

Til: Ministeriet for sundhed og
forebyggelse
sum@sum.dk; sjuc@sum.dk

Hvidovre, den 19. januar 2010

Sag 10/56 – Dok. 639/10 /JS

Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer vedr. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sund- hedsvæsenet, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love

Danske Handicaporganisationer (DH) vil gerne takke for muligheden for at kommentere på udkastet til lovforslag og for inddragelse i den lovforberedende Referencegruppe. Vi vil i den forbindelse gerne kvittere for den gode dialog i Referencegruppen og for den lydhørhed, der er udvist overfor flere af Referencegruppens forslag, herunder bl.a. forslaget om et obligatorisk dialogtilbud.

DH har i mange år arbejdet for en række ændringer af patientklagesystemet og støtter derfor denne længe ventede reform. DH er særligt positiv overfor udvidelsen af klagemulighederne, så det fremover bliver muligt at klage over såkaldte systemfejl i form af dårlige patientforløb og over brud på patientrettighederne, fx i forbindelse med lange ventetider. Det foreliggende forslag rummer imidlertid flere store og alvorlige mangler, som vi vil kommentere på i det følgende.

Manglende lægmandsrepræsentation i Patientombudet

Udkastet lægger op til rent administrative skrivebordsafgørelser i Patientombudet uden inddragelse af lægmandsrepræsentanter. Der argumenteres med, at der ikke skal stilles samme krav til retssikkerhed for patienter og sundhedspersoner i Patientombudet, fordi det behandler klager over sundhedsvæsenets og ikke sundhedspersoners faglige virksomhed. Herudover udtrykkes der også bekymring for lange sagsbehandlingstider.

DH finder det særdeles problematisk, at Patientombudet ikke omfatter lægmandsrepræsentation. Den manglende lægmandsrepræsentation er problematisk, fordi lægmandsrepræsentanter med patienterfaringer kan bidrage med andre relevante vinkler og perspektiver end de sundhedsfaglige rådgivere, der vil være tilknyttet Patientombudet.

Den manglende lægmandsrepræsentation er yderligere problematisk, fordi mange af afgørelserne i Patientombuddet i vist omfang vil bero på skøn, hvor det er af afgørende betydning, at den fagligt baserede skønsudøvelse bliver suppleret af patientbaserede perspektiver.

Endelig er vi overbeviste om, at lægmandsrepræsentation vil øge befolkningens tillid til systemet. Mange mennesker, der klager over sundhedsvæsenet, har oplevet at blive svigtet af "systemet" og vil derfor have svært ved at acceptere afgørelser, der alene er truffet af ansatte i Patientombudet på baggrund af en udtalelse fra de tilknyttede sagkyndige sundhedspersoner. Patientperspektivet og det sundhedsfaglige perspektiv må nødvendigvis gå hånd i hånd for at Patientombudet kan opnå den nødvendige tillid i befolkningen.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at Disciplinærnævnets formand og næstformænd skal være dommere, idet det medvirker til at sikre den juridiske kvalitet af nævnets afgørelser. Der stilles imidlertid ikke samme krav til bemandingen i Patientombudet – og når der samtidig heller ikke er lægmandsrepræsentation i denne instans peger det samlet set på betydelige retssikkerhedsmæssige problemer i ombudets konstruktion.

Vi stiller os i øvrigt tvivlende overfor argumentet om, at lægmandsrepræsentation vil forlænge sagsbehandlingstiden. Vi mener ikke nødvendigvis, at lægmandsinddragelse vil kræve en egentlig nævnskonstruktion som i Disciplinærnævnet, hvor en dommer er formand for nævnet, og henviser i den forbindelse til ankesystemet på beskæftigelses- og socialområdet. Samtidig vil sagsbehandlingstiden vel primært være afhængig af den tilgængelige sagsbehandlingskapacitet i det nye Patientombud mere end af inddragelsen af lægmandsrepræsentanter.

Endelig vil vi gerne understrege, at vi anser den manglende lægmandsrepræsentation i Patientombudet som et afgørende problem for såvel afgørelsernes indhold som befolkningens tillid til patientklagesystemet. Hvis ikke dette problem bliver imødekommet risikerer de mange gode intentioner bag hele reformen at blive overskygget af Patientombudets uhenigtsmæssige konstruktion. Vi bidrager gerne til en konstruktiv dialog om, hvordan problemerne kan imødekommes.

Dårlig sammenhæng mellem Patientombudet og Disciplinærnævnet

Det fremgår af udkastet, at Patientombudet tilsyneladende ikke kan behandle en klage, hvis Disciplinærnævnet tidligere har behandlet en klage over en eller flere navngivne sundhedspersoners faglige virksomhed ifm. et konkret behandlingsforløb. Det vil med andre ord betyde, at en borger ikke kan klage over det samlede behandlingsforløb eller brud på patientrettigheder, hvis hun/han først bliver opmærksom på fejlene i forbindelse med en klage over en navngiven sundhedsperson. Af og til vil en klagesag medføre nye oplysninger og perspektiver for klageren, som bør kunne bringes op ved en efterfølgende sag ved Patientombudet. Det kan fx gå op for borgeren, at den dårlige oplevelse skyldes "systemet" og ikke den pågældende sundhedsperson.

Det fremgår videre af udkastet, at Patientombudet ikke ved egen kraft kan indbringe sager om sundhedspersoners faglige virksomhed for Disciplinærnævnet, uanset om Patientombu-

det i forbindelse med behandlingen af en klage finder anledning til kritik. Begrundelsen er, at Patientombudet også sekretariatsbetjener Disciplinærnævnet, og at sundhedspersonerne vil miste tilliden til uvildigheden, hvis Patientombudet kan indbringe sager af egen kraft. Hele reformen har bl.a. til formål at øge såvel læringen i sundhedsvæsenet som patienternes retssikkerhed. DH mener derfor, at Patientombudet bør kunne videreføre sager til Disciplinærnævnet af egen kraft, såfremt de bliver opmærksomme på kritisable hændelser. Alternativt kan det fremgå af lovforslaget, at Patientombudet har pligt til at informere klager, hvis de i forbindelse med klagesagsbehandlingen bliver bekendt med kritisable forhold, der kan rejses i Disciplinærnævnet.

Mangel på støtte til patienterne i forbindelse med dialog samt udbredelse til kommunerne

De patienter, der har oplevet et dårligt forløb i sundhedsvæsenet, ønsker ofte ikke at klage. De ønsker primært en forklaring og evt. en undskyldning samt en forvisning om, at andre borgere skånes for lignende oplevelser. Det er derfor positivt, at det regionale sundhedsvæsen fremover bliver forpligtet til at tilbyde en dialogbaseret løsning, når en borger har haft en dårlig oplevelse i sundhedsvæsenet.

Der står i udkastet, at patienten vil have mulighed for at lade sig bistå af en pårørende, en advokat eller en anden person ved dialogen med regionen. Mange især svage patienter uden stærke netværk eller pårørende vil imidlertid ikke have mulighed for at medbringe en sådan bisidder. Det er her afgørende at forstå, at der altid vil være tale om et asymmetrisk forhold – patienterne vil altid være ”den lille” i dialogen med sundhedsvæsenet. Derfor er der behov for en uafhængig patientstøtte, der kan bistå patienten, såfremt han/hun ønsker det. Med en sådan mulighed vil flere patienter forventeligt gøre brug af den lokale dialog. Dels fordi de vil opleve, at det nytter noget, og dels fordi de vil opleve det som et trygt alternativ til en formel klage.

Vi vil i den forbindelse gerne henvise til erfaringerne med den uafhængige patientstøtteordning, som har fungeret i en årrække i det engelske sundhedsvæsen. Herudover har flere af DH’s medlemsorganisationer gode erfaringer med at fungere som bisiddere i forbindelse med dialog med sundhedsvæsenet, som også kan inddrages.

I udkastet omdatter dialogordningen kun det regionale sundhedsvæsen og der lægges op til, at det kommunale sundhedsvæsen evt. kan blive omfattet af ordningen på et senere tidspunkt. Denne adskillelse er problematisk. Dels fordi den virker forvirrende for borgerne og strider mod intentionen om et entydigt klagesystem, og dels fordi borgerne dermed mister muligheden for dialog med det kommunale sundhedsvæsen, der spiller en stadig større rolle i det samlede system. Vi mener derfor, at ordningen også bør gælde for kommunerne eller at der som minimum angives en tidsfrist for, hvornår de også vil blive omfattet.

Endelig vil vi foreslå, at retten til lokal dialog bliver indført, uden at patienten/de pårørende på forhånd har besluttet sig for at klage. Vi har erfaring for, at patienter og pårørende ofte ”bare” ønsker en forklaring, en undskyldning – eller at give udtryk for frustration og vrede. Som forslaget foreligger, skal man formelt indgive en klage til Disciplinærnævnet eller Pa-

tientombudet, for at få ret til lokal dialog. Det er dog vigtigt, at alle dialogmøder etc. bliver dokumenteret, så den resulterende læring kan udbredes til andre dele af sundhedsvæsenet end den pågældende enhed.

Bedre vilkår for effektiv læring på baggrund af alle klager

DH er positivt indstillet overfor forslaget om at samle informationer vedr. læring og patient-sikkerhed under et tag i Patientombudet. Det forbedrer muligheden for at de mange data og den megen viden kan bruges til at forebygge fejl og forbedre kvaliteten.

Vi mener imidlertid ikke, at læringsmekanismerne i forslaget er tilstrækkelige til at sikre, at erfaringerne omsættes til de nødvendige ændringer. I forslaget tales der om læring ved hjælp af ”aktiv formidling til sundhedsvæsenets aktører” og at ”videreformidling skal ske på en relevant og anvendelig måde, så viden så let som muligt kan omsættes til konkrete tiltag hos de relevante aktører.” Formidlingen skal blandt andet ske ved hjælp af praksissammenfatninger, sundhedsfaglige spørgsmål og fortolkninger af patientrettigheder.

Erfaringerne viser imidlertid, at aktiv formidling ikke altid sikrer tilstrækkeligt medejerskab. Vi vil derfor gerne gentage forslaget om nedsættelse af en form for læringsforum, hvor sundhedsvæsenets parter mødes eksempelvis 2 gange om året for at drøfte behovene for udvikling. Formidling på administrativt niveau er med andre ord ikke tilstrækkeligt – der skal også være forpligtende medejerskab på politisk niveau.

Tandklagesystemet

Der er ingen saglige argumentationer for at opretholde et særligt (privat) klagesystem på tandområdet.

I Ministeriets overvejelser jf. pkt. 2.3.5. fremgår det, at ”...mangelfuldt tandlægearbejde desuden... i langt de fleste tilfælde [vil] kunne afhjælpes fuldstændigt ved en fornyet tandbehandling, men det vil som udgangspunkt medføre merudgifter for patienten til betaling af ydelsen. Øvrige sundhedsydelser, der ikke har levet op til normen for almindelig anerkendt faglig standard, vil også i nogle tilfælde kunne afhjælpes ved fornyet behandling, men her vil behandlingen i langt hovedparten af tilfældene være vederlagsfri for patienten. Der er derfor på tandområdet helt særlige muligheder for at søge klager afsluttet ved forlig eller afgørelser, hvor patienten helt eller delvist får tilbagebetalt sine udgifter til behandlingen eller får betaling for omgørelse, og disse muligheder benyttes med det nuværende tandklagesystem.”

Baseret på tilbagemeldinger fra bl.a. Gigtforeningen er det langtfra vores erfaring. Gigtforeningen har gentagne gange gjort opmærksom på, at det er et stort problem, at der ikke er de samme klage- og erstatningsmuligheder på tandområdet, som det er gældende for øvrige sundhedsydelser.

Gigtforeningen repræsenterer en gruppe patienter med Sjögrens Syndrom, som siden 2001 har været omfattet af et særligt tilskud til tandpleje, såfremt det kan dokumenteres, at tand-

problemerne skyldes Sjögrens Syndrom. Afgørelsen afhænger af det faglige skøn fra regionstandlægen, som også administrerer det beløb, der er afsat i budgettet til særligt tilskud. Dette sætter uundgåeligt – ud fra et patientperspektiv – spørgsmålstegn ved afgørelsens habilitet. Dette forværres yderligere af, at regionstandlægens afgørelse ikke kan ankes til en uvildig instans.

I praksis betyder den manglende ankemulighed, at patienterne ikke er sikret en ensartet sagsbehandling. Retspraksis på området er uigennemskueligt – fx foretages der ikke systematiske registreringer af tilkendelser og afslag.

Tandpatienters retsstilling er derfor dårligere end andre patienters. Der er i høj grad saglige argumenter for at ensrette klage- og erstatningssystemet, så det er gældende for alle sundhedsydelser – herunder også tandbehandling. DH vil derfor opfordre til, at det fremadrettede Disciplinærnævn også får kompetencen til at behandle klager over samtlige tandlægers faglige virksomhed.

Andre kommentarer

Det fremgår af forslaget, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at nævnets virksomhed omfatter nærmere bestemte persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der ikke har autorisation eller har autorisation efter anden lovgivning end sundhedslovgivningen. Vi vil gerne opfordre ministeren til at gøre dette, så patientklagesystemet fremover også kan behandle klager over eksempelvis portører, studerende og andre, der potentielt kan spille en rolle for behandlingsforløbet. Vi vil derfor foreslå, at disse grupper beskrives i lovforslagets bemærkninger.

DH er særdeles positive overfor forslaget om oprettelse af Det Psykiatriske Ankenævn, der vil kunne opbygge en særlig ekspertise på området – hvilket vil øge patienternes retssikkerhed. Det er ligeledes positivt, at patientrepræsentationen i Det Psykiatriske Ankenævn styrkes, og at de fortsat vil beskikkes efter indstilling fra DH. Det er på dette område særligt vigtigt for såvel klagesagsbehandlingen som patienternes tillid til systemet, at lægmandsrepræsentanterne i Det Psykiatriske Ankenævn og de psykiatriske patientklagenævne har erfaringer fra psykiatrien.

I afsnit 2.2.2. i lovens bemærkninger oplistes en række regler og rettigheder, som patienterne fremover kan få behandlet i Patientombudet. Vi er imidlertid ikke helt sikre på om denne liste er udtømmende, idet den f.eks. ikke omfatter Sundhedslovens § 84 om genoptræningsplaner. Flere af DH's medlemsorganisationer har desværre eksempler på, at patienter efter endt behandling er blevet udskrevet uden en ellers velbegrundet genoptræningsplan, hvorfor en klagemulighed ville være absolut relevant.

I dag har Patientklagenævnet mulighed for at udtale, at sundhedspersoner i en eller flere nærmere angivne situationer kunne have handlet mere hensigtsmæssigt – også selvom sagen ikke har givet anledning til en egentlig kritik. Denne mulighed udgår imidlertid i lovforslaget, hvilket vi finder problematisk. I nogle tilfælde vil den sundhedsfaglige virksomhed kun lige akkurat være i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard

og det vil være tydeligt for enhver, at det pågældende forløb kunne have været bedre, hvis sundhedspersonen havde handlet mere hensigtsmæssigt. Vi mener, at Disciplinærnævnet skal have mulighed for at kommentere sådanne forløb – både fordi den pågældende sundhedsperson kan lære af forløbet, og fordi patienten så får afklaret, at forløbet ikke var under den faglige standard man med rimelighed kan forvente i Danmark – men at det samtidig heller ikke levede op til det sundhedsvæsen i verdensklasse, som vi sigter efter.

I bemærkningerne til § 3, nr. 1 (side 56 i Word-versionen) indgår en præcisering af kravene til indrapportering af utilsigtede hændelser ifm. ”ophold på øvrige lokaliteter, hvor der sker sundhedsfaglig virksomhed”. Vi mener, at den efterfølgende eksemplificering kan give anledning til unødigt forvirring og foreslår i stedet følgende tekst: ”Rapporteringspligten gælder, uanset hvor hændelsen forekommer så længe der er tale om en utilsigtet hændelse, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed. Det er således uden betydning for rapporteringspligten, om en utilsigtet hændelse fx forekommer på institutioner til anbragte børn, offentlige eller private botilbud eller plejehjem, i forbindelse med præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler.”

Vi vil afslutningsvis gerne henvise til de høringssvar som DH's medlemsorganisationer har indsendt direkte til ministeriet og til de tidligere indlæg, som vi har indsendt sammen med Danske Patienter og Forbrugerrådet.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand