

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: DEPFRE
Koordineret med:
Sagsnr.: 1708067
Dok. nr.: 492604
Dato: 06-12-2017

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[Tirsdag den 12/12, Christiansborg]

Samrådsspørgsmål Q, R og S

Spørgsmål Q

”Ministeren bedes redegøre for sin holdning til afgørelsen i Østre Landsret vedr. sagen fra Svendborg Sygehus. Og hvad vurderer ministeren, sagen vil betyde for sundhedspersonalets tilrettelæggelse af arbejdet, fordi personalet fremadrettet nu formentlig kommer til at prioritere mere tid på dokumentation og kontrol af egen og andres indsats frem for at bruge tiden på patienterne, for på den måde at undgå, at personalet selv modtager kritik, når der på grund af travlhed sker fejl. Der henvises bl.a. til artiklen ”Hvorfor er sagen principiel” af 24. oktober 2017, www.detkuhaværetmig.dk”

Spørgsmål R

Mener ministeren i forlængelse af sagen fra Svendborg Sygehus, at mundtlige delegationer og indbyrdes aftaler i fremtiden altid skal erstattes af rigide krav om dokumentation og kontrol af egen og andres indsats – uagtet at det angiveligt vil betyde, at andre patienter må vente længere på den nødvendige hjælp?

Spørgsmål S

Hvordan vil ministeren - i lyset af sagen fra Svendborg Sygehus - sikre, at ansvaret for fejl i sundhedsvæsenet, som er forårsaget af strukturelle forhold som f.eks. personalemangel, overbelægning m.v., placeres hos den eller de ansvarlige ledere, for på den måde at yde det lægefaglige personale, sygeplejerske m.m. den fornødne tryghed, når personalet i en travl hverdag skal yde deres bedste for at tage vare på alle patienter?

Tak og tak for spørgsmålene, som jo alle sammen tager deres afsæt i den såkaldte "Svendborg-sag". Det er rigtig relevante spørgsmål, som jeg også har set frem til at besvare. Og jeg vil tillade mig at besvare spørgsmålene samlet.

Men jeg er også nødt til at sige, og det hører jeg egentlig også spørgeren selv sige, at jeg ikke mener, at dommen kan eller skal konkluderes i dag.

For som bekendt har Procesbevillingsnævnet den 8. november 2017 givet tilladelse til, at Østre Landsrets dom kan ankes til Højesteret. Så – med al respekt – så synes jeg, vi skal holde det her til en lidt mere generel diskussion omkring forholdende, end en specifikt diskussion af en sag, som nu kører i Højesteret. Jeg vil afvente Højesterets dom, inden jeg går ind i en nærmere analyse af rækkevidden af den konkrete.

Desuagtet så må man sige, det er en principiel sag og det er også derfor, det er væsentligt, at Højesteret forholder sig til den.

Og når det er sagt, så er det jo også – på alle måder – en meget ulykkelige sag, og så er de reaktioner, som er kommet på baggrund dommen fra Østre Landsret, jo også i høj grad noget, der har givet stof til eftertanke og også behov for at overveje, om reglerne om journalføring og om fordeling af ansvar er, som de bør være, og om de er fulgt med tiden.

Derfor har jeg også aftalt med Styrelsen for Patientsikkerhed, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal se på, om der er behov for en revision af reglerne om journalføring.

Det har jeg også informeret Yngre Læger og Lægeforeningen om på de møder, jeg har holdt med dem for et par uger siden.

Der skal blandt andet ses på, om der er krav i *journalføringsreglerne*, som er for vidtgående. Og om der er bestemmelser, der ikke er tidssvarende – også set i lyset af den øgede digitalisering af sundhedsvæsenet. Eller om der er regler, der skal præciseres.

Derudover så har jeg bedt styrelsen om at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal se på, om kravene til de lokale ledelsers udarbejdelse af instrukser, herunder om ansvarsfordeling og ansvarsforhold i patientbehandlingen, er tilstrækkeligt klare og tidssvarende. Blandt andet når det kommer til hele det her spørgsmål om forholdet mellem den enkelte sundhedsperson og organisationen. Men også instrukser vedrørende forholdet mellem forvagt og bagvagt.

Det skal nemlig ikke være sådan, at de dygtige og engagerede læger og andre sundhedspersoner – som dagligt yder en kæmpe indsats i det danske sundhedsvæsen – skal gå rundt og tvivle på deres egen faglighed og kompetencer. Heller ikke på grund af den dom, som er afsæt for spørgsmålet her i dag.

Og det skal heller ikke være sådan – og det ligger mig virkelig meget på sinde at sige meget klart: At læger eller – for dens sags skyld – andre sundhedspersoner skal gå på arbejde med en daglig frygt for at blive mødt med straf eller andre sanktioner, hvis de begår fejl.

Det er meget få promille af alle de fejl, som begås i sundhedsvæsenet, der fører til politianmeldelser. Og sammenholdt med de ca. 180.000 fejl, der årligt indrapporteres som utilsigtede hændelser, har Styrelsen for Patientsikkerhed alene anmeldt 12 sager til politiet i 2017, der vedrører læger. Det er et tal, der udgør 0,06 *promille*.

Det har jeg også understreget over for Lægeforeningen, Yngre Læger og pressegruppen bag #DetKuHaVæretMig på de møder, vi har haft, at vi ikke må få en situation, hvor folk frygter for at begå fejl eller frygter at gå på arbejde og ikke længere føler sig stærke nok i deres egen faglighed.

For vi skal ikke have et amerikaniseret sundhedsvæsen i Danmark. Et sundhedsvæsen, der er styret af defensiv medicin, hvor læger og andet sundhedspersonale – for at have deres ryg fri – føler sig nødsaget til at notere hver eneste lille handling ned. Så journalen udvikler sig til et ubrugeligt redskab fyldt med irrelevante oplysninger, i stedet for det, det skal være, nemlig et sikkert og godt arbejdsredskab.

Og det må heller ikke være sådan, at hverdagen på landets sygehuse drukner i øget bureaukrati og dokumentationskrav.

Der skal være en rigtigt balance mellem på den ene side tiden til kernopgaven – undersøgelse og behandling af patienten – og på den anden side behovet for at dokumentere forløbet og de faglige overvejelser, der er gjort undervejs.

Og det skal naturligvis være muligt at tilrettelægge arbejdet på en sygehusafdeling fleksibelt og med mulighed for mundtlige ordinationer og instrukser.

Men det også er vigtigt at understrege, at dokumentation i sundhedsvæsenet ikke kan eller skal afskaffes. Dokumentation i form af journalføring er med til at sikre kontinuitet, sammenhængende patientforløb, sikkerhed og kvalitet i undersøgelse og behandling.

Journalføringsreglerne er ikke til hinder for, at der gives mundlige ordinationer. Men som journalføringspligten er i dag og er bygget op, så skal alle givne ordinationer og rekvirerede undersøgelser, også de mundtlige, journalføres af hensyn til patientsikkerheden og dokumentationen. Og det bliver bl.a. noget af det, som arbejdsgruppen skal se nærmere på.

Det er vigtigt, at vi bliver ved med at have en lærende tilgang til fejl i vores sundhedsvæsen ved at indberette og behandle utilsigtede hændelser. For kun sådan kan vi blive bedre til at forebygge de fejl, som sker.

Og derfor synes jeg også, det er glædeligt, at Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med alle regionerne vil iværksætte en række pilotprojekter, der skal fremme læring af utilsigtede hændelser ved at se på den måde, som utilsigtede hændelser indrapporteres på i dag.

Det sker blandt andet, fordi styrelsen vurderer, at helt op til 95 % af de 60.000 rapporter om utilsigtede hændelser, som regionerne oprettede i 2016, vil kunne rapporteres på en lettere og med større læringsudbytte.

Og det er også vigtigt, at vi værner om, at de fejl, der begås, kan indberettes uden risiko for, at oplysningerne bliver brugt til at starte en tilsynssag eller en straffesag. Det fremhævede jeg også på det samråd G, vi havde lidt tidligere på efteråret, som bl.a. handlede om samkøring af oplysninger om både disciplinærsager, klager og erstatningssager.

Der synes dog også at være en myte i sundhedsvæsenet om, at en fejl ikke kan sanktioneres, fordi den er indberettet som en utilsigtet hændelse.

Sådan er det ikke, og sådan har det ikke været. Selve fejlen, kan stadig behandles i klagesystemet eller som en tilsynssag, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed bliver opmærksom på den. Men de oplysninger, der gives ved selve *indberetningen* af fejlen som en UTH kan ikke bruges i klage- eller tilsynssagen.

Jeg tror også, at alle her i rummet ved, at efter en række ulykkelige sager, hvor tilsynet havde svigtet, der blev Folketingets partier over en bred kam enige om at løfte tilsynsområdet.

De aftaler, der blev indgået, mundedede ud i loven fra juni 2016 – ”strammerpakken” – som omorganiserede og gav flere muskler og beføjelser til tilsynet.

I kølvandet på Svendborg-sagen er der nu stillet spørgsmålstegn ved, om Styrelsen for Patientsikkerhed med strammerpakken er blevet FOR aktivistisk i sin linje. At der er gået inflation i antallet af politianmeldelser.

For at få fakta på bordet har jeg bedt styrelsen om en opgørelse over udviklingen i antallet af politianmeldelser, som styrelsen har foretaget. Og den har vist, at omfanget af anmeldelser af læger ER steget. Fra ca. 2-3 anmeldelser for grov forsømmelighed i 2015 og 2016. Til 12 i 2017.

Styrelsen kan også anmelde sundhedspersoner for andre forhold, f.eks. blufærdighedskrænkelser, brud på tavshedspligten og udøvelse af virksomhed uden autorisation. Også her er der sket en generelt stigning i politianmeldelser. Fra 3 i 2015. Til 8 i 2016. Og 21 i 2017.

Og det flugter sådan set også den politiske aftale, der blev lavet i forhold til at sikre, at styrelsen kunne gribe hurtigere ind.

Stigningen i anmeldelser er en naturlig udvikling som følge af strammerpakken og der her ønske om en stærkere og mere handlekraftig styrelse.

Og stigningen i anmeldelserne skal sættes i forhold til de knap 40.000 læger, som i dag er registreret i Styrelsen for Patientsikkerheds autorisationsregister. Set i det lys forekommer 12 sager med politianmeldelser for grov forsømmelig og 21 sager om alt fra blufærdighedskrænkelser, ulovlig virksomhedsudøvelse, brud på tavshedspligten o. lign. måske lidt mindre voldsomt, end det der nogle dage fremgår af debatten. Og det er ikke for at negligere, at den, der er berørt, naturligvis vil opleve det som en voldsom ting.

Og jeg vil sige: Det ER nødvendigt med en styrelse, der hurtigt kan stoppe de sundhedspersoner, der er til fare for patientsikkerheden. Det er fuldstændigt afgørende for at bevare det høje niveau af patientsikkerhed, vi har i Danmark.

Og en stærkt styrelsen forudsætter også, at styrelsen i så fald kan føre en åben dialog og er lyttende over for de parter, der føres tilsyn med. Og det tror jeg sådan set også er en vigtig del af diskussionen her i kølvandet på den konkrete sag.

Styrelsen har i lyset af sagen holdt en række møder med bl.a. Lægeforeningen og sygehusdirektører.

Og det, synes jeg, er væsentligt. For styrelsen skal også forholde sig åbent til den kritik, der er.

Når det er sagt, så skal det ikke være sådan, at den enkelte sundhedsperson skal straffes for forhold, der i virkeligheden kan tilskrives manglende ressourcer eller dårlig ledelse.

Og derfor må vi holde fast ved, at regionerne – altså arbejdsgiveren – har et klokkeklart ansvar for at sikre den nødvendige bemanning og tilrettelægge af arbejdet. Så risikoen for at den enkelte begår fejl begrænses mest muligt.

Og det er allerede sådan i dag, at hvis styrelsen for patientsikkerhed vurderer, at der er fare for patientsikkerheden – fx fordi bemanningen på en afdeling er utilstrækkelig – så vil styrelsen behandle forholdet i organisationstilsynet. Og eventuelt udstede et påbud til behandlingsstedet.

Det involverede sundhedspersonale vil således ikke blive holdt ansvarligt for fejl og mangler, som kan skyldes mangelfuld tilrettelæggelse fra arbejdsgiverens side.

Netop det organisatoriske tilsyn blev også løftet med den politiske aftale, som jeg nævnte tidligere. Her blev det besluttet, at styrelsen skulle have øget fokus på behandlingsstederne – blandt andet gennem omlægningen til det proaktive, risikobaserede tilsyn.

Og styrelsen blev i den forbindelse tilført 46 mio. kr., som blandt andet skulle gå til oprettelsen af det proaktive, risikobaserede tilsyn.

Svendborg-sagen har også rettet et fokus mod særligt yngres lægers arbejdsforhold. Og organiseringen af akutområdet. Og det er jo også noget af det, som spørgeren peger på. Og der tror jeg, det er vigtigt, at man også tør tage den del af diskussionen.

Jeg anerkender fuldt ud, at dagligdagen for en yngre læge på et dansk sygehus – måske især på en akutmodtagelse – er fyldt med beslutninger, der baserer sig på et skøn, og som nogle gange skal tages under et pres og nogle gange også et tidspres.

Jeg har derfor også stor respekt for den store indsats, som lægerne, når de står ved fronten og tager imod patienter, yder.

Og jeg har stor forståelse for, at visse yngre læger ikke føler sig tilstrækkeligt klædt på i alle situationer. Det var sådan set også derfor, at der var et ønske med hele organiseringen af akutmodtagelserne med rapporten og anbefalingerne tilbage fra 2007 om i højere grad at sikre, at specialerne også kom ned i frontlinjen.

Derfor er det også vigtigt, at yngre læger ikke kommer til at stå alene i en situation, hvor de ikke har ældre og erfarne kolleger at trække på. Og det handler jo ikke om at stille spørgsmålstejn ved de kompetencer, man har som yngre læge. Det handler sådan set om, at sikre, at vores akutmodtagelser og den måde, vi organiserer det på, er så stærk som muligt og også sikrer nogle faglige hensyn i forhold til dem, der har lang anciennitet og erfaring på et område og dem, som er nye og ikke har så lang erfaring at trække på.

Til slut vil jeg gerne vende tilbage til retssagen mod lægen fra Svendborg, som på et tidspunkt vil finde sin afslutning i Højesteret.

Uanset hvad Højesteret måtte ende med at konkludere, vil jeg gerne se på, om der er noget, jeg som sundhedsminister kan gøre, for at komme de læger i møde, som åbenlyst føler sig ladt i stikken.

Det håber jeg, de arbejdsgrupper, som er iværksat, og de initiativer, jeg har taget, vil være med til at sikre. Og jeg håber sådan set også, at alle parter i sundhedsvæsenet kan se sig selv i arbejdet og vil deltage aktivt i det, så vi kan finde nogle løsninger til gavn for alle.

Tak for ordet.