



Hørings svar vedr. lovforslag om ophør af pligten til rapportering af utilsigtede hændelser, ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere mv.

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS) takker for muligheden for at kommentere på lovforslag om ophør af pligten til rapportering af utilsigtede hændelser, ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere mv.

DASAMS repræsenterer læger, der arbejder inden for det samfundsmedicinske felt og har en særlig viden og erfaring om sundhedsvæsenets indretning og udfordringer på både statsligt, regionalt og kommunalt niveau. Selskabet har særlig viden og erfaring med organisation, kvalitetssikring, patientsikkerhed og ulighed i sundhed på både patient-, gruppe-, organisationsog samfunds niveau. En kernefunktion i det samfundsmedicinske speciale er rådgivning, vejledning og samarbejde med sundhedsvæsenets forskellige sektorer og tilgrænsende områder. Faglig myndighedsudøvelse f.eks. i forhold til patientsikkerhed og specialeplanlægning indgår også som del af specialets arbejdsområder

Lovforslaget om at nedlægge Dansk Patientsikkerhedsdatabase og fjerne den bagvedliggende lovgivning sanktionsfrihed kan i sin nuværende form risikere at skade både patienter og sundhedspersoner og blive en økonomisk belastning for både stat og sundhedsvæsen. Derfor foreslår Dansk Selskab for Samfundsmedicin i vores høringssvar visse ændringer

I nærværende lovforslag vil Indenrigs- og sundhedsministeriet afskaffe sundhedsvæsenets driftsansvarliges pligt til at modtage, registrere og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser. Forslaget vil betyde, at sundhedspersoner ikke længere vil have pligt til at rapportere en utilsigtet hændelse, ligesom Styrelsen for Patientsikkerhed ikke længere vil skulle modtage rapporteringer og Dansk Patientsikkerhedsdatabase nedlægges. Sundhedspersonernes anonymitet og den sanktionsfrihed lovgivningen sikrer, bortfalder også.

Vi bemærker, at begrundelsen for at fremsætte lovforslaget primært er regelforenkling og bidrag til økonomiske besparelser på 1000 årsværk i den statslige administration. Vi bifalder ønsket om forenkling af regler/administration, evt. decentralisering af opgaver og nødvendigheden af besparelser, men det må ikke ske på bekostning af patientsikkerheden eller sundhedspersonalets tryghed.

Historisk udvikling

I 2004 fik Danmark som de første i verden en unik lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet (2002/1 LSL 224), hvor fokus var læring af rapporterede utilsigtede hændelser i et ikke-sanktionerende miljø. Loven var forudgået af et grundigt forarbejde i Sundhedsstyrelsen og hos det nystartede Dansk Selskab for Patientsikkerhed med undersøgelse af udenlandske erfaringer og danske pilotprojekter. Udgangspunktet var, at utilsigtede hændelser (UTH) indtraf ved knap 10 % af alle indlæggelser og det blev vurderet at utilsigtede hændelser ramte ca. 40.000 patienter i sygehusvæsenet og op til 5000 af disse ville dø som følge af disse hændelser og fejl.

Ordnningen var en succes (fra 2000 rapporteringer i 2005 til 400.000 i 2023) og er blevet evalueret af ministeriet af flere omgange. Konklusionerne har været, at ordningen bidrog til patientsikkerheden og på

baggrund af evalueringerne, valgte lovgiver at udvide ordningen til også at omfatte patienter og primærsektoren i 2009/10.

Betydning af arbejdet med patientsikkerhed

I en OECD-rapport fra 2017 anslås, at omkring hver tiende sygehuspatient udsættes for unødigt skade under indlæggelse, og at omkring 15 procent af sygehusomkostninger og -aktivitet kan henføres til efterbehandling af problemer med patientsikkerheden. Forskning anslår, at 30 til 70 procent af utilsigtede hændelser kunne have været undgået. Et forsigtigt bud er ud fra ovenstående at mellem 4 og 10 milliarder kunne spares årligt, hvis disse utilsigtede hændelser kunne været undgået. Ifølge flere undersøgelser, fx af sundhedsøkonom Søren Rud Kristensen, bliver der årligt brugt 14 milliarder kroner på behandling af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet.

Mulige konsekvenser af forslaget

Det er med forslaget risiko for at tabe patientsikkerhedsarbejdet som vi kender det nu på gulvet. Det vurderer Dansk Selskab for Samfundsmedicin er en risiko af nedennævnte grunde

Ministeriet har ikke i forslaget overvejet, hvilke uønskede effekter en lovændring medfører i sundhedsvæsenet. Der foreligger ikke data eller en analyse heraf, inden lovforslaget blev sendt i høring. Ministeriet antagelse er, at patientsikkerhedsarbejdet vil fortsætte som hidtil, det mener vi ikke, at ministeriet har tilstrækkeligt belæg for at antage. Dertil kommer at det måske nok giver en umiddelbar besparelse på statsniveau, men samlet set i sundhedsvæsenet sandsynligvis vil øge udgifterne.

Et væsentligt omdrejningspunkt i den danske patientsikkerhedsordning er sundhedspersonernes anonymitet og den fortrolighed lovgivningen sikrer ved, at utilsigtede hændelser behandles i et ikke-sanktionerende system. Den gode patientsikkerhedskultur i Danmark er understøttet af, at rapporteringssystemet er adskilt fra myndighedernes tilsyns- og sanktionsvirksomhed og ansættelsesmyndighedernes disciplinære systemer. Til sammenligning har den svenske lovgivning ikke samme sikring af sundhedspersonerne som i Danmark. I Sverige er rapporteringssystemerne (Lex Maria og Lex Sarah) koblet op på tilsyn og sanktionering og har aldrig opnået samme udbredelse (3- 4000 rapporteringer/år) eller betydning for patientsikkerheden, som det danske system har.

Det danske sundhedsvæsen har brugt mange år på at opbygge en kultur, hvor der er åbenhed om de utilsigtede hændelser og en tryghed i løbende at rapportere de utilsigtede hændelser, som observeres. Der er en tydelig og kendt arbejdsgang for formidling og opfølgning af utilsigtede hændelser.

Det er væsentligt at læring af alvorlige hændelser kan foregå i et fortroligt rum, hvor formålet er læring og bedre patientsikkerhed for de næste patienter, ikke straf. Lovforslaget fjerner dette læringsrum Patientsikkerhedsanalyser af både selvmord og selvmordsforsøg har fx givet uvurderlig viden om, hvordan selvmord kan forebygges. Det er svært at forestille sig, at den åbenhed kan bevares, når der vil være aktindsigt for både presse, patienter og tilsynsmyndighed. Der er i forvejen en frygt for at fejle blandt vores sundhedspersonale, den skal vi ikke øge i en situation, hvor vi har svært ved at rekruttere og fastholde personale.

En organisation, der åbent rapporterer og lærer af sine egne fejl, har lettere ved at fastholde systemperspektivet på utilsigtede hændelser end en organisation, hvor utilsigtede hændelser opfattes som den enkelte medarbejders ansvar. Ledelsernes, risikomanagernes og patientsikkerhedskoordinatorernes indblik i rapporterede utilsigtede hændelser gør det muligt at arbejde proaktivt med at forebygge alvorlige

utilsigtede hændelser. Et vigtigt aspekt ved rapportering af utilsigtede hændelser, er de kulturskabende og bærende effekter. Det opstår kun i et trygt miljø.

Vi kan også tilføje, at samling af en stor mængde data gør en forskel. Hvis regionerne, kommunerne og øvrige driftsherrer har lovgivningen og midlerne til det, behøver uth arbejdet ikke at være centralt ledet. Men det vil stadig være vigtigt med landsdækkende læring. Eksempelvis har landsdækkende data fra UTH-databasen ændret navngivning og markering af emballage fra Lægemedelstyrelsen for at undgå medicineringsfejl. Det er også på baggrund af landsdata, at der er blevet oprettet en advarsel om Methotrexat i FMK og lavet flere doseringsforslag i FMK, så der sker færre fejl ved medicinering på plejehjem. For slet ikke at nævne forbedringen af udskrivningsbreve, som vedrører ca 9 millioner overgange årligt.

Forslag til ændringer

En så omfattende ændring af sundhedsvæsenets rammer som den nu foreslåede bør forudgås af en grundigere analyse. Ligeledes foreslår vi, at der planlægges en opfølgning på lovændringen.

Ministeriet skriver at lovforslaget er udgiftsneutralt for regionerne. Det er vigtigt, at huske, at landsdækkende samling af utilsigtede hændelser; samling af data, AI og datamining koster penge. Hvis vi ikke erkender, at der vil være it-relaterede udgifter i regioner og kommuner som skal føre arbejdet med de utilsigtede hændelser videre, risikerer vi, at patientsikkerhedsarbejdet langsomt dør.

Det har taget mange år at opbygge en tillidsfuld kultur i Sundhedsvæsenet, så der kan være en åben dialog om fejl. Tavshed om fejl er en risiko for både patienter og sundhedspersoner. Dansk Selskab for Samfundsmedicin foreslår, at sundhedspersoners anonymitet i forbindelse med behandlingen af utilsigtede hændelser fastholdes i ny lovgivning og det også fastholdes, at sundhedsvæsenets behandling af utilsigtede hændelser ikke kan gøres til genstand for sanktioner.

Det skal undersøges, hvordan patienternes stemme kan blive hørt i et nyt system, så deres erfaringer indgår på en lærende måde, uden at det belaster klagesystemet unødigt. De fleste patientens største ønske er, at der ikke sker det samme for andre.

Det skal indtænkes hvordan landsdækkende problemer identificeres og videresendes til rette myndighed fx Lægemedelstyrelsen eller Sundhedsstyrelsen fra fx kommuner og regioner mhp. Landsdækkende systematiske ændringer, som går på tværs af systemer og sektorer.

Selskabet vil foreslå, at Danmark skal beholde et lærende sundhedsvæsen, men at samtidig vil være nødvendigt med en modernisering, så det bliver lettere og mindre tidskrævende for sundhedspersoner at rapportere en utilsigtet hændelse og sådan at data fra rapporteringerne nemmere kan trækkes fra databasen og anvendes til forbedring af patientsikkerheden. En opgave der vil kunne understøttes af kunstig intelligens og nyt rapporteringssystem.

Vi håber, at få mulighed for at kommentere lovforslaget igen i en redigeret udgave, hvor der er taget højde for nogle af de områder, vi har problematiseret.

Med venlig hilsen,

Ane Bonnerup Vind, Forperson

Dansk Selskab for Samfundsmedicin

