

Direkte 38666055

## POLITIKERSPØRGSMÅL

Journal-nr.: 19087830

Dato: 14. januar 2020

Spørgsmål nr.: 115-19  
Dato: 5. december 2019  
Stillet af: Karsten Skawbo-Jensen (C)  
Besvarelse udsendt den: 14. januar 2020

# Spørgsmål vedrørende diagnosefejl

### Spørgsmål:

En netop offentliggjort rapport fra Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed har for første gang kortlagt omfanget af diagnosticeringsfejl, der betegnes som et i nogen grad overset problem.

Årligt er der ca. 760 personer, der får erstatning for skader som følge af fejldiagnosticering, heraf ca. 63 personer, der dør som følge af patientskaden. Gennemsnitsalderen ved følgedød er 55 år. Erstatningen i anerkendte sager efter diagnosticeringsfejl er store; i gennemsnit ca. 248.000 kr., når der ikke er følgedød, og ca. 811.000 kr. i gennemsnit, når diagnosticeringsfejlen resulterer i patientens død. Samlet er der i tiårsperioden 2009 – 2018 udbetalt ca. 2,25 mia. kr. i erstatning i sager med diagnosticeringsfejl. Diagnosticeringsfejlsrelaterede sager udgør 29 pct. af alle anerkendte behandlingsskadesager. Overset og forsinket diagnose udgør ca. 90 pct. af alle diagnosticeringsfejl. Fem hovedgrupper af sygdomme udgør samlet 75 pct. af alle diagnosticeringsfejl: Læsioner, cancersygdomme, knogle- og muskelsygdomme, kredsløbssygdomme og mave-tarm-sygdomme. Ortopædkirurgi og almen medicin er de to oftest involverede medicinske specialer i diagnosticeringsfejl.

Jeg tror, at de fleste af os, enten selv eller hos et familiemedlem eller en bekendt, har oplevet eller hørt om store problemer med rettidig og/eller korrekt diagnosticering. Det kan både være hos praktiserende læge, speciallæger og på hospitalet. Rapportens tal viser desværre kun toppen af isbjerget. Der er et mørketal, som jeg frygter, er meget højt.

Berlingske omtaler den foruroligende rapport den 5.12.2019 i artiklen "Tusinder rammes af diagnosefejl: Læge efter læge fortalte Claus, at han ikke fejlede noget, men det viste sig at være helt forkert".

Her er et par udpluk fra artiklen:

”Tusinder af patienter i det danske sundhedsvæsen oplever at blive udsat for såkaldte diagnosefejl og risikerer at komme til skade, fordi der sker svigt, når lægerne skal finde ud af, hvad de fejler. Enten trækker det ud med at få stillet diagnosen, eller der stilles en forkert diagnose. I nogle tilfælde sker det også, at der slet ikke bliver stillet en diagnose i forhold til sygdomme som f.eks. kræft og hjertelidelser med alvorlige og nogle gange fatale konsekvenser til følge. FOLD UD

De seneste ti år har 7.600 patienter fået tilkendt erstatning i det danske sundhedsvæsen for skader, som de har pådraget sig i sager, der involverer en diagnosticeringsfejl.

I over 600 af tilfældene vurderes fejlene direkte at have medført patienternes død, og det har også kostet skatteyderne dyrt. Samlet er der fra 2009 og frem til 2018 udbetalt et beløb på i alt 2,25 milliarder kroner i erstatning for diagnosefejl til skadelidte patienter og deres pårørende.”

”Ofte går det galt allerede i de første samtaler, når patienten henvender sig med et symptom, kaldet den »indledende diagnostiske vurdering«, så lægen f.eks. for sent eller slet ikke får ordineret relevante tests. Hvis man som patient kommer ind i et forkert forløb fra start, så er man ret ilde ude. Så kan der gå lang tid – og måske sker det aldrig – at man kommer over i det rigtige forløb, hvilket kan ende med, at man ovenikøbet får en behandling, som gør ondt værre,« siger direktør i Dansk Selskab for Patientsikkerhed Inge Kristensen. Det kan også kikse, når lægerne skal fortolke undersøgelsesresultater. I rapporten nævnes også et begreb som »skråsikkerhed«, hvor lægen føler sig sikker på diagnosen. »Tidspres« vurderes også at kunne være en væsentlig faktor.”

”I rapporten er der en stribe anbefalinger til, hvad der kan gøres for at reducere problemerne med diagnosefejl, blandt andet øget uddannelse og træning i den diagnostiske proces, mere læring af fejldiagnoserne og brug af IT – kunstig intelligens – til at støtte lægerne, når de skal stille diagnoserne. Inge Kristensen fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed nævner også, at de praktiserende læger skal have bedre adgang til at henvise patienter til yderligere undersøgelse og til at drøfte prøvesvar med eksperter på sygehusene. Desuden er det vigtigt i større udstrækning at inddrage og lytte til patienter og pårørende, vurderer hun.”

Jeg har personligt været meget optaget af problematikken, og da vi i Region Hovedstaden åbnede vores 4 såkaldte diagnostiske centre, jublede jeg. Nu kunne de praktiserende læger og speciallægerne let henvise borgere/patienter til disse centre, hvis der var diffuse symptomer, som kunne være markører på alvorlig sygdom – men som jo også kunne være noget relativt harmløst. De

første opgørelser viste, at 20-25 pct. af de henviste borgere faktisk havde cancer, og også nogle af de øvrige havde andre alvorlige sygdomme. Da jeg var medlem af Sundhedskoordinationsudvalget spurgte jeg de to praksislægerrepræsentanter om deres og deres kollegaer erfaringer med de diagnostiske centre. De var gode, sagde de. Og på spørgsmålet om, om de følte, at de "frit" kunne henvise borgere/patienter uden at bekymre sig om ressourceforbrug, sagde de ja. Det var dejligt at høre, men spørgsmålet er alligevel, om ikke de diagnostiske centre kan benyttes mere, end de bliver i dag.

På baggrund af rapport fra Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed vedrørende diagnose-udfordringerne, skal jeg stille følgende spørgsmål:

1. Hvilke refleksioner gør Region Hovedstadens direktion og ledelse sig efter læsning af rapporten?
2. Hvilke handlinger vil der blive sat i værk på baggrund af rapporten, herunder eksempelvis rapportens anbefalinger til at reducere diagnosefejl (øget uddannelse og træning i den diagnostiske proces, mere læring af fejldiagnoserne, brug af IT – kunstig intelligens/brugerstøtte, bedre adgang for de praktiserende læger til at henvise patienter til yderligere undersøgelse og til at drøfte prøvesvar med eksperter på sygehusene, tid til at inddrage og lytte til patienter og pårørende osv.)"
3. Hvordan går det med Region Hovedstadens diagnostiske centre? Hvor mange henvisninger? Resultatet af henvisningerne? Kapacitet? Information til praksislægerne om muligheden for henvisning til diagnostisk center? Planer for øget informationsindsats fra regionens side om muligheden?
4. Vurderer direktionen, at der vil være brug for politisk handling i form af politisk beslutning om øget ressourcefordeling til det diagnostiske område til f.eks. uddannelse, læring af fejl osv.? Eller ressourcer til en styrkelse af vores enhed for patientsikkerhed?

**Svar:**

Administrationen har samlet svarene på de fire spørgsmål i et samlet svar. Rapporten "Veje til den gode diagnose" er først for nylig blevet offentliggjort, og administrationen har derfor ikke haft mulighed for at vurdere eventuelle tiltag.

Spørgsmålene har imidlertid givet anledning til, at administrationen vil lægge op til at rapporten drøftes i sundhedsudvalget den 15. januar 2020. Desuden vil sundhedsudvalget drøfte status for arbejdet i de diagnostiske enheder, herunder antallet af henvisninger fra almen praksis den 18. marts 2020.

Manglende, forsinkede og forkerte diagnoser er et patientsikkerhedsproblem, der hidtil ikke har været særlig stort fokus på nationalt. Den analyse, som Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Patienterstatningen nu har gennemført på baggrund af Patienterstatningens datamateriale, er derfor vigtig, fordi den sætter fokus på den diagnostiske proces. Den beskriver mulige årsager og mønstre, der kan ligge bag, når denne proces ikke ender med det optimale resultat.

Det er menneskeligt at fejle, men det er vigtigt, at både patienter og sundhedspersonalet oplever, at forløb, hvor patienter har fået skader, bruges til læring. Derfor mener administrationen, at rapportens anbefalinger er nogle gode pejlemærker for mulige indsatsområder.

I Region Hovedstaden har der de seneste år været fokus på den diagnostiske proces set ud fra et patientsikkerhedsperspektiv. I tråd med Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhedsrapport er administrationen selv i gang med et større arbejde, hvor klage- og erstatningssagerne systematiseres, for at kunne blive benyttet proaktivt i arbejdet med patientsikkerheden.

Derudover er der i forbindelse med sikker diagnosticering af meningitis blevet arbejdet med de mere grundlæggende faktorer i de sundhedsprofessionelles udredning af akutte patienter. Dette gælder f.eks. at lytte til patienten og de pårørende og styrke samarbejdet og kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle. Der er netop i dette arbejde etableret teamtræningskurser om kritisk syge patienter, som skal sikre, at man ikke forbliver fikseret i en tidlig diagnose, men hele tiden lytter til nye oplysninger. Derudover er der udviklet et e-learningprogram, der understøtter den faglige beslutningsproces. .

Som en del af den diagnostiske proces har det stor værdi, at de diagnostiske enheder kan bidrage med hurtigere diagnosticering, når der er tale om patienter med uklare symptomer. Regionen oplever heldigvis en stigning i antallet af henviste patienter, og der arbejdes løbende med forskellige tiltag, der skal sikre, at almen praksis er orienterede om deres henvisningsmuligheder til de diagnostiske enheder.

Administrationen vil med afsæt i rapporten se på regionens diagnostiske proces og vurdere, om der er behov for tiltag. Dette arbejde skal både ske i forhold til almen praksis og hospitalerne, dog med mest fokus på den indledende diagnostiske vurdering, da denne beskrives som den mest kritiske i rapporten.