

## Folketingets Sundhedsudvalg

Vallensbæk 10. maj 2010

Til Folketingets Sundhedsudvalg.

I forbindelse med foretræde for Sundhedsudvalget lovede jeg, at indsende mine kommentarer til loven om Patientombud mm.

Efter at have læst L130 kan jeg se visse generelle problemer i lovforslaget som følge af mine uheldige erfaringer, ikke mindst aktualiseret i forbindelse med en enkelt konkret klage. Den baggrund viser sig i eksemplerne, samt i de personlige kommentarer jeg har tilføjet i parentes!

### Hvordan fungerer et forbrugerbeskyttelsesombud?

Patientombudet skal behandle *systemfejl, faglig virksomhed og standard* samt *hastesager*, mens Disciplinærnævnet skal træffe afgørelser om den enkelte sundhedspersons indsats har været rimelig eller mangelfuld i henhold til *gældende normer og standarder* for fagets udøvelse.

Så mens Disciplinærnævnets paritetiske model med to lægmænd og to fagpersoner nærmest er dansk standard, bør der tænkes nyt med Patientombudets formål, organisation og sammensætning

For det er ikke nok, at Patientombudets navn angiver, at det er en del af Forbrugerbeskyttelsen, det må også underbygges fx via en permanent repræsentation fra de relevante brugerorganisationer: Forbrugerrådet, Danske Patienter og Danske Handikaporganisationer. Hvis man også her ønsker en mere uformel paritet kan Regionerne, KL og en repræsentant for sundheds og lægeuddannelserne kan komme på tale som leverandørrepræsentanter.

Af hensyn til gennemsigtigheden, retssikkerheden og et klart fastlagt ansvar bør Patientombudets principielle beslutninger ske via et udvalg, hvis medlemmer og baggrund er almindelig kendt.

Når en organisation effektivt skal lære af uforudsete og utilsigtede hændelser i en løbende kvalitetsudvikling, forudsætter det, at hovedinteressenternes holdninger og visioner er kendt, forhandlet og afbalanceret.

### Kravet om fuldmagt og en effektiv bagstopper:

Der findes mange patienter under kategorien "sygdomsfornægtelse".

At få en fuldmagt fra en sygdomsfornægtende patient er en krævende opgave i sig selv.

I en hastesag, fx om permanent manglende eller mangelfuld sygdomsbehandling, der hurtigt kan udvikle sig til en nødretssituation, må kravet om fuldmagt kunne fraviges. (I mit konkrete tilfælde tog det over et halvt år at få den fornødne fuldmagt.)

Hermed er vi også inde på bagstopperproblemet. Der må være en ansvarlig myndighed, der griber ind, før vi når for langt ind i en nødretstilstand.

Sygehusregionerne skal have pligt til at tilbyde/anvise enhver form for behandling som Sundhedsstyrelsen anbefaler fx via Referenceprogrammet for angstlidelser, så manglende, mangelfuld eller forkert behandling ikke gradvist vil eskalere til en permanent nødretstilstand.

Og Ombudet må kunne præcisere ansvaret i en konkret hastebehandlet klage, altså intervenere direkte i halvakutte situationer - fx når kommunen overser groft omsorgssvigt.

Ansvaret for den helakutte vagtfunktion, der udøves fra og af sygehusene, trænger til opstramning, måske skal man oprette en landsdækkende specialakutfunktion, der kan rådgive, koordinere og tilrettevise (alle) sundhedspersoner på feltarbejde dvs. primært de kommunale døgn tjenester samt vagt- og ambulancelæger. I disse situationer kan Ombudet ikke gribe ind, men kun yde efterkritik.

## Kvaliteten af lægeerklæringer og vurderinger.

I direkte eller indirekte klager over lægelig behandling, vil speciallægeerklæringer mm blive tillagt største betydning og det kan ikke præciseres tilstrækkeligt, at både rekvirenten, (Patientombudet, Diciplinæruvalget og Patientforsikringen, kommunen osv.) og konsulenten, hver for sig har pligt til at indhente de fornødne og opdaterede oplysninger, der sikrer sagens korrekte behandling.

Desuden må præciseres, at konsulenten via sit ekspertansvar kan indbringes for Diciplinæruvalget, Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet samt retsforfølges for sine "skrivebords" forsømmelser.

Et sammenhængende sundhedsklagesystem må derfor også organiseres så inhabilitet undgås!

Men det er endnu vigtigere med en præcist defineret *norm for almindelig anerkendt faglig standard*.

Tager vi eksempelet fra Sundhedsstyrelsen Referenceprogram for Angstlidelser så findes følgende oplysninger på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

### 1.4\_Organisatoriske konklusioner

*De færreste personer med angsttilstande får stillet en korrekt diagnose.*

*Et endnu mindre antal personer får evidensbaseret behandling i form af kognitiv adfærdsterapi eller relevant farmakologisk behandling med antidepressiva.*

*Der mangler generelt sammenhæng i det danske behandlingstilbud til angstpatienter.*

Er 1.4 en beskrivelse af *normen for undersøgelse og diagnosticering*, en konsekvent dårlig behandling af patienterne såvel i strid med regeringens diagnosegaranti, lægeløftet som EMRK?

Men er 1.3.6.2 så den *almindelig anerkendte faglige standard for behandling* af OCD, formuleret på et dårligt dansk, men lagt ud på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, så enhver læge kan følge den?

#### 1.3.6.2 Anbefalinger

##### 1.3.6.2.1 Valg af behandling

*Patienter med OCD bør have tilbud om virksom behandling i form af KAT, farmaka af SRI-typen (SSRI eller clomipramin) eller en kombination af disse metoder (A).*

*Patienter bør så vidt muligt tilbydes KAT eller kombinationsbehandling som første behandling (B).*

##### 1.3.6.2.2 Farmakologisk behandling

*Førstevalgspræparat ved OCD er et antidepressivum af SSRI-typen (C).*

*Dosisøgning bør ske gradvist afhængig af bivirkninger og effekt (B).*

*Behandlingsvarigheden bør være mindst 12 måneder, hvorefter vedligeholdelsesbehandling bør overvejes (B).*

*Ved manglende effekt kan man i første omgang øge doseringen, og efter 12 uger kan man overveje at skifte præparat, evt. til clomipramin (C), potentisering med et antipsykotikum (D) eller at give supplerende KAT (B).*

##### 1.3.6.2.3 Psykoterapi

*ERP bør være en central bestanddel af KAT ved OCD (A).*

*KAT vil normalt skulle forløbe over 10-20 sessioner (C).*

##### 1.3.6.2.4 Kombinationsbehandling

*Patienter med sværere OCD kan tilbydes kombinationsbehandling med KAT og SRI (B).*

*Patienter uden tilfredsstillende resultat af behandling med KAT eller med farmakologisk behandling bør have tilbud om kombinationsbehandling (B).*

*Ved farmakologisk behandling kan der udleveres selvhjælpsmateriale baseret på KAT-principper (C).*

*Ved farmakologisk behandling bør der gives instruktion i selvadministreret eksponering som supplement til den medicinske behandling (C).*

Er det så 1.4 og 1.3.6.2, der forenes til *normen for almindelig anerkendt faglig standard*?

Eller fortrænger diagnosegarantien nu 1.4, så *normen* (højest efter en måneds udredning) *er 1.3.6.2*?

Spurgt på en anden måde: Står patientens diagnose i journalen, kender patienten (eller patientens pårørende eller bisiddere) selv sin sygdom og diagnose eller er diagnosen så selvindlysende, at nøjere udredning af patienten skønnes unødvendig, opstår så en ny situation, hvor *normen* kan afgrænses til 1.3.6.2, den *almindelige anerkendte faglige standard for behandling*?

Er det tilfældet, kan en medicinsk behandling jo straks ordineres!

(Men i mit konkrete tilfælde hvor sundhedspersonerne, ikke mindst lægerne, hele tiden blev orienteret om, at patienten led af OCD – fandt ingen *behandling* efter *almindelig anerkendt faglig standard* sted i 2 år, selv om medicin mod OCD, har været kendt i over 40 år, SSRI-produkter i over 6 år og siden ultimo 2007 har der ligget en behandlingsanbefaling for OCD-patienter på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

De sundhedspersoners indsats kan ikke dækkes ind under *norm, omhu og samvittighedsfuldhed!*)

## Patientrettigheder, Orientering, Koordination og Forvaltningsloven.

De fire ord kan ikke præciseres for klart i loven!

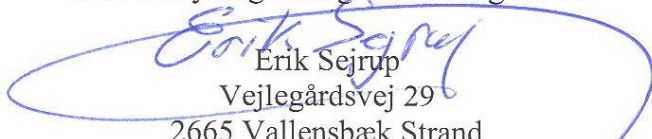
(For under den aktuelle klagesag, der har varet i næsten 3 år, har ingen oplyst os om den anbefaling fra Sundhedsstyrelsen og hvordan vi kunne bruge den til at få gang i den nødvendige medicinske behandling.

Behandlingen med SSRI kom tilfældigvis i gang 17. januar 2009 ved nogle velvillige sundhedspersoners (private?) indgreb og har siden virket overbevisende, men ikke perfekt.

Status 10. maj 2010 er, at patientens speciallæge er sygemeldt, ingen kan anvise en vikarordning, og den medicinske behandling, som derfor ikke kan gøres optimal, selv om Sundhedsstyrelsens anbefalinger netop angiver en hurtig og effektiv løsning på finjusteringsproblemet.

Resultatet er en permanent hastesag! Fra 2. juni 2008 har der tillige hersket en nødretstilstand, hvor en hjælpeløs patient er blevet overladt til sig selv i strid med Sundhedsloven, Straffeloven og EMRK.)

Efter bemyndigelse og med venlig hilsen



Erik Sejrup  
Vejlegårdsvej 29

2665 Vallensbæk Strand

[ErikSejrup@yahoo.dk](mailto:ErikSejrup@yahoo.dk) //25 71 22 16\\ [ErikSejrup@sol.dk](mailto:ErikSejrup@sol.dk)