatningsberettiget.

For lægemiddelskader gælder der en minimumsgrænse på 3.000 kr.

Hvis Patienterstatningen af denne årsag ikke kan udbetale dig erstatning, kan du rette dit erstatningskrav til sygehuset eller Regionen, som vil tage stilling til kravet og eventuelt udbetale erstatning.

Hvis skaden er sket på et privathospital

Skader, der sker på private hospitaler, er også dækket af erstatningsordningen. Det gælder også behandling hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, som fx fysioterapeuter, kiropraktorer, egen læge mv.

HER KAN DU LÆSE MERE

- [Patienterstatningens pjecer: "Har du fået en behandlings- eller lægemiddelskade?"](#)
- [Lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet](#)
- [Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1097 af 12. december 2003 om dækningsområdet for patientforsikring](#)
- [Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning nr. 125 af 25. juni 1992 om erstatningskriterier i patientforsikringsloven](#)
- [Lovbekendtgørelse af lov om erstatningsansvar, nr. 226 af 21. marts 2014](#)

Utilsigtede hændelser

Patienter og pårørende er ofte de første, der opdager, når noget er tæt på at gå galt, eller når der er sket en fejl. Derfor kan patienter og pårørende rapportere utilsigtede hændelser.

Sundhedsvæsenet kan lære af rapporterne om utilsigtede hændelser og på den måde forebygge, at andre bliver udsat for det samme.

Du kan således hjælpe ved at rapportere hændelser, hvor mangler eller brister i sikkerheden førte til, at en eller flere patienter blev skadet eller udsat for en risiko for skade.

Hvad er en utilsigtet hændelse?

En utilsigtet hændelse er en situation, hvor:

- noget ikke går som forventet
- en patient er kommet til skade, eller har været i risiko for at blive skadet.

En utilsigtet hændelse kan for eksempel være, hvis du:

- får for stor dosis medicin, fordi der er sket en regnefejl
- falder og brækker armen, fordi du er svimmel efter en operation
- får forsinket behandling, fordi blodprøverne er blevet væk
- ikke får ikke besøg af hjemmeplejen, fordi der er sket misforståelser mellem sygehus og hjemmepleje.

Du kan rapportere utilsigtede hændelser, der er sket i sundhedsvæsenet, fx på sygehuse, hos den praktiserende læge, på plejehjem, i hjemmeplejen eller andre steder i sundhedsvæsenet.

Uanset hvor hændelsen blev opdaget, kan den rapporteres.

Hvordan rapporterer jeg?

Du kan rapportere elektronisk ved at gå ind på Dansk Patientsikkerhedsdatabases hjemmeside www.dpsd.dk. Her kan du rapportere direkte i databasen.

Du kan også kontakte en patientvejleder, som kan vejlede dig eller hjælpe med at rapportere hændelsen.

Du kan rapportere anonymt, men det er en fordel at skrive navn, e-mail og telefonnummer. Så er det muligt at kontakte dig, hvis der er behov for at få flere oplysninger til brug for undersøgelsen af, hvordan man bedst forhindrer, at situationen opstår igen.

Rapportér hændelse på dpsd.dk

NYTTIGE LINKS

[Klage](#) >

[Erstatning](#) >

Dpsd.dk >

Hvad sker der, når jeg har rapporteret?

1. Rapporten sendes til stedet, hvor hændelsen er sket.
2. Rapporten bliver gennemgået af hospitalet for at finde ud af,
 - hvad der er sket
 - hvordan det kunne ske
 - hvordan en lignende hændelse kan forebygges.
3. Rapporten sendes anonymiseret til Patientombuddet.

Rapporten sendes anonymiseret til Patientombuddet.

Patientombuddet varetager den centrale administration af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. Det er Patientombuddets Læringsenhed, der modtager og gennemgår de rapporterede hændelser fra hele landet og formidler viden herfra tilbage til sundhedsvæsenet.

Den samlede viden fra rapporteringer om utilsigtede hændelser og fra klage- og erstatningssager benyttes forebyggende og omsættes fx til ændringer i behandlingsforløb, bedre instrukser til sundhedspersonalet osv. til gavn for fremtidige patienter.

Du får ikke svar tilbage på, hvad der er sket af ændringer ud fra netop din rapport, men du har sikkerhed for, at din rapport bliver gennemgået med henblik på at øge patientsikkerheden og at undgå, at lignende situationer opstår igen.

Vær opmærksom på, at

- rapportering ikke er det samme som at klage eller at søge erstatning.
- Se nærmere herom under afsnittet "[Klage](#)" og "[Erstatning](#)".
- sundhedspersoner, som læger, sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere er forpligtede til at rapportere om en fejl eller risikosituation, som de bliver opmærksom på. Apotekere og reddere skal ligeledes oplyse om utilsigtede hændelser.

KILDER

- www.dpsd.dk
- [Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, kapitel 61](#)
- [Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v., nr. 1 af 3. januar 2011](#)
- [Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v., nr. 1 af 3. januar 2011](#)

Patientkontorer

Hvis du har brug for hjælp og vejledning i mødet med sundhedsvæsenet, kan du kontakte en patientvejleder.

Patientvejlederens opgave er at hjælpe dig med at løse de problemer, du kan stå over for som patient eller pårørende. Det kan være alt fra hjælp til at klage over den behandling, du eller dine pårørende har modtaget – til at give dig generel information om sundhedsvæsenet.

Der er oprettet patientkontorer i alle regioner, hvor patientvejledere er klar til at hjælpe dig. Alle borgere kan henvende sig til en patientvejleder. Man behøver ikke at være patient eller pårørende til en patient.

Nogle regioner har placeret patientvejlederne direkte på de enkelte sygehuse. Du vælger selv, hvilken patientvejleder, du ønsker at kontakte, men det er en fordel at vælge patientvejlederen på det sygehus, du evt. er tilknyttet, da de har et godt kendskab til de forskellige afdelinger.

Patientvejlederen har tavshedspligt. Hvis afdelinger eller andre skal inddrages eller spørges som led i din henvendelse, sker det kun efter aftale med dig

Patientvejlederen kan informere, vejlede og rådgive om:

- dine rettigheder som patient
- Retten til hurtig udredning
- frit sygehusvalg, herunder udvidet frit sygehusvalg
- behandlingsgarantien og pakkeforløb
- dine muligheder for at klage, søge erstatning eller indberette utilsigtede hændelser
- reglerne for behandling i udlandet, herunder EU-reglerne
- ventetider på undersøgelser og behandlinger
- muligheden for transport og refusion af rejseudgifter
- sundhedsvæsenet generelt.

Patientvejlederen kan også hjælpe med at:

- udrede misforståelser mellem dig og afdelingen eller sundhedspersonalet
- udforme og videresende skriftlige klager, anmeldelse af erstatningskrav samt foretage indberetning af utilsigtede hændelser.

Kontakt til patientvejlederen?

På www.sundhed.dk kan du finde oplysninger om adresser og telefonnumre til alle landets patientkontorer.

KILDER

- Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, jfr. Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 § 51
- Bekendtgørelse nr. 1659 af 27.12.2013 om regionale patientkontorers opgaver og funktioner

Transport

Som hovedregel skal du selv sørge for og betale kørslen, når du skal til behandling på hospitalet.

Hvis din helbredstilstand gør det nødvendigt, har du ret til at blive transporteret til hospitalet. Det er en sundhedsfaglig vurdering, som foretages af afdelingen, evt. i samarbejde med den sundhedsperson, som henviser dig til hospitalsbehandling.

Har du ret til kørsel eller kørselsgodtgørelse?

Du har ret til at blive kørt mellem din bopæl og hospitalet eller få kørselsgodtgørelse, hvis du skal:

1. transporteres til/fra det sygehus din region, har visiteret dig til og
2. du opfylder én af nedenstående betingelser:
 - Du modtager pension efter de sociale pensionslove
 - Du bor længere væk end 50 km fra det sygehus, hvor den nødvendige behandling kan finde sted
 - Du indkaldes til videre ambulans behandling eller midlertidigt hjemsendes af hospitalet og din fysiske eller psykiske tilstand udelukker transport med offentlige transportmidler.

Det er hospitalet, der beslutter, om du skal tilbydes at blive kørt, eller om du selv skal sørge for dette. Det beror på en sundhedsfaglig vurdering.

Du kan kun få dine udgifter refunderet til det billigste, forsvarlige transportmiddel, såfremt dine udgifter hertil overstiger 60 kr. og for pensionister 25 kr.

Er du henvist efter din bopælsregions visitationskriterier til et af regionens samarbejdssygehuse, eller til en hospitalsafdeling med højt specialiserede funktioner i en anden region, har du samme ret til at blive kørt eller modtage kørselsgodtgørelse som ovenfor.

Ledsagers transport

Hvis du har ret til transport, samtidig med at du på grund af alder eller helbredstilstand har behov for en ledsager, kan din ledsager også få transport eller transportgodtgørelse.

Det er sygehuset, som beslutter, om du har ret til en ledsager.

Hvordan skal du transportere dig?

Transporten skal i alle tilfælde ske med det efter forholdene billigste, forsvarlige transportmiddel. Der vil oftest være tale om offentlige transportmidler som tog og bus, men det er din helbredsmæssige tilstand, der afgør transportformen.

Mener du, at det er nødvendigt at benytte andre former for transport end almindelige offentlige transportmidler, er det en god idé at kontakte afdelingen og tale med dem om dine overvejelser. Det er nemlig afdelingen, som endeligt beslutter, hvordan transporten kan foregå og dermed, hvilke udgifter du kan få dækket.

NYTTIGE LINKS

[Patientvejleder >](#)

[Klage til patientombuddet >](#)

Behandling uden for din bopælsregion

Hvis du efter henvisning fra din bopælsregion behandles uden for regionen, fx fordi undersøgelsen /behandlingen ikke tilbydes i bopælsregionen, har du ret til transport eller transportgodtgørelse i samme omfang, som hvis du blev behandlet på et sygehus i regionen.

Hvis du, efter reglerne om frit sygehusvalg, selv vælger behandling på andet sygehus end du tilhører efter din regions visitationsretningslinjer, og du er berettiget til transport, skal du selv betale for den del af transporten, der er længere end til det sygehus, hvor du normalt ville være blevet visiteret til.

Vælger du at benytte det udvidede frie sygehusvalg skal du selv betale transporten.

Kørsel til praktiserende læge eller speciallæge

Når du skal til konsultation hos din egen læge eller en speciallæge har du ret til kørsel eller kørselsgodtgørelse efter samme regler som når du skal til behandling eller undersøgelse på sygehuset.

Det gælder dog kun hvis du er omfattet af sygesikringsgruppe 1.

Er du omfattet af sygesikringsgruppe 2, kan du ikke modtage kørselsgodtgørelse til lægebesøg hos egen læge eller speciallæge.

Hvis du er berettiget til kørsel eller kørselsgodtgørelse kan du få godtgørelse til besøg hos den speciallæge, der har konsultation nærmest på din bopæl. Hvis denne speciallæge er forhindret i at yde lægehjælp, gives der kørselsgodtgørelse til den nærmeste, som ikke er forhindret. Hvis du vælger en fjernere boende speciallæge, kan du få kørselsgodtgørelse med det beløb, du havde haft ret til, hvis du havde søgt den nærmest boende speciallæge.

Genoptræning

Har sygehuset vurderet, at du skal modtage genoptræning efter udskrivelse, kan du modtage kørsel eller kørselsgodtgørelse i henhold til reglerne ovenfor.

Det er din kommune, som sørger for kørsel eller kørselsgodtgørelse ifm. genoptræning, som foregår i kommunalt regi. Skal du til genoptræning på sygehuset, vil det være sygehusafdelingen, som står for transporten.

Hvor kan jeg få mere vejledning?

Reglerne om kørsel og kørselsgodtgørelse er komplicerede regler.

På nogle sygehuse er der oprettet særlige kørselskontorer, hvor du kan henvende dig med spørgsmål vedrørende kørsel.

Du kan også henvende dig til en [patientvejleder](#), som kan være behjælpelig med nærmere information og vejledning.

Klage

Du kan [klage til Patientombuddet](#) over afgørelser vedrørende kørsel eller kørselsgodtgørelse. Du skal indgive din skriftlige klage over afgørelsen til Patientombuddet inden fire uger efter, at du har modtaget afgørelsen. Patientombuddet kan dog, hvis der er særlige grunde, behandle din klage efter de fire ugers udløb.

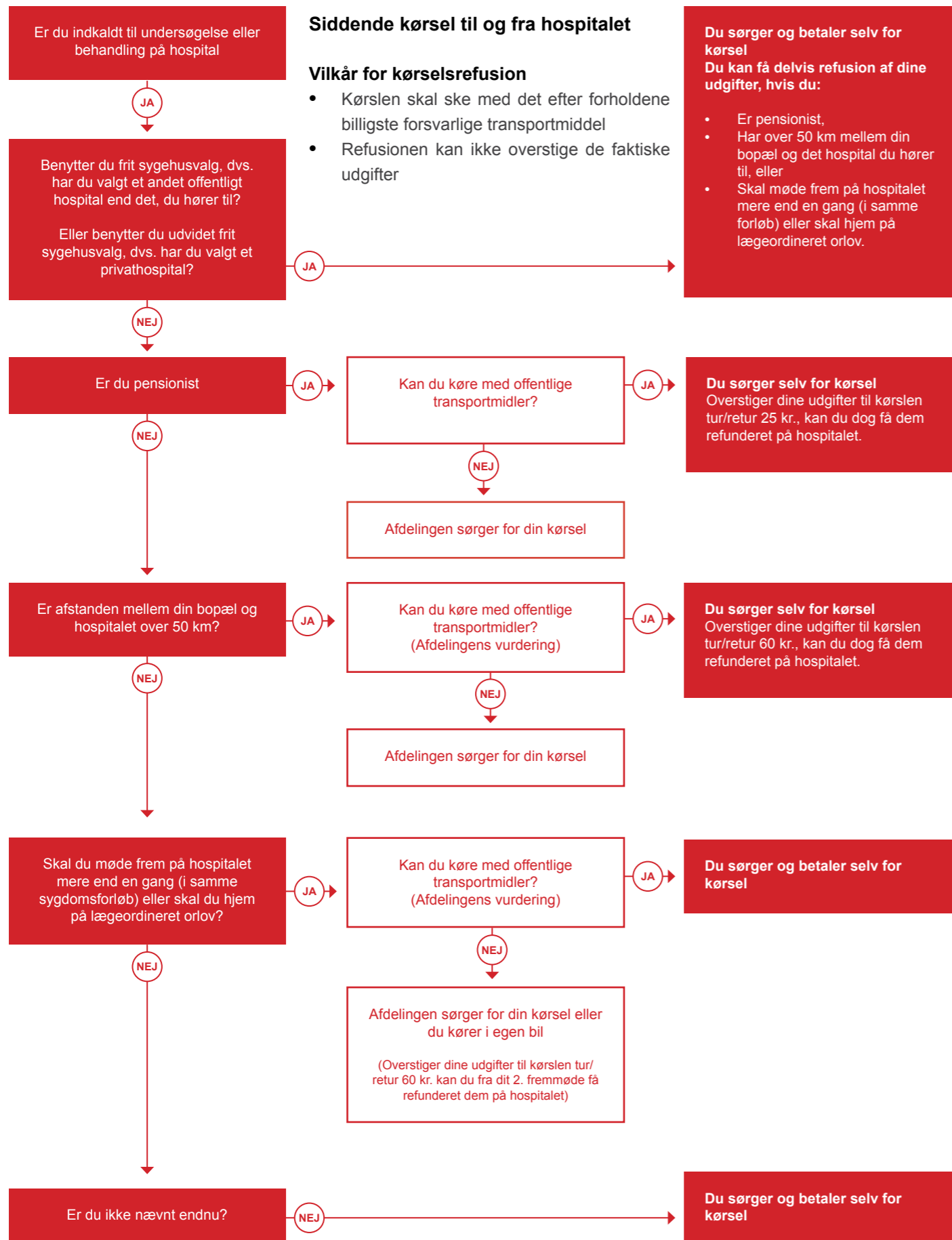
Hvis du vil klage over, at sygehuset ikke tilbød dig kørsel, regnes klagefristen normalt fra det tidspunkt, hvor du er blevet vejledt om eller i øvrigt blev opmærksom på din ret til kørsel eller kørselsgodtgørelse.

Hvis du vil klage over et afslag på en anmodning om kørselsgodtgørelse, regnes klagefristen fra tidspunktet for modtagelsen af afslaget om kørselsgodtgørelse.

Er du utilfreds med håndteringen af kørslen, herunder personalets opførsel, er det sygehuset, du skal kontakte.

KILDER

- [Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, Kapitel 53](#)
- [Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse nr. 1662 af 27. december 2013 om befordring og befordringsgodtgørelse efter Sundhedsloven](#)
- [Lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet](#)



Sygesikringsgrupper

Du kan vælge mellem to sygesikringsgrupper:

- Gruppe 1, hvor du er tilmeldt en bestemt læge
- Gruppe 2, hvor du ikke er tilmeldt en bestemt læge.

Sygesikringsgruppe 1

Langt de fleste mennesker i Danmark er i sygesikringsgruppe 1. Hvilken gruppe du er i fremgår af dit sundhedskort, det tidligere sygesikringsbevis. Sygesikringen betaler alle udgifter til hjælp hos læge og speciallæge. Hvis du er i gruppe 1, skal du have henvisning fra din læge til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, psykolog og fodterapeut. Der kræves ikke henvisning til øre-, næse- og halslæge, øjenlæge, tandlæge eller kiropraktor.

Sygesikringsgruppe 2

Hvis du er i gruppe 2 kan du uden lægehenvi- sning, søge behandling hos speciallæge, tandlæge og kiropraktor. Du skal fortsat have henvisning fra en læge til fysioterapeut, psykolog og fodterapeut. Du får tilskud fra sygesikringen til behandlingen, men du skal selv betale det overskydende beløb. Speciallæger, fysioterapeuter og tandlæger fastsætter selv størrelsen af honoraret for behandling.

KILDE

- Sundhedslovens kapitel 14 og 15.
- Bekendtgørelse nr. 1067 af 14. november 2012 om valgfri indplacering i sikringsgrupper, udstedelse af sundhedskort m.v.

Skift af egen læge

Som patient er det altid muligt at vælge at skifte praktiserende læge. Du kan vælge mellem to sygesikringsgrupper, se [afsnit om sygesikringsgrupper](#).

Du kan frit vælge en læge, der:

- har åben for tilgang
- ligger under 15 km fra din bopæl. I København, Frederiksberg, Tårnby og Dragør er grænsen 5 km.

Ønsker du en læge længere væk fra din bopæl, er det nødvendigt med lægens accept.

Det er gratis at skifte læge, hvis:

- du skifter læge i forbindelse med en flytning
- din nuværende læge lukker sin praksis.

I andre tilfælde koster det 180 kr. i gebyr at skifte læge.

Du kan skifte læge på dit borgerservicecenter eller skifte online på hjemmesiden www.borger.dk

KILDE

- [Sundhedslovens § 59](#)

NYTTIGE LINKS

[Sygesikringsgrupper](#) ›

Livstestamente

Med lægeteknologiens udvikling er det blevet muligt at holde patienter i live meget længe og også i situationer, hvor der ikke er håb om bedring, eller patienten er ukontaktbar. Mange mennesker foretrækker at dø, frem for at blive holdt i live, i disse situationer. Det har fået mange til at sige til deres pårørende, at skulle de komme i den situation, så vil de hellere dø i fred end at modtage livsforlængende behandling.

Lovgivningen giver imidlertid mulighed for at skrive et livstestamente, så beslutningen bliver taget af dig som patient. Livstestamentet sikrer, at den fortsatte behandling bliver i tråd med dit ønske, og dine pårørende bliver fritaget for en svær beslutning i en følelsesmæssig påvirket situation.

Så længe du er ved bevidsthed og selv kan fremsætte dine ønsker om den videre behandling, er det disse ønsker, der skal respekteres. Men ved at skrive et livstestamente, kan du sikre, at lægerne også følger dit ønske om behandling i det tilfælde, at du ligger for døden og ikke længere selv kan give besked. Dine pårørende kan ikke træffe beslutninger imod dit ønske i livstestamentet.

Et livstestamente får først virkning fra det tidspunkt, hvor læger og pårørende ikke længere kan komme i kontakt med en patient.

Dine pårørende kan ikke træffe beslutninger imod dit ønske.

Livstestamentes indhold

I livstestamentet kan man sige nej til behandling, hvis man er uafvendeligt døende, og behandlingen kun kan forlænge livet. Man kan også sige nej til livsforlængende behandling i en situation, hvor man ligger hjælpeløs hen uden håb om bedring.

Et livstestamente er ikke det samme som aktiv dødshjælp

Man skriver i livstestamentet ikke under på, at man ønsker døden fremskyndet aktivt. Derimod fremsætter man et ønske om ikke at blive holdt i live i en situation, hvor man er ude af stand til at ytre sig, og hvor alt håb om en bedring er opgivet. Testamentet træder først i kraft, når læger og pårørende ikke kan komme i kontakt med patienten og aldrig vil komme det igen.

Hvordan opretter jeg et livstestamente?

For at oprette et livstestamente, skal du udfylde en livstestamenteformular. Formularen kan enten udfyldes i papirform eller elektronisk via internettet. Det koster 50 kr. at oprette et livstestamente. Pengene går til administration af livstestamenteordningen.

Du kan finde formularen på dit lokale apotek, din praktiserende læge, sygehuse, biblioteker mv. Når du har udfyldt formularen, skal den sendes til:

Livstestamenteregisteret
Rigshospitalet, Afsnit 41-0-2
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Telefon 35 45 52 69

Hvis du ønsker at udfylde formularen online, findes den på www.sundhed.dk
Du kan udfylde den både med og uden digital signatur.

Hvordan tilbagekalder jeg et livstestamente?

Hvis du skulle fortryde, kan testamentet tilbagekaldes ved skriftlig henvendelse til registret eller elektronisk via hjemmesiden www.sundhed.dk

Hvis du kommer i en behandlingssituation, kan du også tilbagekalde testamentet over for den læge, der behandler dig.

KILDE

- Sundhedslovens §§ 26 og 27
- Bekendtgørelse nr. 240 om livstestamenter af 20/03-2007

