
Høring for Folketingets Sundhedsudvalg om

**Sundhedsvæsenets patientklage- og
erstatningssystem**

**Skriftlige oplæg og resumé af høringen den 2.
april 2008 i Landstingssalen, Christiansborg**

3

Teknologirådets rapporter
2008/3

Høring om sundhedsvæsenets patientklage- og erstatningssystem
Resumé af høring for Folketingets Sundhedsudvalg den 2. april 2008

Projektledelse i Teknologirådets sekretariat:

Ida-Elisabeth Andersen, projektleder
Signe Skibstrup Blach, projektmedarbejder
Jannie Poulsen, projektsekretær

Resumé:

Morten Jastrup

Tryk:

Folketingets Trykkeri

ISBN: 978-87-91614-43-9

Rapporten kan bestilles hos:

Teknologirådet
Antonigade4
1106 København K
tlf.: 33 32 05 03
Email: tekno@tekno.dk

Rapporten kan også hentes på Teknologirådets hjemmeside:
www.tekno.dk under "Høringer"

Teknologirådets rapporter 2008/3

Forord

Denne rapport samler op på høringen ”Sundhedsvæsenets patientklage- og erstatningssystem”, der blev afholdt onsdag den 2. april 2008 i Landstingssalen på Christiansborg. Høringen blev arrangeret af Teknologirådet for Folketingets Sundhedsudvalg.

Formålet med høringen var at belyse aktuelle problemstillinger i sundhedsvæsenets patientklage- og erstatningssystem. Oplæggene på høringen skulle således redegøre for, hvorvidt patienternes behov i forbindelse med klagesager og erstatningssager tilgodeses i det nuværende patientklage- og patientforsikringsystem, og hvorledes systemet kan forbedres.

Rapporten indeholder et resumé, som omfatter de centrale problemstillinger, der blev diskuteret på høringen, og oplægsholdernes anbefalinger til politikerne. Derudover indeholder rapporten programmet for høringen, en liste over politikerne i spørgepanelet, oplægsholdernes korte skriftlige introduktioner til deres mundtlige oplæg samt oplægsholdernes cv. Bagerst i rapporten kan findes en liste over deltagerne på høringen samt en fortegnelse over Teknologirådets udgivelser fra 2004 til 2008.

En lydoptagelse fra høringen kan downloades som podcast fra Teknologirådets hjemmeside www.tekno.dk

Teknologirådet vil gerne benytte lejligheden til at takke oplægsholderne på høringen, politikerne i spørgepanelet og Folketingets administration.

Teknologirådet, maj 2008

Ida-Elisabeth Andersen
Signe Skibstrup Blach
Jannie Poulsen

Indholdsfortegnelse

FORORD	5
PROGRAM TIL FOLKETINGSHØRINGEN	8
HØRINGENS SPØRGEANLÆG.....	10
RESUMÉ AF HØRINGEN	11
PRÆSENTATION AF OPLÆGSHOLDERNE.....	27
Helle Bødker Madsen	27
Peter Bak Mortensen.....	27
Karen-Inger Bast	28
Annie E. Olesen	28
Anne Mette Dons	29
Beth Lilja.....	29
Stig Langvad.....	29
Jon Andersen	29
Anne-Mette Midtgård	30
Jens Winther Jensen.....	30
Bjarne Mahler Schou.....	31
SKRIFTLIGE OPLÆG	32
Introduktion til patientklage- og forsikringssystemet.....	32
Af Helle Bødker Madsen, lektor i sundhedsret, Århus Universitet.....	32
Introduktion til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn	38
Af Peter Bak Mortensen, direktør for Patientklagenævnet.....	38
Introduktion til Patientforsikringen.....	43
Af Karen-Inger Bast, direktør for Patientforsikringen	43
Patientvejledning og patientkontorer	48
Af Annie E. Olesen, vicekontorchef, Patientdialogkontoret i Region Nordjylland.....	48
Sundhedsstyrelsens tilsyn og arbejde med patientsikkerhed.....	54

Af Anne Mette Dons, kontorchef i Sundhedsstyrelsen.....	54
Patientsikkerhed	59
Af Beth Lilja, sekretariatsleder, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.....	59
Behov for ændringer: Patientklagesystemet	62
Af Stig Langvad, formand for Danske Handicaporganisationer	62
Behov for ændringer: Patientombudsmand?.....	65
Af Jon Andersen, Cand.jur., Folketingets Ombudsmand	65
Forslag til ændringer: Mægling	68
Af Anne-Mette Midtgaard, specialkonsulent, Gentofte Hospital	68
Forslag til ændringer: Lægeforeningens forslag	71
Af Jens Winther Jensen, formand for Lægeforeningen	71
Forslag til ændringer: Ny patientforsikringsordning	76
Af Bjarne Schou, formand for Fejlbehandlet.org	76
DELTAGERLISTE	79
TEKNOLOGIRÅDETS UDGIVELSER 2004 – 2008	83

Program til Folketingshøringen

Høring om sundhedsvæsenets patientklage- og erstatningssystem

Onsdag den 2. april kl. 9.00 – 14.30 i Landstingssalen, Christiansborg

Høringen arrangeres af Teknologirådet for Folketingets Sundhedsudvalg.

8.00 – 9.00 Indregistrering

På grund af skærpede adgangsbetingelser til Christiansborg bedes deltagerne møde 1 time før høringens start. Der bydes på kaffe og croissanter fra kl. 8.00.

9.00 – 9.10 Indledning

Ved ordstyrer Birgitte Josefsen (V), medlem af Sundhedsudvalget

9.10 – 9.30 Introduktion: patientklage- og patientforsikringssystemet

Introduktion til patienters muligheder for at klage og søge erstatning i forbindelse med behandling inden for sundhedsvæsenet. Introduktionen omfatter først og fremmest en beskrivelse af de eksisterende klageorganer inden for sundhedsvæsenet samt en beskrivelse af Sundhedsstyrelsens opfølgning på klagesager med henblik på at højne kvaliteten i sundhedsvæsenet. Dernæst introduceres aktuelle problemstillinger om patientklage- og patientforsikringssystemet.

Ved Helle Bødker Madsen, lektor i sundhedsret, Århus Universitet

9.30 – 10.20 Introduktion til Patientklagenævnet og Patientforsikringen

Oplæggene skal redegøre for Patientklagenævnets og Patientforsikringens kompetenceområde og beslutningsgrundlag, herunder redegøre for sagsbehandlingen og patienternes mulighed for at udøve indflydelse på sagens forløb.

Ved Peter Bak Mortensen, direktør for Patientklagenævnet

Ved Karen-Inger Bast, direktør for Patientforsikringen

10.20 – 11.10 Patientvejledning og kvalitetsudvikling

Oplæggene skal redegøre for dels, hvorledes patienterne kan orientere sig i klage- og erstatningssystemet og dels, i hvilket omfang sundhedspersoner har pligt til at yde klagevejledning. Endvidere sættes fokus på hvordan der følges op på sagerne fra Patientklagenævnet og Patientsikringen, og hvordan erfaringerne indgår i kvalitetsudvikling.

*Ved Anni E Olesen, vicekontorchef, Patientdialogkontoret i Region Nordjylland
Ved Anne Mette Dons, kontorchef i Sundhedsstyrelsen
Ved Beth Lilja, sekretariatsleder, Dansk Selskab for Patientsikkerhed*

11.10 – 12.00 Er der behov for ændringer i patientklage- og patientforsikrings-systemet? - Hvor er de vigtigste "kna- ster"?

Oplæggene skal sætte fokus på, hvilke konflikter der eksisterer i forbindelse med patienternes møde med patientklage- og patientforsikringssystemet herunder belyse, hvilke barrierer der eksisterer i forhold til at patienten rejser sag. Endvidere skal der redegøres for, hvorledes selve organisationen af patientklage- og patientforsikringssystemet kan medvirke til, at håndteringen af sagerne foregår på en for patienten tillidsvækkende måde.

*Ved Stig Langvad, formand for Danske Handicaporganisationer
Ved Jon Andersen, Cand.jur., Folketingets Ombudsmand*

12.00 – 12.45 Frokost

12.45 – 14.15 Forslag til ændringer

Oplæggene skal søge at give svar på, hvorledes patientklage- og forsikringssystemet kan indrettes, således at det medvirker til at sikre patienternes retssikkerhed og patienttilfredshed med klageforløb samt skabe kvalitet og patientsikkerhed i sundhedssystemet.

- Patientombudsmand
- Undskyldningssystem
- Mægling
- Systemet for utilsigtede hændelser

*Ved Anne-Mette Midtgaard, specialkonsulent, Gentofte Hospital
Ved Jens Winther Jensen, formand for Lægeforeningen
Ved Bjarne Schou, formand Fejlbehandling.dk*

14.15 – 14.30 Opsamling og afrunding

Ved ordstyrer Birgitte Josefsen (V), medlem for Sundhedsudvalget

Høringens spørgepanel

Medlemmer af Folketingets Sundhedsudvalg:

Birgitte Josefsen (V), ordstyrer

Vivi Kier (KF)

Louise Schack Elholm (V)

Liselotte Blixt (DF)

Lise von Seelen (S)

Karl Bornhøft (SF)

Resumé af høringen

Indledning

Antallet af klager over behandlingen i det danske sundhedsvæsen er steget dramatisk i de senere år. I 2000 modtog Patientklagenævnet 2.610 nye sager. I 2007 var det steget til 3.996. Over samme periode er den gennemsnitlige behandlingstid for en klage steget fra 6,3 måneder til 15,9 måneder. Patientklagesystemet er i sin nuværende form godt 20 år gammelt. Der er i den periode sket væsentlige ændringer i behandlinger, i den måde sundhedsvæsenet er organiseret på og ikke mindst i hvilke krav og forventninger, patienter – ofte med henvisning til ny lovgivning – stiller til systemet. Samtidig har der været diskussion af, om systemet i tilstrækkelig grad sikrer, at sundhedsvæsenet lærer af de fejl, der bliver begået, og om det er rimeligt, at patienter kun kan klage over visse faggrupper inden for sundhedsvæsenet. Ofte er det svært at udpege en eller flere konkrete fejl eller personer, der er skyld i, at patienten har haft en dårlig oplevelse med sundhedsvæsenet.

Disse diskussioner er baggrunden for, at Folketingets Sundhedsudvalg 2. april afholdt en høring om klage og erstatningssystemet. Høringen var arrangeret af Teknologirådet. Den var oprindeligt planlagt til efteråret 2007, men blev udskudt på grund af Folketingsvalget. "Denne høring har været længe undervejs, derfor har vi også glædet os til denne dag", sagde dagens ordstyrer **Birgitte Josefsen (V)** i sin velkomsttale. Hun understregede, at emnet var så aktuelt som nogen sinde for medlemmerne af udvalget, fordi Folketinget kort efter høringen ville tage fat på et lovforslag, der udvider adgangen til at rapportere om utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. Utilsigtede hændelser er betegnelsen for fejl, uheld eller andre hændelser, der påfører patienten en skade eller kunne have gjort det. En skade, der ikke kommer af sygdommen selv. Lovforslaget udvider rapporteringssystemet, så det også omfatter hændelser sket hos praktiserende læger, og så patienter og pårørende også kan indberette hændelser. "Vi har stor fokus på, om patienternes retssikkerhed tilgodeses, for vi må erkende, at hvor mennesker har med mennesker at gøre, sker der uheld. Og så er det vigtigt, at der er en ordentlig mulighed for at klage", sagde Birgitte Josefsen, og åbnede med de ord høringen.

11

Første del: introduktion til patientklage- og patientforsikringen.

Første oplægsholder var **lektor i sundhedsret Helle Bødker Madsen** fra Aarhus Universitet. Hendes rolle var at give en introduktion til, hvordan mulighederne for at klage over og få erstatning for fejlbehandling er i dag. "Det er væsentligt, at en patient på en nem, billig og overskuelig måde kan få prøvet om, den behandling, man har fået, er god nok, men systemet i dag er ganske uoverskueligt", lagde hun ud med at konkludere, og kunne understrege sin pointe med et diagram, der udover Patientklagenævnet viste et vidt forgrenet "træ" af forskellige klageinstanser.

Patientklagenævnet blev dannet i 1988. Det overtog den kompetence, som Sundhedsstyrelsen havde, til at bedømme sundhedspersonalets faglighed. Men det overtog også begrænsningerne. Nævnet behandler således kun klager over konkrete sundhedsfaglige personer og kun spørgsmål om faglighed.

Hvis man på anden måde føler sig dårligt behandlet - for eksempel på grund af en uhøflig læge eller pga. "systemfejl", der skyldes måden en sygehus eller en afdeling er drevet på - kan der ikke klages til nævnet. Det betyder for eksempel, at der trods ventetidsgarantier på en række behandlinger ikke kan klages til Patientklagenævnet, hvis man mener, at man har ventet for længe. Med mindre, at man mener, at kunne sige, at ventetiden var udtryk for en faglig fejlvurdering, og ikke udtryk for den "organisatoriske ramme", som Helle Bødker Madsen forklarede.

Den konstruktion efterlader ikke bare tvivl om, hvad der kan klages over. Det er også ude af trit med det faktum, at siden patientklagesystemet blev indført i 1988, har danskerne fået fastsat en række rettigheder, når de bliver patienter, for eksempel ret til tilbud om frit sygehusvalg, genoptræningsplaner og tolkebistand. "Det tager klagesystemet i dag ikke højde for" sagde Helle Bødker Madsen.

Hun fremhævede dog også positive sider ved systemet. For eksempel, at Patientklagenævnet selv sørger for at skaffe de nødvendige oplysninger til at afgøre en klagesag. Man skal bare henvende sig - og der er oprettet patientkontorer i regionerne for at hjælpe med det praktiske - så sørger nævnet for resten af arbejdet. Dette er - især for ressourcetsvage klagere - en stor fordel frem for at skulle behandle klager ved en domstol, vurderede Helle Bødker Madsen. En domstolsproces er langt mere krævende, fordi patienten selv skal hyre en advokat, og er selv ansvarlig for at belyse sagen, sagde hun. Helle Bødker Madsen forklarede videre, at Patientklagenævnet ikke har andre sanktionsmuligheder end at udtrykke kritik af den måde, en person har handlet på. Det er op til ledelsen på personens arbejde at afgøre, om det skal få konsekvenser.

Patientforsikringen er uafhængig af Patientklagenævnet. Patientforsikringen er trods navnet ikke et forsikringsselskab. Det er en instans, der bedømmer behovet for erstatning. Selve erstatningen betaler regionerne. Patientforsikringen blev dannet i 1992 for at gøre det nemmere for patienter, der har lidt skade i sundhedsvæsenet at få erstatning, end den almindelige erstatningsret i henhold til Erstatningsansvarsloven giver dem. Det betyder blandt andet, at en patient kan få erstatning, selv om der ikke kan findes en læge eller anden sundhedspersonale, der får kritik i Patientklagenævnet. Der skal blot være tale om, at en fejl eller svigt i "objektiv forstand". Det vil for eksempel sige, at apparatursvigt også kan udløse erstatning, selv om det ikke var nogens fejl. Patientforsikringen opererer også med en højere standard for, hvad man som patient skal forvente af sin læge. Patientklagenævnet kan udtale kritik, hvis en patient har fået en behandling, der er under almindelig standard, men i Patientforsikringen kan man få erstatning, hvis behandlingen har været under den bedste specialist-standard. Man kan med andre ord få erstatning, hvis man har fået en behandling, der er dårligere end det bedste, som sundhedsvæsenet har at byde på - og hvis man har fået en skade af behandlingen. Omvendt kan man Patientklagenævnet også udtale kritik af en læge uden, at det udløser erstatning fra Patientforsikringen. Det kan ske i tilfælde, hvor der nok er begået en fejl, men patienten ikke har lidt skade og derfor ikke har krav på erstatning. Et eksempel kan være, at en patient ikke har fået den grad af indsigt i egen journal, som hun bør have. Derudover har Patientforsikringen en bagatelgrænse på 10.000 kroner. Skader, der takseres lavere, udløser ingen erstatning.

Patienter kan også forsøge at klage over behandling via de normale forvaltningsretlige klagesystemer, for eksempel kommunaltilsynet og Folketingets Ombudsmand, forklarede Helle Bødker Madsen. Hun hæftede sig ved, at en senere punkt på høringens dagsorden handlede om retten til at få en undskyldning, hvis der var begået fejl og kunne i den forbindelse fortælle, at de

offentlige institutioner skal være parat til at undskylde: "Ombudsmanden udtalte i efteråret, at det følger af god forvaltningsskik, at når der er begået en fejl, så skal man beklage det over for borgeren", sagde hun, og rundede af med at konstatere at: "Der er brug for en forenkling af klagesystemet. Et nyt system bør have en effektiv adgang til at klage i bred forstand, over både offentligt og privat personale, over både fejl og skader. Det bør varetages af et uafhængigt organ med både juridisk ekspertise og fagkundskab, og så skal der mere fokus på dialog og på at lære af klagerne".

Næste taler, **direktør for Patientklagenævnet Peter Bak Mortensen**, lagde ud med at anerkende, at tiden måske er løbet fra det eksisterende system. "Alene fordi systemet har eksisteret i 20 år, er der grund til at overveje, om det er skruet rigtigt sammen", sagde han. Også han hæftede sig ved, at der siden Patientklagenævnet blev dannet i 1988, er sket en række forandringer i lovgrundlaget for sundhedsvæsenet, som Patientklagenævnet ikke har kunnet tage højde for. "Der er jo sket en eksplosiv udvikling. Vi har fået en række patientrettigheder, der ikke er udformet som i gamle dage. De er udformet som forpligtelser for en myndighed, for eksempel en region til at tilbyde frit sygehusvalg, til at overholde maksimale ventetider osv. I gamle dage var patientrettigheder udformet som forpligtelser for sundhedspersoner, og patientklagenævnets kompetence er alene at se på om sundhedspersoner overholder de forpligtelser, som lovgivningen lægger på dem", sagde Peter Bak Mortensen og pointerede også, at systemet med tiden havde knopskudt lidt rigeligt. "Det er vokset op over årene. Hver især har de enkelte dele været fornuftige, men det er blevet komplekst nu", sagde han.

Derudover havde han dog også tre pointer, der på hver sin vis handlede om, at systemet ikke var så skidt endda: For det første er antallet af klager nok stigende, men alligevel meget lavt, sagde Peter Bak Mortensen. De 4.000 klager, Patientklagenævnet modtog i 2007, er med Peter Bak Mortensens ord "ganske ganske få" i forhold til, at der samme år var 1,1 million indlæggelser, 36 – 37 millioner møder mellem patienter og personale i praksissektoren, 4-5 millioner ambulante behandlinger og 1 million besøg på skadestuen. For det andet klager de fleste over behandlingsforløb ikke enkelte hændelser. "Flere andre indlæg giver det indtryk, at man ikke kan klage over forløb. Det kan man godt. Vi tager så stilling til, om der i disse ofte meget lange forløb er nogle personer, der har handlet under den anerkendte faglige standard", sagde Peter Bak Mortensen. Han understregede, at finder Patientklagenævnet, at der er handlet under standarden udtaler nævnet kritik, også selv om man ikke kan afgøre præcis, hvilken læge eller andet sundhedsfagligt personale, der er ansvarlig. I de tilfælde sendes kritikken til den ledende overlæge til orientering. "Så når man siger, at der ikke kan klages over forløb, så er det de forløb, der måske nok har været dårlige, men ikke så dårlige, at vi kan sige, at en person har handlet under normen", sagde Peter Bak Mortensen.

Han sidste pointe var, at der bliver taget ved lære af klagesagerne. Sundhedsstyrelsen har en komplet samling af alle de afgørelser, der træffes i Patientklagenævnet. De bruges dels til at identificere "de sorte får" - personer, der måske skal ses nærmere efter i sømmene, dels som grundlag for de faglige nationale udmeldinger, som styrelsen udsender som vejledninger for sundhedspersonalet landet over. Han forklarede, at embedslægerne også bruger afgørelserne til at spejle efter fejl i den måde, de enkelte afdelinger eller sygehuse drives på. Endelig forklarede Peter Bak Mortensen, at Patientklagenævnet offentliggør en lang række afgørelser. "Det er en guldgrube for alle, der vil arbejde med kvalitetssikring", sagde han.

Disse positive ting ændrede dog ikke ved hans grundlæggende pointe: at klagesystemet for patienter trænger til et eftersyn. "Jeg vil yde fuld tilslutning til, at man ser på klagesystemet, men vil gerne advare mod at jage med

at tage beslutninger”, sagde han og tilsluttede sig et forslag fra Danske Handicaporganisationers skriftlige oplæg om at nedsætte et udvalg, der skal gå emnet efter i sømmene, inden der bliver vedtaget ny lovgivning på området.

Tredje oplægsholder var **direktør for Patientforsikringen Karen-Inger Bast**. Hun lagde ud med at slå fast, at det efter hendes opfattelse ikke er nær så svært at få erstatning, som man kan få indtryk af fra den offentlige debat. ”Man behøver ikke at være cand. jur. for at få erstatning. Man skal bare udfylde et skema, så klarer vi resten”, sagde hun til en vis morskab for tilhørerne i salen. ”Vi opfatter sagsbehandlingstiden som vores eneste problem”, fortsatte Karen-Inger Bast, og pointerede, at det problem er de i færd med at få styr på: ”Vi har fra 1. april ændret struktur. Det skal gerne rette op på det.” Målet er at få den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ned fra 250 dage til 200 dage. Patientforsikringen er, som nævnt tidligere, ikke et forsikringsselskab, men vurderer blot, om der er grundlag for at udbetale erstatning til patienter. Skal der falde en erstatning er det regionerne, der skal betale, og da de er selvforsikrede er der fra 1. januar ikke længere nogen forsikringsselskaber indblandet overhovedet.

Karen-Inger Bast pointerede også, at mulighederne for at få erstatning fra Patientforsikringen er ”væsentligt bedre” end i den almindelige erstatningsret. Erstatning gives grundlæggende efter tre kriterier eller ”regler”: For det første er der ”specialistreglen”. Den går ud på, at Patientforsikringen skal vurdere, om lægen eller en anden sundhedsarbejder i den konkrete sag har behandlet patienten lige så godt, som den bedste specialist ville kunne gøre det under samme forhold. ”Har han ikke det, og er der sket en skade, vil det kunne udløse erstatning”, sagde Karen-Inger Bast. Hvis patienters krav om erstatning var en del af den almindelige erstatningsret, ville det desuden være op til den skadelidte at bevise, at det var behandlingen, der var skyld i skaden. Inden for patientforsikringsordningen kan man nøjes med at vise, at det er ”overvejende sandsynligt”, hvilket i praksis vil sige, at er der lidt over 50 procents sandsynlighed for, at den pågældende skade stammer fra behandlingen, kan der udbetales erstatning. Får en patient en skade som følge af svigt i udstyr, kan man også få erstatning – dette kaldes apparatreglen”. Hvis sundhedsvæsenet tilbyder forskellige – men ligeværdige – behandlinger for samme lidelse, kan man også få erstatning, hvis man får en skade af den ene type behandling. Dette kaldes ”alternativreglen”.

Erstatning kræver dog i alle tilfælde, at der er sket en reel skade, der ikke er en naturlig del af sygdommen, forklarede Karen-Inger Bast med to eksempler: En gravid kvinde finder sent i graviditeten ud af, at hun venter sig tvillinger. Hun har ondt i ryggen og søger om erstatning. Hun mener, at det burde have været opdaget tidligere, at hun ventede sig tvillinger. Hun får ikke erstatning, for nok burde man have set de to fostre på skanninger tidligere, men hun havde ikke fået ondt i ryggen af behandlingen – det har hun fået af graviditeten. Derimod fik en anden patient erstatning, fordi en mislykket operation i fingeren betød, at hun måtte have amputeret et fingerled. Det var under bedste specialiststandard, og hun fik erstatning. Men nogle gange ville selv den bedste specialist ikke kunne gøre tingene bedre, og så er der ikke erstatning at hente. Uanset om udkommet er nok så alvorligt, forklarede Karen-Inger Bast. ”Vi kan heller ikke erstatte det forhold, at nogle folk ikke blive raske. Eller at en behandling ikke virker. Vi har også haft en sag, hvor patienten ville have erstatning, fordi han mente, at lægen ikke havde opdaget en kræft. Men patienten var blevet undersøgt efter bedste standard, og så kan vi ikke tildele erstatning,” sagde hun.

Der er dog en opsamlings-bestemmelse, der kaldes ”tålereglen”. Kort fortalt går den ud på, at selv om man ikke kan finde grund til erstatning ud fra de tre ovennævnte regler, så er der grænser for, hvad man skal tåle af ubehage-

ligheder. Som eksempel nævnte Karen-Inger Bast en patient, der under en prostataoperation fik meningitis på grund af bedøvelsen. "Der var ingen, der kunne have forudset det og ingen fejl, men det skal man ikke tåle. Derfor fik han erstatning", sagde hun.

En væsentlig pointe i Karen-Inger Basts oplæg var, at Patientforsikringen er helt adskilt fra Patientklagenævnet. Der kan være et overlap mellem sagerne, men det er vigtigt, at sundhedspersonale selv kan anmelde skader, som de mener kan udløse en erstatning, uden risiko for at få en sag på halsen. "Derfor er der vandtætte skotter mellem Patientforsikringen og Patientklagenævnet", sagde Karen-Inger Bast.

Hun kunne desuden fortælle, at patientforsikringen anerkender 30 til 35 % af erstatningskravene. "I forhold til, hvad jeg kender til af lignende systemer, er det ganske højt", sagde Karen-Inger Bast.

Efter disse første tre oplægsholdere åbnede den første spørgerunde fra panelet af politikere. **Liselotte Blixt (DF)** lagde for. Hun ville gerne vide, om Patientforsikringen kan prioritere sagerne, så personer, der har akut behov for erstatningen, kommer forrest i sagsbehandlingskøen. Som eksempel nævnte hun en konkret sag om en person, der efter ægtefællens dødsfald havde brug for erstatningen for at beholde sin bolig.

Karen-Inger Bast svarede, at det kunne man, og det gjorde man. Hun understregede dog, at der er grænser for, hvor hurtigt det kan gøres. Selv om det pågældende sygehus havde erkendt, at der var sket en fejl, skulle Patientforsikringen stadig undersøge, om det var præcis den fejl, der udløste dødsfaldet. I den konkrete sag, der blev henvist til, var behandlingstiden omkring 4 måneder, kunne hun oplyse.

Lise von Seelen (S) ville gerne vide, hvordan man støtter de borgere, der ikke selv har de fornødne kompetencer til at føre en klagesag.

Peter Bak Mortensen forklarede, at Patientklagenævnet som offentlig instans skal give alle lige adgang. I hans vurdering var det heller ikke noget stort arbejde at indgive en klage. "Man skal angive, hvad der er sket, hvor det er sket og hvornår. Så tager vi det derfra", sagde han. Han fremhævede, at borgerne har stor indflydelse på klagen, og at de fik mulighed for at kommentere afgørelsen, inden den bliver endelig. "Men", sagde han: "jeg kan godt se, at det kan være overvældende at forholde sig til hele sagen med alle papirerne, og afgøre om man skal kommentere den yderligere. Det behøver man heller ikke, men hvis man gerne vil, kan man få lejligheden til det."

Karen Inger Bast svarede, at det står i loven "og det er vores kultur, at vi skal hjælpe patienterne. Og det gør vi virkelig, fra vi får anmeldelsen."

Louise Schack Elholm (V) ville vide, om man kunne se en sammenhæng mellem stigningen i antallet af klager, og borgernes viden om klagemuligheder for eksempel gennem fremkomsten af patientkontorerne. Hun spurgte også Peter Bak Mortensen, om det kunne tænkes, at det lave antal klager i forhold til antallet af behandlinger skyldtes, at klagesystemet er uigennemskueligt.

Peter Bak Mortensen kunne ikke sige, om der kan ses en sammenhæng mellem fremkomsten af patientkontorer og antallet af klager. Han mente ikke, at det lave antal klager skyldtes, at folk har svært ved at finde ud af, hvordan de skal indgive en klage.

"Men det kræver et betydeligt overskud at gå hen og klage, hvis man har været igennem et ubehageligt behandlingsforløb. Man skal ikke skrive me-

get, men man skal have et psykisk overskud, som man ofte ikke har." Motivationen for at klage kan også ofte være ganske ringe, forklarede han. Man kan ikke i Patientklagenævnet få penge ud af at klage. Det kan man kun i Patientforsikringen. "Man får i bedste fald ret i, at man har modtaget en behandling, der er under almindelige anerkendt standard", sagde han. Motivationen er derfor stort set altid, at folk vil være med til at forhindre, at andre kommer ud for det samme ubehagelige forløb, de selv har oplevet, forklarede han.

Vivi Kier (KF) ville vide, om det var udtryk for, at informationen er for dårlig, når der kun er 4.000 klager til patientklagenævnet. Hun ville også gerne vide, hvor mange anmeldelser, der er til Patientforsikringen, og i hvilket omfang, der er sammenfald i sagerne de to steder.

Karen-Inger Bast forklarede, at der i 2007 blev anmeldt 5.850 skader til Patientforsikringen, og at der blev udbetalt knap en halv milliard kroner i erstatninger. Hun fortalte desuden, at Patientforsikringen i øjeblikket arbejder med at målrette deres information, så andelen af klager, der får erstatning, kan stige. "Vi gør det ikke for at få anmeldt flere skader, men for at få de rigtige", som hun forklarede.

Peter Bak Mortensen forklarede, at Patientklagenævnet informerer gennem pjecer og hjemmesider, men at man for eksempel ikke indrykker annoncer. "Jeg ved, at der er andre lande, hvor man har gjort det, og havde vi ressourcerne til det, ville det da bestemt være en idé", sagde han. Han forklarede også, at man for nogle år siden havde man undersøgt, hvor stort overlap, der var mellem klager i Patientklagenævnet og skadesanmeldelser hos Patientforsikringen. Den viste, at ca hver fjerde sag overlappede. "Men det var nogle år siden og jeg tør ikke sige, hvordan det er i dag", sagde han.

Endelige ville **Louise Schack Elholm (V)** vide, om der er en tidsfrist for at klage.

Peter Bak Mortensen oplyste, at man skal anmelde senest to år efter, at man opdager eller burde have opdaget fejlen. Under alle omstændigheder vil en klage være forældet, hvis den ikke kommer inden 5 år efter, fejlen er begået.

Dermed sluttede første spørgerunde.

Anden del: Patientvejledning og kvalitetsudvikling.

Næste oplægsholder var **Anni E. Olesen**, der er **vicekontorchef i Patientdialogkontoret I Region Nordjylland**. Hun havde tre hovedpointer i sit oplæg: For det første, at hvis man – hvad hun anser for berettiget – vil lave patientklagesystemet om, er der behov for, at patientkontorerne fortsætter. Det viser sig blandt andet ved, at de i 2007 havde over 60.000 henvendelser fra patienter, sagde hun. "Alt tyder på, at det vil stige i 2008 – endda betragteligt", sagde Anni E. Olesen.

For det andet, at patientkontorerne er værdifulde både for patienter og sundhedssystemet. Patienterne på deres side møder et kontor, hvor medarbejderne er orienteret mod at finde en løsning, der kan hjælpe patienterne til en hurtig afklaring af deres situation. Lykkes det ikke at håndtere problemet lokalt, kan patienterne også blive vejledt til det egentlige klagesystem. Sundhedssystemet får på sin side løbende tilbagemeldinger fra patientkontorerne om de erfaringer, de samler.

Den tredje pointe fulgte af de to foregående: "Hvis vi skal fortsætte med at arbejde løsningsorienteret og orienteret mod, at systemerne skal lære noget, så skal vi bevare en tæt tilknytning til regionerne. Det skaber en meget lettere adgang til at finde en løsning og klare problemerne på en uformel måde", sagde Anni E Olesen. De fleste patientkontorer er placeret på regionsgården. Kun i Region Hovedstaden er de placeret ude på selve hospitalerne. Anni E. Olesen tror selv mest på modellen med at placere kontorerne på regionsgården, forklarede hun. "Det kan selvfølgelig være en fordel at være tæt på patienterne, men i praksis er 90 procent af alle henvendelser telefoniske, så det bruges ikke meget til daglig. På regionsgården har man den fordel, at man nemmere kan skabe et fagligt miljø, og man er uafhængig af de enheder, der står med den umiddelbare daglige drift", forklarede hun. De fleste henvendelser til patientkontorene kommer fra patienter på sygehusene. Størstedelen handler om ventetider og muligheden for frit valg af sygehus. Det er emner, som Patientklagenævnet ikke kan behandle klager over. "Men vi kan fortælle folk om deres rettigheder, og fortælle dem om hvilke muligheder, de har for at finde et andet sted", siger Anni E. Olesen. Patientkontorerne bruger også henvendelserne fra patienter og pårørende som en måde at få øje på problemer i sundhedssystemet, forklarede hun. "Klager over servicen på sygehusene eller systemet i det hele taget bliver også behandlet. De bliver givet videre og behandlet i regionen eller på det ledelsesniveau, de er indgivet til", sagde Anni E. Olesen.

Hun sluttede af med at definere tre nøgleord for patientkontorerne: de er løsningsorienterede, de arbejder uformelt og de er ansvarlige forstået på den måde, at de hjælper regionerne til at levere kvalitet til borgerne.

Næste taler var **kontorchef i Sundhedsstyrelsen Anne Mette Dons**. Hun beskrev Sundhedsstyrelsens rolle i patientklagesystemet.

Styrelsen er som den centrale myndighed på sundhedsområdet også det sted, hvor alle oplysningerne samles, og der skabes overblik. "Vi får utroligt meget information. Vi får alle afgørelser fra Patientklagenævnet, vi får oplysninger om generelle risikoområder fra Patientforsikringen, fra Lægemiddelstyrelsen, fra tandlægeklagesystemet, fra de videnskabelige selskaber, fra enkeltpersoner i sundhedsvæsenet, fra kvalitetsdatabaserne og fra enkeltpersoner og presse", sagde hun. Hvis styrelsen får informationer, der kunne tyde på, at der er et problem med en bestemt læge, en afdeling eller en bestemt type behandling, kan de yderligere trække på en række databaser og registre for at afgøre, om der er noget om snakken. "Og så har vi ikke mindst embedslægerne, der melder lokale problemer ind for eksempel på baggrund af ligsyn", sagde Anne Mette Dons. Alle disse informationer kan styrelsen bruge til at overvåge sundhedsvæsenet og finde ud af, hvordan det kan gøres bedre, forklarede hun. "Vores fornemste opgave er på den ene side at have en målrettet indsats mod de risikoområder, vi kan identificere fra de mange kilder, vi har. På den anden side er det at finde og håndtere de sundhedspersoner, der enten er fagligt svage eller har egnethedsproblemer", sagde hun. Styrelsen har i de senere år fået mange nye muligheder for at gribe ind over for enkeltpersoner, men Anne Mette Dons understregede, at de også så på organisatoriske svigt. "Hvis vi for eksempel kan se, at en afdeling ikke følger ordentligt op på de prøver, de bestiller, eller at et helt sygehus har problemer med at få udskrivningsbrevene ud til andre myndigheder til tiden, kan vi henvende os til dem. Vi siger så, at vi følger tæt med i deres arbejde på dette felt, og spørger, hvad de vil gøre ved det", sagde Anne Mette Dons.

Modsat tilsynet med enkeltpersoner i sundhedsvæsenet har styrelsen dog ingen sanktioner at sætte i værk over for sygehusledelser. "Men vi er, så vidt jeg kan bedømme, de eneste, der kan agere ved organisatoriske svigt. Ved at rette henvendelser til afdelingerne", forklarede hun.

Anne Mette Dons understregede, at man også kan lære af de klagesager, hvor der ikke er grund til at kritisere behandlingen. Tilsammen giver indberetningerne fra de mange kilder materiale til de vejledninger i god praksis, som Sundhedsstyrelsen udsender. Det kan eksempelvis være om, hvordan man skal håndtere sprøjter på operationsstuer eller, hvordan man bedst og mest sikkert lægger en sonde på patienter, der ikke kan spise selv. I øjeblikket har de en vejledning på vej om brug af CTG-overvågning af fødende kvinder. Dette område dukkede op som et problem samtidig i både Dansk Patientsikkerheds Database, Patientforsikringen og i indberetninger fra Patientklagenævnet. "Det viser, at der er lærer at drage fra alle dele af systemet", sagde Anne Mette Dons: Sundhedsstyrelsen registrerer alle sager fra Patientklagenævnet, forklarede hun. På baggrund af afgørelserne af klager mod specifikke personer i sundhedsvæsenet, kan styrelsen iværksætte en række forskellige sanktioner. De strækker sig fra skærpet tilsyn med en persons arbejde til i sidste ende at indstille til en domstol, at en persons virksomhedsområde indskrænkes, eller de helt fratages deres autorisation til at arbejde. Vurderer styrelsen at en sag ved domstolene vil tage for lang tid, kan styrelsen selv midlertidigt fratage en sundhedsfaglig person autorisationen, hvis man skønner, at det er nødvendigt for at beskytte patienter, mens en sag står på.

Endelig er styrelsen i disse år så småt ved at udvide samarbejdet med udenlandske myndigheder om at udveksle oplysninger om sundhedspersoner, der ikke er kvalificerede eller egnede til at udøve deres gerning.

Beth Lilja, sekretariatsleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, fik derefter ordet. Hun lagde ud med at fortælle, at Dansk Selskab for Patientsikkerhed sidste år samlede 15 patienter og pårørende, der alle havde været udsat for ret alvorlige fejl i sundhedsvæsenet. Formålet var at høre, hvad de konkret ønskede at få ud af at klage. Konklusionen var, at klagerne først og fremmest synes, det er vigtigt, at få sandheden frem om, hvad der var sket. De ønskede desuden at blive lyttet til, og de ville gerne have en undskyldning, for den fejl, der var begået. "De vil gerne involveres i de analyser, som vi laver af, hvad der gik galt, og hvordan det kan undgås, så det ikke sker for andre patienter", sagde Beth Lilja. Hun fremhævede, at knap hver tiende patient bliver skadet af sit møde med sundhedsvæsenet. Og hver skade udløser i gennemsnit syv ekstra sengedage. "Det er en enorm ressource, der spildes her, for halvdelen af skaderne kan undgås, sagde Beth Lilja. Hun fremhævede, at antallet af sager hos Patientklagenævnet og Patientforsikringen efter hendes mening kun giver et meget ufuldstændigt billede af det reelle antal fejl, der begås. Sidste år blev der indberettet mere end 23.000 såkaldt "utilsigtede hændelser" til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, der blev oprettet i 2004. Da det ikke er helt simpelt at indberette til basen, konkluderede Beth Lilja, at det ikke er småtingene, der bliver indberettet. "Hver af disse indberetninger er udtryk for, at en sygeplejerske, læge, jordemoder eller en anden sundhedsperson tænker: "Det her kunne andre lære af", sagde hun. Et par procent af fejlene medfører dødsfald, men Beth Lilja understregede, at mange flere kunne have haft et fatalt resultat. "Og de er lige så vigtige at lære af," sagde hun.

Som eksempel på, hvordan man kan lære af forløb, der forløber dårligt, fortalte hun om en kvinde, der havde fået fjernet æggelederne, fordi hun tidligere havde haft to graviditeter uden for livmoderen. Hun blev gravid igen ved IVF-behandling, men fik pludselig meget ondt. Efter en del forvirring om, hvor hun skulle hen og efter at have besvimet flere gange kom hun uheldigvis på et sygehus, der ikke havde en gynækologisk afdeling. Her konkluderede personalet, at hun ikke kunne være gravid uden for livmoderen igen – hun havde jo fået fjernet æggelederne. Gynækologiske specialister ville have vidst, at en graviditet også i de tilfælde kan gennembryde livmoderen med

alvorlige blødninger til følge. Kvindens mand forsøgte højlydt at få nogen til at gøre noget, men først da der ved et tilfælde kom en person forbi med forstand på emnet, blev hun kørt til en hyperakut operation, der viste, at hun havde voldsomme interne blødninger. "Det var mere held end forstand, at hun overlevede", sagde Beth Lilja. Efter denne hændelse valgte man at ændre reglerne, for hvordan man visiterede patienter til behandling, men det var først, da man valgte også at interviewe kvinden og hendes mand, at der kom radikale forslag til ændringer på bordet, fortalte Beth Lilja. "Det har betydet, at andre kvinder i hendes situation nu udstyres med en telefonnummer til akutte henvendelser. Og at ambulancefolk altid skal spørge til graviditet, når de tager en patient med", sagde hun.

Beth Lilja understregede, at der opstår mange fejl i sundhedsvæsenet uden, at det er egentligt sundhedspersonale, der har begået dem. Hun nævnte som eksempel, at der er stor risiko for fejl, når mange hospitaler i de kommende år skal bygges om. Dårlig skiltning ved indkørsler kan koste liv, hvis ambulanceføreren skal spille tid med at finde vej. Og uheld på byggepladsen for eksempel overrevne ledninger kan også skabe alvorlige situationer for patienterne.

Beth Lilja sluttede af med at sige, at hun mener, det danske system for indberetning af fejl grundlæggende er godt. "Men det kan blive endnu bedre", sagde hun, og fremhævede især, at det efter hendes overbevisning bør være muligt for patienter selv at indberette fejl. Og så endte hendes oplæg med et citat af direktøren for de britiske jernbaner: "Hvis I tror, at sikkerhed er dyrt, så prøv en ulykke."

Herefter var der en ny runde spørgsmål fra politikerne og denne gang lagde **Lise von Seelen (S)** ud med to spørgsmål til Anne Mette Dons. Først ville hun gerne have en vurdering af, hvordan man får fjernet flest mulige fejl: sker det ved at lægge vægt på at lære af dem eller ved at udstille de personer, der har begået fejlene? Dernæst ville hun gerne vide, om Sundhedsstyrelsen kunne forestille sig uopfordret at informere andre landes sundhedsmyndigheder om bestemte personer, der har fået kritik eller frataget autorisationen.

Anne Mette Dons svarede, at lang hovedparten af de ansatte i sundhedsvæsenet var samvittighedsfulde mennesker, der netop arbejdede dér, fordi de ville hjælpe folk. Dem kom man længst med ved at fokusere på at lære af fejl. Men der er også, sagde hun, enkeltpersoner, der i sig selv udgør en risiko for patienterne. De kan være enten ukvalificerede eller bare dårligt egnede til at have med patienter at gøre. De sidste udstiller man ved at offentliggøre afgørelserne mod dem. Det sker for at advare offentligheden, forklarede hun. Derpå forklarede hun, at der automatisk sendes besked til de andre nordiske lande, hvis en person herhjemme fratages sin autorisation. Der er diskussion, om man skal forsøge at finde et fælles system i EU, men der er uenighed om det mellem landene, forklarede hun. Men ved Sundhedsstyrelsen, at en bestemt person, der er frataget sin licens, er taget til et andet land, vil de informere sundhedsmyndighederne i det pågældende land, sagde hun.

Karl Bornhøft (SF) spurgte Anni E. Olesen, om hun havde oplevet klager, der havde karakter af racisme.

Anni E. Olesen svarede, at de havde haft henvendelser om, at patienter havde haft svært ved at forstå, hvad en udenlandsk læge sagde, men hun kendte ikke til klager, der virkede motiveret af racisme.

Louise Schack Elholm (V) ville vide, om patientkontorerne samarbejder mellem regionerne. Hun havde også hørt om tilfælde, hvor man ikke kunne komme igennem på telefonen til patientkontorerne og spurgte derfor, hvorfor man ikke havde et system, hvor man kunne lægge en telefonbesked eller sende en email til patientkontoret.

Anni E. Olesen svarede, at patientkontorerne har et koordinationsforum, der blandt andet planlægger efteruddannelse og arbejder sammen om at gøre folk opmærksomme på patientkontorerne funktion. Hun forklarede, at der i perioder kunne være problemer med at komme igennem på telefonen, men hun mente, at ventetiden kun sjældent var lang.

Liselotte Blixt (DF) spurgte Anne Mette Dons, hvor meget brugerne – for eksempel lægerne – er inddraget i udformningen af sikkerhedsvejledningerne fra Sundhedsstyrelsen. Hun henviste til, at vejledningen om, hvordan man lægger sonde til at give næring, kan gøre det meget omstændeligt at lægge en sonde. I nogle tilfælde kan dette skade patienten, fordi det tager for lang tid, før de får næring, mente hun. Hun spurgte derefter Anni E. Olesen om patientkontorerne ville kunne håndtere opgaven med at være en samlet indgang til klagesystemet, hvis man skulle samle det ét sted.

Anne Mette Dons svarede, at vejledninger ikke er bindende. Ude på hver enkelt afdeling må man afgøre, hvordan man handler bedst i hver given situation.

Anni E. Olesen sagde, at de nok kunne finde ud af at være indgang til klagesystemet for alle, men hun udtrykte skepsis over for, om det var en smart måde at organisere det på.
"I dag finder de fleste jo vej til klagesystemet uden om patientkontorerne", sagde hun.

Lise von Seelen ville vide, om patienter på privathospitaler får samme hjælp på patientkontorerne, som patienter i det offentlige sundhedsvæsen får. Det kunne **Anni E. Olesen** fortælle, at de gjorde, men at de ikke fik særligt mange henvendelser fra patienter fra privathospitaler.

Endelig ville **Louise Schack Elholm (V)** gerne vide om man brugte erfaringerne fra Beth Liljas case-historie om den gravide kvinde på landsplan.

Beth Lilja svarede, at netop de problemer, der blev afsløret af forløbet med den gravide kvinde, handlede om organisationen, og det bliver efter hendes overbevisning håndteret bedst lokalt. Andre erfaringer kan dog godt udstrækkes til hele landet, forklarede hun.

Anne Mette Dons bakkede dette synspunkt op.
"Vi har i styrelsen en stor opgave med at sikre læring, men det vigtigste sker lokalt", sagde hun.

Herefter var der en kort pause i høringen.

Tredje del: behov for ændringer?

Da høringen blev genoptaget efter pausen, var den første taler **formanden for Danske Handicaporganisationer, Stig Langvad**. Han lagde ud med et retorisk spørgsmål:

"Mange siger, at vi har et fint system. Det har vi måske, men kan vi ikke gøre det bedre?" sagde han, og fortsatte med at forklare, hvorfor han mener, at en

revision af systemet er nødvendig. For nok bliver der taget ved lære af de fejl, der begås i dag, men i Stig Langvad optik er det langt fra godt nok. "I dag er der ikke systematik i, at der er nogen, der reagerer, når der er begået fejl. Det er ofte et held, når noget opdages. Jeg vil gerne gå fra held til systematik", forklarede han. Stig Langvad efterlyste, at systemet var bedre til at lytte til patienterne og erkende, når der bliver begået fejl. "Det handler om, at folk vil have respekt og en anerkendelse af, at de har været igennem et forløb, hvor der er noget, der er gået galt", sagde han. Som andre oplægsholdere før ham understregede Stig Langvad, at den mest almindelige motivation for at klage ikke er at få erstatning eller at hænge en bestemt læge eller anden sundhedsperson ud. "Folk vil gerne medvirke til, at andre ikke havner i samme situation, som de har været i", forklarede han. Han efterlyste, at man i højere grad gør brug af organisationer som hans egen og den viden, de har samlet, og sluttede af med en række anbefalinger til, hvordan et bedre patientklagesystem skal bygges op:

- Man skal kunne klage over "system-fejl" og ikke bare personlige fejl.
"Borgeren skal opleve, at det anerkendes, når noget er gået galt, og mærke, at der bliver gjort noget ved det", sagde Stig Langvad.

- Man skal kunne klage over alle personer i sundhedsvæsenet.
"Der er mange flere faggrupper involveret i sundhedsvæsenet, end klagesystemet tager højde for", sagde han.

- Man skal lære af alle hændelser.
"Derfor skal systemet kunne tage imod indberetninger fra alle; patienter, pårørende, sundhedspersonale og de, der ikke selv har overskuddet til at klage", sagde han.

- Klagesystemet skal have en samlet indgang.
"Det er nødvendigt med et sted, hvor borgerne ved, at de kan gå hen. I dag virker det tilfældigt", sagde han.

Stig Langvad sluttede af med at gentage anbefalingen om, at man ikke laver en hasteløsning for at løse problemerne i systemet, men derimod nedsætter en arbejdsgruppe med alle relevante aktører, der kan gennemgå emnet.

Næste taler var **cand. jur. Jon Andersen**, der er ansat ved **Folketingets Ombudsmand**, der skulle redegøre for, hvad man skal være opmærksom på, hvis man vil nedsætte en egentlig patientombudsmand. Han startede med at forklare, hvad en ombudsmand egentlig er, og det afhænger meget af, hvem man spørger. Svenskerne var først med en ombudsmand for allerede knap 200 år siden, forklarede han, men i dag er der ombudsmænd eller noget, der ligner, i mere end 100 lande. Der er stor forskel på, hvad ombudsmændene laver, og hvordan de er organiseret, men Jon Andersen redegjorde for en række af de stærke og svage sider ved ombudsmandsinstitutioner, der er – nogenlunde – gennemgående. Blandt de stærke sider er ombudsmandens uafhængighed af magthaverne. Institutionen må ikke kunne opfattes som en reklamationsafdeling i et firma, der bare er firmaets forlængede arm, der skal holde klager væk, sagde Jon Andersen. Derfor skal det være nemt for borgerne at komme i kontakt med ombudsmanden. Typisk er institutionen identificeret med en enkelt person, der selv kan tage sager op og – som Jon Andersen udtrykte det – gerne må være en lidt uberegnelig type, der sidder i et særligt embede. Den konstruktion underbygger den uformelle sagsbehandling, der er en af styrkerne ved ombudsmandsinstitutionen.

Jon Andersen fremhævede det også som en styrke, at ombudsmanden har adgang til at indhente viden fra alle sider for at belyse en sag. Og endelig mente han, at det er en styrke, at ombudsmanden kun kan udtale sig, og ikke

komme med bindende afgørelser som en domstol. "Bindende afgørelser ville kræve, at man overholder nogle formkrav, og konceptet skulle være strammere. Derfor er det efter min mening en stor styrke, at ombudsmanden kan udtale sin mening og nuancere den frem for blot at lade øksen falde", sagde Jon Andersen. Men det kan også i visse tilfælde være en svaghed ved en ombudsmandskonstruktion, forklarede han. Visse sager har brug for en afgørelse, og dem kan ombudsmanden ikke behandle. En anden svag side er, at en ombudsmandsinstitution for patienter først og fremmest vil være bemandet med juridisk ekspertise. Den kan næppe få en fagekspertise, der matcher Patientklagenævnet, vurderede han. Ombudsmanden kan heller ikke, som vi kender institutionen herhjemme, føre vidner i et forsøg på at belyse en sag, og han kan ikke afgøre skyldsspørgsmål. Det ledte Jon Andersen til konklusionen, at skal man etablere en patientombudsmand i Danmark, skal man sikre, at institutionen arbejder uafhængigt uden at afgive bindende afgørelser. En ombudsmand skal kunne granske og komme med udtalelser om alle de ting, som Patientklagenævnet ikke kan sige noget om, nemlig det organisatoriske. Det kunne for eksempel være, om en patient er placeret rigtigt på en venteliste. Men, understregede han, det ville være unaturligt at indskrænke hans embede til kun at se på en del af sundhedssystemet. Og endelig – og måske vigtigst – så fungerer en ombudsmandsinstitution kun, hvis der er opbakning og ressourcer til den, også når den tager fat i de ting, der gør ondt på systemet.

Herefter begyndte den tredje runde med spørgsmål. **Louise Schack Elholm (V)** startede med et spørgsmål til Jon Andersen. Hun havde frygtet for, at det ville gøre systemet mindre gennemskueligt med en patientombudsmand, og så bad hun om en forklaring på, hvordan en ombudsmand kunne vurdere ventelister. "Det er vel stadig et lægefagligt skøn, der ligger bag dem", sagde hun.

Jon Andersen svarede, at en ombudsmand ikke skal bedømme, om en læge har begået en lægelig fejl. Det vil ombudsmanden ikke have den nødvendige specialviden til. Men han understregede, at der er en række andre elementer end de lægefaglige, der har betydning for patienterne. For eksempel om man bliver indkaldt i ordentlig tid til undersøgelse, eller hvor længe man skal vente, hvis man vil snakke med en læge.

Mht. ventelisterne var han uenig i, at det alene var en sag for det lægelige skøn al den stund, at der er vedtaget en række regler for ventelister. Dermed kommer der et juridisk aspekt ind, som en ombudsmand kan bedømme, forklarede han. "Og så kan selv en ombudsmand vel regne ud, at der kunne være noget galt, hvis de, der behandles først, tilfældigvis alle er læger eller i familie med læger", sagde Jon Andersen.

Lise von Seelen (S) spurgte Stig Langvad, om det ville frigøre ressourcer i patientforeningerne, hvis man skabte en samlet adgang til at klage, fordi foreningerne ikke længere skulle bruge samme tid på at rådgive medlemmerne i klagesager.

Stig Langvad gav hende ret i, at det ville frigøre ressourcer.

Vivi Kier (KF) ville gerne vide, om Stig Langvad havde et bud på, hvad patienterne opfatter som acceptabel ventetid på en klagesag.

Stig Langvad mente, at det var svært at sige, fordi der er stor forskel på klagesagerne. Han slog dog fast, at der efter hans opfattelse ikke var nogen tvivl om, at ventetiderne i dag er for lange. "Så man skal gøre det bedre, men jeg tror ikke man kan sætte faste rammer for ventetiderne."

Hermed sluttede spørgerunden, og der var frokost.

Fjerde del: Forslag til ændringer

Efter frokost var første taler specialkonsulent **Anne-Mette Midtgaard, Gentofte Hospital**. Hun fortalte om et forsøg på Gentofte Hospital med mægling mellem patienter, der klager og det personale, der er klaget over. Udgangspunktet for forsøget, der blev gennemført sidste år, var, at Gentofte Hospital har lavet en politik for, hvordan klager skal håndteres. For det første har hospitalet defineret, hvad der er en klage: "Det er enhver tilkendegivelse af utilfredshed med et forløb, et forhold eller en oplevet hændelse på hospitalet", fortalte Anne-Mette Midtgaard. For det andet har hospitalet vedtaget en klagesagspolitik, der siger, at enhver klage skal bruges konstruktivt. Og så siger man altid "tak for klagen", på Gentofte, fortalte Anne-Mette Midtgaard. "Vi opfatter klager som en oplagt mulighed for at få at vide, hvad vores patienter har oplevet, og det er værdifuldt", forklarede hun. Hospitalet nedsatte sidste år et såkaldt klageråd, der behandler klager fra patienter. Hospitalet har modsat sundhedsvæsenet generelt oplevet et fald i antallet af klagesager, fortalte Anne-Mette Midtgaard. Hun beskrev nøgleordene for Gentoftes klagesagspolitik som: åbenhed, tillid, dialog og tryghed for alle parter. Det var med disse værdier for øje, at hospitalet sidste år iværksatte et forsøg med mægling mellem patienter og personale. "Idéen var at hindre, at sager eskaleres. Hvis de ender i Patientklagenævnet, skal man vente i op til halvandet år på en afgørelse, og det er meget lang tid både for patienter og personale. Vi kan klare det på tre uger", sagde Anne-Mette Midtgaard. Initiativet blev positivt modtaget i starten, men da det kom til stykket, er det kun blevet brugt en enkelt gang. Nogle gange har patienter ikke ønsket at deltage, typisk ud fra et argument om, at de ikke ville bruge deres sidste tid på konfrontationer med personale, de ikke brød sig om, forklarede Anne-Mette Midtgaard. Afdelingsledelserne har også sagt nej til at deltage: "Vi har en formodning om, at det skyldes et ønske om at håndtere sagen internt", sagde hun, og forklarede, at de har hørt, at afdelingsledelserne selv er blevet mere tilbøjelige til at invitere læger og patienter ind til en samtale, når der foreligger en klage. Når initiativet ikke er blevet brugt mere, kan det også hænge sammen med betegnelsen konfliktmægling, mente Anne-Mette Midtgaard. "Vi har en tese om, at ordene konfliktmægling og mediation kan virke afskrækkende. De signalerer, at der skal ske en vurdering og afgørelse af egentlige skyldsspørgsmål", forklarede hun, men understregede, at det ikke er tilfældet. "Erfaringen siger, at patienterne gerne vil gøre opmærksom på, at de er blevet udsat for noget, som de ikke ønsker, andre skal udsættes for. De søger en forklaring på, hvad der er sket, og så vil de gerne have en undskyldning", sagde Anne-Mette Midtgaard. Hun fremhævede, at projektet ikke forsøgte at stoppe sager, hvor der er grund til at klage til det etablerede klage- og erstatningssystem. "Men mange gange er der ikke, og så kunne man give klagerne en bedre behandling ved at fange sagerne, inden de overføres til Patientklagenævnet", sagde Anne-Mette Midtgaard.

Formanden for Lægeforeningen, Jens Winther Jensen, var næste taler. Han lagde ud med at understrege, at Lægeforeningen mener, at det nuværende system bør reformeres. "Systemet i dag er svært tilgængeligt, det kan kun udtrykke kritik af enkeltpersoner og ikke af forløb, og når ventetiden er halvandet år, er systemet i realiteten brudt sammen", sagde han. Han skitserede i sit oplæg et forslag fra Lægeforeningen til et nyt system for patientklager. Det skal ifølge Jens Winther Jensen lægge mere vægt på dialog og læring og i mindre grad end det nuværende trække konflikter frem.

"I dag får kun 25 % af klagerne medhold. Men det betyder ikke, at alt så er ok for de 75 %. Det tror jeg snarere betyder, at der er 75% af klagerne, der for det første oplever et dårligt behandlingsforløb, og derefter oplever, at de ikke bliver taget alvorligt i klagesystemet", sagde Jens Winther Jensen.

Lægeforeningen går ind for et tredelt system. Lokalt skal klagemulighederne samles et sted, så patienterne ved, hvor de skal henvende sig. "Den Lokale Patientrådgivning" (DLP), som foreningen kalder det, skal kunne behandle alle slags klager også over fejl begået i praksis og i den kommunale sektor. Systemet bør derudover have en ombudsmandsfunktion, forklarede Jens Winther Jensen. Ombudsmanden skal ifølge Lægeforeningens forslag gå ind i de sager, der ikke kan klares lokalt. Han skal have både juridisk og sundhedsfaglig ekspertise til rådighed for at kunne vurdere samlede behandlingsforløb. Ombudsmanden skal også sende relevante klager videre til Sundhedsstyrelsen, Patientforsikringen og til det tredje led i det foreslåede klagesystem: et disciplinærnævn. Dette skal tage sig af sager om enkelte sundhedspersoner og deres ansvar for fejl og uheldige forløb. "Man bør se dette som en samlet reform af klageområdet", sagde Jens Winther Jensen, og tilsluttede sig idéen om at starte et udvalgsarbejde, der kan se på mulighederne for at ændre klagesystemet. "Der er sket en kulturændring med hensyn til at anerkende og lære af fejl. Jeg tror det er på tide at bringe den kulturændring ind i klagesystemet også", sagde han.

Dagens sidste oplægsholder var **Bjarne Schou, formand for foreningen Fejlbehandlet.org**. Han fortalte, at han selv var fejlagnosticeret og var blevet fejlopereret to gange. Hans egen klagesag havde været 14 måneder på vej gennem klagesystemet, og havde langt fra været en positiv oplevelse. "Jeg følte mig langt fra tryk med den behandling, klagen fik. Jeg vidste ikke, hvor sagen stod, og savnede mulighed for at diskutere min sag med de personer, der afgjorde den", fortalte han.

Det nuværende system opleves ikke som fair, forklarede Bjarne Schou, for eksempel er det almindeligt, at der i afgørelserne lægges vægt på forhold, som den patient, der klager, ikke synes virker relevante. Samlet set opleves klagesystemet og Patientforsikringen som en slags "damage control", der skal sørge for at holde kritik af sundhedssektoren nede. De mest oplagte sager går igennem systemet, men de komplicerede sager, der involverer mange parter har meget sværere ved at komme igennem, mente Bjarne Schou. Han forklarede, at Foreningen Fejlbehandlet.org mener, at det nuværende klagesystem og Patientforsikringen skal nedlægges. Vi mener ikke, at loven virker efter hensigten, og mulighederne for at få erstatning står ikke i forhold til de konsekvenser som borgerne påføres", sagde Bjarne Schou. I stedet vil foreningen erstatte det med et system, der med Bjarne Schous ord "tager udgangspunkt i en helhedsvurdering af borgeren, af dennes familie, borgerens fremtidige erhvervsmæssige, økonomiske og sociale situation som følge af skaden". Mægling og forhandling skal være et hovedelement i et nyt system, forklarede han med henvisning til hvordan, Statsamtet (nu Statsforvaltningerne, red.) arbejder med deres sager. "Løsningen kan være en økonomisk erstatning, men det kan også være en ny uddannelse eller livslang hjælp til de ting, man ikke selv kan klare længere", sagde Bjarne Schou. Han fremhævede, at mæglingen skal kunne gennemføres på tre måneder. Denne periode kan evt. forlænges med yderligere tre måneder. Derefter skal sagerne gå til domstolen, eventuelt med en mulighed for at en kautionsordning kan hjælpe klageren, mens sagen står på. "Man er jo i en meget sårbar position, når man er blevet skadet. Man oplever, at alle er mod en, alting tager lang tid, og samtidig ved man ikke lige, hvordan man skal få til huslejen", sagde Bjarne Schou.

Endelig slog han fast, at et klagesystem ikke skal bruges til at lægge skyld på personer. Det skal bruges til at sikre fejlbehandlede patienter en reel mulig-

hed for at komme videre med deres liv. "Vi vil gerne være med til at flytte fokus fra den enkelte læge og sundhedsmedarbejder. Der er ingen, der begår fejl med vilje. Fejl opstår på grund af forkerte måder at bruge pengene på", sagde Bjarne Schou.

Herefter åbnede ordstyreren for en sidste runde debat. Denne gang med mulighed for alle – både oplægsholdere og politikere for at byde ind med spørgsmål og kommentarer. Det benyttede **Karl Bornhøft (SF)** sig af. Han fremhævede, at der er sket en stor udvikling i sundhedsvæsenet i retning af at sikre patienterne konkrete rettigheder. "Men vi skal overveje, om vi vil blive ved med at gå i den retning. For det vil også afspejle sig i, hvilket klagesystem, vi skal have", sagde han.

Lise von Seelen (S) fremhævede, at det gik som en rød tråd gennem mange af oplæggene, at klagesystemet var lavet i en anden tid, og derfor bør gås efter nu. Men det er også en chance for at gøre systemet rigtigt godt, fremhævede hun. "Vi kan godt blive foregangsland på, hvordan man bør indrette et klagesystem. Den chance skal vi ikke lade gå fra os", sagde hun, og bakkede også op om, at lade et udvalg se på, hvordan man bedst kan indrette fremtidens patientklagesystem.

Vivi Kier (KF) fremhævede, at mange havde efterlyst et gennemskueligt og enkelt system. Det fik også hende til at fremhæve, at arbejdet med at tilrettelægge et nyt klagesystem skal gøres grundigt. "Det er ikke noget, der skal gøres "over night". Vi skal som politikere tage os tid til en ordentlig revision", sagde hun.

Liselotte Blixt (DF) havde bidt mærke i, at flere oplægsholdere havde fremhævet mægling mellem patienter og sundhedspersonale som en metode, der i mange tilfælde vil egne sig bedre end det nuværende system. "Og så er det vigtigt at føle, at der er nogen, der tager et ansvar og siger undskyld, når der er grund til det", sagde Liselotte Blixt.

Louise Schack Elholm (V) takkede oplægsholderne og pointerede: "Nu er det vores opgave at se på, hvordan man laver et bedre system. For man skal ikke glemme, at det handler om en masse menneskeskæbner", sagde hun.

Jens Winther Jensen fra Lægeforeningen bød så ind med en kommentar om, at man aldrig vil kunne undgå fejl. "Men vi skal kunne give folk en ordentlig behandling, når det er nødvendigt at klage", sagde han.

Peter Bak Mortensen fra Patientklagenævnet var overrasket over, at forsøget med mægling på Gentofte Hospital ikke var blevet brugt mere end én gang. Han gav tilsagn om, at Patientklagenævnet gerne ville være med i nyt projekt med mægling. Derudover kommenterede han Jens Winther Andersens oplæg, med en pointering af, at efter hans opfattelse "er patientklagesystemet ikke brudt sammen", men han medgav, at sagsbehandlingstiden har været urimeligt lang. "Vi har nu udvidet sekretariatet, så om et år er vi ikke i Nirvana, men sagsbehandlingen vil være væsentligt kortere", sagde han.

Helle Bødker Madsen fra Aarhus Universitet erklærede sig enig i, at der er behov for at tænke sig grundigt om, inden systemet ændres. Hun fremhævede, at der er et paradoks i, at lovgivningen giver patienter rettigheder, når klagesystemet ikke giver mulighed for at klage, hvis samme rettigheder krænkes.

Beth Lilja fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed fremhævede, at man kunne bruge patienternes klager og erfaringer meget mere målrettet – ikke bare i klagesager, men også når man skal tilrettelægge behandlinger og systemer: ”Den største ubrugte ressource i det danske sundhedsvæsen er patienterne”, sagde hun, og fremhævede til sidst, at det rent juridisk ikke er et problem at sige undskyld for en fejl. Det vil ikke stille en person dårligere i en klagesag, hvis denne siger undskyld. ”Så der er ikke nogen undskyldning for ikke at sige undskyld”, sagde Beth Lilja.

Anne Mette Midtgaard fra Gentofte Hospital takkede for tilsagnene fra Patientklagenævnet og Lægeforeningen om at være med til en ny runde af mæglingsforsøg. ”Så er vi godt fra start. Jeg er sikker på, at når det ikke er blevet brugt mere, hænger det sammen med berøringsangst og angst for at blive kigget over skulderen”, sagde hun.

Derefter sluttede kommentarrunden og ordstyrer Birgitte Josefsen (V) summerede dagen op. Det havde været en god høring, startede hun med at slå fast. ”Vi ved, at i det store hele vil alle gøre deres bedste, men nogle gange går det galt. Vi ved også, at kommunikation er noget af det allersværeste. Det hører vi, når brugerne efterlyser, at man bliver bedre til at sige undskyld”, sagde hun. Hun fremhævede, at dagen havde vist, at måden klagesager behandles på, er blevet bureaukratisk, og der er brug for at få kigget systemet efter. Men der er også ting, man kan gøre, der ikke kræver en lovændring, sagde hun. For eksempel at indføre brug af e-mail og telefonbeskeder på patientkontorerne, så borgerne ikke skulle vente på, at telefonen bliver taget. Endelig noterede hun sig, at der var repræsentanter til stede i salen for både Sundhedsstyrelsen og ministeriet, der kunne tage dagens pointer med sig til det fremtidige arbejde. Det ville Folketingets politikere også gøre, sagde hun, og fremhævede, at der er flere parter, der skal høres end de, der kunne få plads i høringens panel af oplægsholdere. De ville også blive inddraget i arbejdet, sagde hun.

Dette referat er journalistisk behandlet. Det betyder, at der for at fremme læsbarheden i tilfælde kan være redigeret i citater og i rækkefølgen af pointerne. Skal der citeres direkte fra høringen henvises til optagelserne af høringen, der kan findes på Teknologirådets hjemmeside: www.tekno.dk.

Præsentation af oplægsholderne

Helle Bødker Madsen

Lektor i sundheds- og forvaltningsret ved Juridisk Institut, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.

Undervisning:

Sundhedsret, den juridiske kandidatuddannelse ved Aarhus Universitet.

Forvaltningsret, den juridiske bacheloruddannelse ved Aarhus Universitet.

Forvaltningsjura, Master of Public Health, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Publikationer om sundhedsretlige emner (uddrag):

Bøger: Sundhedsret, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2007, Patientbehandling og forvaltningsret, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2000.

Artikler i fagtidsskrifter om bl.a. frit sygehusvalg, tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger, retliggørelse af sygehusydelsen. Sagkyndig kommentator vedrørende en række sundhedslove i Karnovs Lovsamling.

Andre aktiviteter (uddrag):

Medredaktør på Sundheds-Karnov. Deltager i netværk i Danmark og Norden om sundhedsret. Oplægsholder på sundhedsretlige og sundhedsfaglige konferencer m.v. her i landet og i udlandet. Konsulent vedrørende sundheds- og forvaltningsretlige emner.

Peter Bak Mortensen

Direktør for Patientklagenævnet

Uddannelse og ansættelser:

Juni 1971 Juridisk embedseksamen fra Københavns Universitet

Aug. 1971 – jan. 1977 Indenrigsministeriet

Feb. 1977 – jan. 1980 Finansministeriet, Administrationsdepartementet

Feb. 1980 – aug. 1987 Indenrigsministeriet

Sept. 1987 – sept. 1999 Sundhedsministeriet (Chef for ministeriets sygehuskontor, det internationale kontor og kontoret for primær sundhedstjeneste og psykiatri.)

Sept. 1999 - Direktør for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Siden 1993 ekstern lektor i Sundhedsret på Københavns Universitet.

Karen-Inger Bast

Direktør for Patientforsikringen

Uddannelse og ansættelser

1981: Juridisk kandidat fra Aarhus Universitet
1981-1985: Politifuldmægtig hos Politimesteren i Glostrup
1985-1988: Rigsadvokatfuldmægtig hos Rigsadvokaten
1988-1991: Advokat i det Danske Advokatsamfund
1991-1992: Dommerfuldmægtig i Højesteret
1992-1994: Rigsadvokatassessor hos Rigsadvokaten
1994-1998: Vicesstatsadvokat hos Rigsadvokaten
1998- 2007: 1.vicesstatsadvokat hos Statsadvokaten for København
1. december 2007: Direktør for Patientforsikringen

Efteruddannelse og øvrige stillinger

1985: Advokatbeskikkelse
1990: Cambridge's kursus Proficiency in English
1998: Merkonomkursus i ledelse og samarbejde
1999: Justitsministeriets Overordnede Lederuddannelse (JOL) og møderet for landsret
1996-2007: Formand for Foreningen af vicesstatsadvokater, assessorer og statsadvokatfuldmægtige (VAS)

I en lang årrække underviser på Politiskolen på grunduddannelse i civilret og i de senere år på grunduddannelsen for politifuldmægtige i erstatningsret samt på politiets lederkurser i erstatningsret og strafferet.

Annie E. Olesen

Vicekontorchef i Patientdialogkontoret i Region Nordjylland

Uddannelse og ansættelser:

1972: Juridisk Embedseksamen
- Diverse efteruddannelseskurser

1972 – 1975: Revalideringskonsulent og senere fuldmægtig i Revalideringscenteret i Nordjyllands Amt
1975 – 1976: Fuldmægtig i det sociale amtsankenævn i Nordjylland
1976 – 1978: Fuldmægtig på den danske ambassade i Ghana
1978 – 1979: Fuldmægtig i det sociale amtsankenævn i Nordjylland
1979 2006: Fuldmægtig og senere vicekontorchef og leder af amtets sundhedssekretariat i Sygehusforvaltningen – senere Sundhedsforvaltningen - i Nordjyllands Amt - Leder af Patientdialogkontoret i Region Nordjylland
2007- Vicekontorchef i Patientdialogkontoret i Region Nordjylland

I øvrigt:

Medlem af Patientskadeankenævnet.
Censor på Aalborg Universitet og Roskilde Universitetscenter
Undervisning på diverse sundhedsuddannelser og kommunomuddannelsen samt af sundhedspersonale, patientforeninger m.v. i andre sammenhænge

Anne Mette Dons

Kontorchef i Sundhedsstyrelsen, Chef for Tilsyn

Afdelingslæge Anne Mette Dons, 43 år er kontorchef for Sundhedsstyrelsens enhed for tilsyn og overvågning.

Anne Mette Dons har arbejdet i enheden for tilsyn og overvågning siden 2001 og har bl.a. varetaget den daglige lægefaglige ledelse af det generelle tilsyn og individtilsynet, herunder plejehjemstilsynet.

Tidligere har Anne Mette Dons arbejdet med patientsikkerhed, patienters retsstilling og den organisationsrettede patientsikkerhed.

Anne Mette Dons er speciallæge i samfundsmedicin. Inden hun begyndte sin samfundsmedicinske speciallægeuddannelse i 1998, havde hun 5 års ansættelse i sygehusvæsenet og almen praksis.

Beth Lilja

Sekretariatsleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Overlæge Beth Lilja er leder af Dansk Selskab for Patientsikkerhed samt leder af Enhed for Patientsikkerhed i Region Hovedstaden.

Beth Lilja er medlem af en række komitéer både i Danmark og internationalt, alle med det sigte at forbedre patientsikkerheden. I Danmark er Beth Lilja en ledende meningsdanner indenfor patientsikkerhedsområdet og også internationalt regnes hun som ekspert. Hun benyttes hyppigt som foredragsholder til internationale konferencer om patientsikkerhed.

Stig Langvad

Formand for Danske Handicaporganisationer (det tidligere DSI) siden 2000.

Danske Handicaporganisationer er en interessepolitisk organisation, der repræsenterer 32 landsdækkende handicaporganisationer med tilsammen 320.000 medlemmer med et handicap eller en kronisk sygdom. Danske Handicaporganisationer er repræsenteret i forskellige nævn på bl.a. sundhedsområdet, f.eks. Patientklagenævnet. Repræsentationen fra Danske Handicaporganisationer i råd og nævn varetages af personer med handicap eller kronisk sygdom, som modtager uddannelse i de specifikke sagsområder og de forskellige handicapgrupper og sygdomme, de skal repræsentere. Danske Handicaporganisationer har siden 1934 arbejdet for at sikre de fælles mål, handicapbevægelsen har sat op i forhold til at forbedre livsmulighederne for personer med handicap eller kronisk sygdom inden for samfundets forskellige sektorer på alle politiske og administrative niveauer fra kommunerne og op til FN.

Jon Andersen

Folketingets Ombudsmand

Uddannelse og ansættelse:

1972: Juridisk Kandidateksamen

1973: Folketingets Ombudsmand

1975 - 2002: Ekstern lektor på Københavns Universitet i forvaltningsret

Jon Andersen har arbejdet som sagsbehandler, konsulent, kontorchef og stået for forskellige undersøgelser m.v. hos Folketingets Ombudsmand.

Udgivelser:

Jon Andersen har udgivet adskillige bøger om forvaltningsret m.v., herunder bl.a. "Aktindsigt", 2002, "Forvaltningsret, Sagsbehandling, hjemmel og prøvelse", 2006 og "Juridiske regler i den primære sundhedssektor",

Desuden forfatter til en række artikler om emnerne forvaltningsret, socialret, offentlig personaleret, menneskeret, persondatabeskyttelse og sundhedsret.

Anne-Mette Midtgård

Specialkonsulent, Gentofte Hospital

Uddannelse

1972: uddannet sygeplejerske fra Aarhus Kommunehospital

1986: Diplomuddannelsen i ledelse og administration fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole

1997: Organisationspsykologisk uddannelse fra institut for Gruppeanalyse København

1999: Københavns Amts Nøglepersonsuddannelse i Kvalitetsudvikling

2001: Københavns Amts lederuddannelse

2003: Lederuddannelsen Gallileo for afdelingsledelser i Københavns Amt

Ansættelser

1972: Aarhus Kommunehospital

1973: Sankt Hans Hospital

1976: Københavns Kommunehospital

1982: Afdelingssygeplejerske, Sct. Hans Hospital

1989: Sygeplejelærer på Sankt Lukas Stiftelsens Sygeplejerskole

1991: Sygeplejelærer, Psykiatrisk afdeling A

1993: Ledende oversygeplejerske på psykiatrisk afdeling O, Glostrup Hospital

2000: Ledende oversygeplejerske på medicinsk afdeling F, Gentofte Hospital

2004: Specialkonsulent på Gentofte Hospital med primær funktion på klageområdet

Jens Winther Jensen

Formand for Lægeforeningen

Jens Winther Jensen, 39, speciallæge i anæstesiologi, formand for Lægeforeningen. Jens Winther Jensen er læge fra Århus Universitet 1996. Han er for øjeblikket konstitueret overlæge og leder af Traumecenter og akutmedicinsk koordination, Århus Sygehus.

Jens Winther Jensen har været aktiv i lægernes organisationer siden han blev kandidat, og han blev medlem af Yngre Lægers repræsentantskab i 1996, i bestyrelsen 1997, og medlem af Lægeforeningens hovedbestyrelse i 2002. Han blev valgt som formand for Lægeforeningen ved årsmødet, Lægemødet, i april 2005. Han er gift og har en søn.

Bjarne Mahler Schou

Formand for fejlbehandlet.org

Bjarne Mahler Schou er 45 år, beskæftiget med regionaludvikling og indehaver af konsulentvirksomheden Modus 2.

Erfaringer i relation til fejlbehandling og patientforsikringsområdet:

I 2002 blev Bjarne Mahler Schou fejldiagnosticeret i forbindelse med en betændt blindtarm. Behandlingsforløbet var behæftet med fejl i et sådant omfang, at behandlingen resulterede i indre infektioner og en brok.

En efterfølgende brokoperation i 2005, hvori et net til støtte for mavemusklernerne blev indopereret, resulterede i en afklemt tyndtarm og måtte gennemgå re-operation og have bortamputeret ½ meter tyndtarm. Er siden blevet behandlet for tilbageværende infektion og fisteldannelse i operationsarret.

Har i forbindelse med forløbet (2002-2007) måtte indstille drift af virksomhed og har som følge af hændelserne et samlet tab opgjort til godt 1.8 mio. kr. Modtog i 2007 32.000 kr. i erstatning fra Patientforsikringen. Afgørelsen blev anket og afvist, hvorefter patientforsikringssystemets muligheder er udtømte. Sagen ligger til gennemsyn hos en advokat.

Forløb og oplevelser førte til etablering af fejlbehandlet.org i 2007.

fejlbehandlet.org er talerør for borgere, der er blevet skadet i mødet med den danske sundhedssektor. fejlbehandlet.org blev etableret i 2007 af fejlbehandlede borgere, pårørende, sygeplejersker og læger.

Skriftlige oplæg

Introduktion til patientklage- og forsikringssystemet

Af Helle Bødker Madsen, lektor i sundhedsret, Århus Universitet

Patientklagesystemet

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

1. Baggrund og formål

Baggrunden for oprettelsen af Patientklagenævnet i 1988 var, at der såvel i den offentlige debat som i Folketinget havde været tilkendegivet manglende tillid til det hidtidige klagesystem, hvorefter Sundhedsstyrelsen i egenskab af sundhedsfaglig rådgiver for det offentlige traf den endelige administrative afgørelse vedrørende klager over de såkaldte medicinalpersoners faglige virksomhed. Formålet med oprettelsen af Patientklagenævnet var efter forarbejderne

” ... at styrke patienternes retssikkerhed og tillid til klagesagsbehandlingen ved at oprette et uafhængigt patientklagenævn, der i sin sammensætning både inddrager lægmænd og styrker den juridiske ekspertise”.¹

2. Klager over sundhedspersoners faglige virksomhed

Patientklagenævnet behandler klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet, herunder klager over information og samtykke, selvbestemmelse over biologisk materiale, tavshedspligt, afgørelser om aktindsigt i patientjournalen.²

Generelt kan det siges, at Patientklagenævnet behandler klager over forhold, der kan henføres til en bestemt eller flere bestemte sundhedspersoner, og som beror på sundhedsspecifikke regler. Omfattet er ikke blot undersøgelse, behandling, pleje og genoptræning, men eksempelvis også forebyggelse, sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient, udfærdigelse af erklæringer og journalføring.

”Personer inden for sundhedsvæsenet” omfatter som udgangspunkt alle autoriserede sundhedspersoner, dvs. læger, tandlæger, kiropraktorer, sygeplejersker, jordemødre, ergoterapeuter, fysioterapeuter, bioanalytikere, kliniske diætister, radiografer, bandagister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere, kontaktlinseoptikere, fodterapeuter og psykologer.³

Klager over privatpraktiserende tandlægers faglige virksomhed behandles dog ikke af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, men i det overenskomst-baserede klagesystem.

¹ FT 1986-87, tillæg A, sp. 1159.

² Jf. klage- og erstatningslovens § 2, stk. 1.

³ Jf. klage- og erstatningslovens § 4, stk. 1.

Visse persongrupper, der ikke har autorisation, men som har en sundhedsfaglig uddannelse, omfattes også af Patientklagenævnets kompetence. Det drejer sig om grønlandske tandplejere og sundhedsmedhjælpere, plejere, sygehjælpere, plejhjemsassistenter, social- og sundhedsassistenter, apotekere, apoteksansatte farmaceuter, apoteksmedhjælpere, farmakonomer, farmaceutstuderende og ambulancebehandlere.⁴

Der kan således som udgangspunkt kun klages over lægens medhjælp, hvis medhjælpen er omfattet af ovennævnte persongrupper. Det betyder til eksempel, at der ikke kan klages over en lægesekretær, der handler som lægens medhjælp for så vidt angår sundhedsfaglige opgaver, selvom lægesekretæren i denne sammenhæng er en sundhedsperson i sundhedslovens forstand.⁵

Det følger imidlertid samtidig af klage- og erstatningsloven, at Patientklagenævnet kan fremsætte kritik eller søge iværksat andre sanktioner over for den pågældende sundhedsperson og personer, der handler på disses ansvar.⁶ Efter ordlyden vil en person, der ikke er i besiddelse af en sundhedsfaglig uddannelse, f.eks. en lægesekretær eller en alternativ behandler, der handler som lægens medhjælp, kunne være genstand for kritik og andre sanktioner.⁷

Efter det gældende regelsæt er det således i visse tilfælde uklart, i hvilken udstrækning personer, der optræder som medhjælp, er undergivet Patientklagenævnets kompetence. Det må anbefales, at reglerne klargøres.

Nævnet skal offentliggøre afgørelser med navn, hvis der er givet kritik for alvorlig eller gentagen forsømmelse eller givet kritik for kosmetiske indgreb.⁸

2. Klager over afgørelser

Patientklagenævnet behandler klager over visse afgørelser efter sundhedsloven, der træffes af kommunalbestyrelser, f.eks. vedrørende indplacering i sikringsgrupper, af regionsråd, f.eks. vedrørende fri lægehjælp i praksissektoren og vilkår for ret til sygehusbehandling, og af Søfartsstyrelsen (ydelse til søfarende).⁹

Nævnets afgørelser træffes som formandsafgørelser, jf. § 11, stk. 2.

Ordningen er ny, idet disse afgørelser før sundhedsreformen skulle indbringes for de sociale nævn og Ankestyrelsen. Særligt for så vidt angår praksis-

⁴ § 3 i bekendtgørelse nr. 544 af 14. juni 2001 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der omfattes af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed.

⁵ Ved sundhedspersoner i sundhedslovens forstand forstås personer, der i henhold til særlig lovgivning er autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar, jf. sundhedslovens § 6.

⁶ Klage- og erstatningslovens § 3.

⁷ I bemærkningerne til lovforslaget hedder det, at § 3 er en uændret videreførelse af centralstyrelseslovens § 14. Det er imidlertid ikke rigtigt, da § 14 havde følgende ordlyd: "Patientklagenævnet kan give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson, eller søge iværksat andre sanktioner".

⁸ Det gælder også afgørelser truffet i det overenskomstbaserede klagesystem vedrørende tandlægers faglige virksomhed. Offentliggørelsen skal ske på www.sundhed.dk.

⁹ Jf. klage- og erstatningslovens §§ 6-8.

sektoren er det forudsat, at klager over forhold, der er dækket af sygesikringsoverenskomsterne, behandles af de ved overenskomsterne etablerede klageorganer. For så vidt angår vilkår for sygehusbehandling er det forudsat, at den hidtidige praksis, hvorefter Ankestyrelsen alene behandlede klager over betaling som vilkår for behandling samt klager over befordring og befordringsgodtgørelse, videreføres.¹⁰

Endvidere behandler Patientklagenævnet som anden instans afgørelser truffet af de psykiatriske patientklagenævn om visse former for tvang i psykiatrien.¹¹

3. Systemfejl m.v.

Uden for Patientklagenævnets virksomhed falder *klager over sundhedsvæsenets tilrettelæggelse*, f.eks. over at visse behandlinger ikke tilbydes i sundhedsvæsenet, eller at eksisterende behandlingsmuligheder ikke tilbydes bestemte persongrupper. Der kan således ikke klages til nævnet over sundhedsvæsenets standard (serviceniveauet). Klager over forhold, der ikke kan henføres til en eller flere bestemte sundhedspersoners faglige virksomhed, men som beror på organisatoriske forhold og rammebetingelser (systemfejl), f.eks. ventetider, frit sygehusvalg, patientforløb, falder med andre ord uden for nævnets kompetence.

Der kan heller ikke klages til patientklagenævnet over personalets faktiske adfærd, f.eks. uhøflig optræden.

4. Patientklagenævnets afgørelser er endelige

Patientklagenævnets afgørelser er administrativt set endelige. Afgørelserne er bindende for andre administrative myndigheder, herunder de driftsansvarlige sundhedsmyndigheder, medmindre der foreligger åbenbare fejl.¹² Patientklagenævnets afgørelser om f.eks. forældelsesfrister og sagsbehandlingstid kan indbringes for Folketingets Ombudsmand.¹³ Den endelige afgørelse på området hører under domstolene.

5. Opfølgning på klagesager

Sundhedsstyrelsen modtager underretning om Patientklagenævnets afgørelser vedrørende sundhedspersoners faglige virksomhed, og om afgørelser og forlig i det overenskomstbaserede klagesystem vedrørende tandlæger.¹⁴

Sundhedsstyrelsen opretter en sag på hver enkelt sundhedsperson, der har modtaget kritik.¹⁵

¹⁰ Jf. LFF 2004-2005, Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, L 75, pkt. 3.1.2., og de specielle bemærkninger til §§ 6-8 (elektronisk udgave).

¹¹ Jf. psykiatrilovens § 38.

¹² Jf. ombudsmandens udtalelse i FOB 2006.605. Ombudsmanden kritiserede, at en sygehusledelse udarbejdede en redegørelse, hvoraf det fremgik, at ledelsen ikke var enig med Patientklagenævnet i bedømmelsen af flere klagepunkter i en sag vedrørende klage over en konkret sundhedsperson, og at sygehuset gav udtryk for samme opfattelse i et brev til amtets ledelse.

¹³ Jf. til eksempel FOB 2004.153 om kritik af sagsbehandlingstiden. Ombudsmanden kan ikke prøve indholdet af den faglige vurdering.

¹⁴ Klage- og erstatningslovens § 14, stk. 3 og § 1, stk. 2-4, i bekendtgørelse nr. 258 af 12. april 2005.

¹⁵ Det samme gælder ved meddelelser fra andre landes tilsynsmyndigheder og ved modtagelse af domme.

70 % af sagerne afsluttes inden for en måned, fordi Sundhedsstyrelsen vurderer, at den kritisable hændelse ikke udgør en fremtidig risiko for patient-sikkerheden (såkaldte simple sager). De resterende såkaldte komplicerede sager følges op ved af indhentning af redegørelser om tiltag til forhindring af fremtidige lignende hændelser, vejledninger, skærpet tilsyn, faglige påbud, virksomhedsindskrænkninger, autorisationsfratagelser. 80 % af disse sager er afsluttet inden for 3 måneder.¹⁶

Andre klagemuligheder

- Afgørelser truffet af de stedlige abortsamråd kan indbringes for Abortankenævnet.
- Klager over tvang i psykiatrien kan indbringes for det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen.
- Sundhedsstyrelsen er som tilsynsmyndighed forpligtet til at udøve den ved loven tildelte kompetence (f.eks. iværksættelse af skærpet tilsyn, faglige påbud) og kan derfor ikke se bort fra relevante henvendelser vedrørende faglig virksomhed.
- Det samme gælder Kommunaltilsynet, der almindeligt påser lovligheden af kommunale og regionale dispositioner.¹⁷ Tilsynet efterprøver ikke indholdet af lægefaglige vurderinger.
- Enhver kan indgive klage til Folketingets Ombudsmand over den offentlige forvaltning.¹⁸ Ombudsmanden efterprøver ikke indholdet af lægefaglige vurderinger.
- Domstolene afgør i sidste instans, hvad skal være ret i et foreliggende tilfælde.

Aktuelle problemstillinger og behov for forbedringer

- Det flerstrengede klagesystem virker uoverskueligt. Der er behov for en forenkling.
- Det er retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at der ikke er nem klageadgang, når det drejer sig om systemfejl.

I 2007 oprettede styrelsen 524 nye sager, jf. Udredning af det faglige individtilsyn 2007- sundhedspersoner med kritisabelt fagligt virke, udgivet af Sundhedsstyrelsen, februar 2008, s. 4. Tallet har været stigende siden 2003.

¹⁶ Jf. op. cit., s. 5 ff. I 2007 traf Sundhedsstyrelsen beslutning om at sætte 20 sundhedspersoners faglige virke under skærpet tilsyn, der blev givet faglige påbud til 3 sundhedspersoner, 1 sundhedsperson fik ved dom indskrænket sit virksomhedsområde, og i 2 sager indstillede Sundhedsstyrelsen til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, at der blev indledt sag om autorisationsfratagelse.

¹⁷ Jf. til eksempel Statsforvaltningen Hovedstadens udtalelse af 16. maj 2007 vedrørende beregning af ventetid i forbindelse med udvidet frit sygehusvalg.

¹⁸ Jf. til eksempel FOB 2002.553 om videregivelse af helbredsoplysninger.

-
- Der er behov for en nem klageadgang til en uafhængig klageinstans, der kan tage stilling til formelle og materielle patientrettigheder i bred forstand, f.eks. information, ventetider, frit sygehusvalg, behandling i udlandet, patientforløb.
 - Klagesystemet tager sigte på sanktioner og virker derfor principielt bagudrettet. Der er behov for et klagesystem, der i højere grad virker fremadrettet (klager skal bruges til læring).
 - Dialog bør være en integreret del af klageordningen (forklaring og - hvis hændelsesforløbet giver grundlag for det - beklagelse).

Patientforsikringsordningen

1. Baggrund og formål

Formålet med patientforsikringsordningen, som blev etableret den 1. juli 1992, var efter forarbejderne at oprette en offentligt styret patientforsikringsordning, hvorefter der gives patienter erstatning for skader opstået under behandling m.v. i sundhedsvæsenet i videre omfang end efter almindelige erstatningsretlige regler (culpareglen) og på en for patienterne lettere og hurtigere måde.¹⁹

2. Processuel og materiel forbedring

Patientforsikringsreglerne, der er optaget i klage- og erstatningsloven, indebærer såvel en processuel som en materiel forbedring af patienternes²⁰ mulighed for at få erstatning.

Den processuelle lettelse består i, at patienten kan nøjes med at anmelde skaden til Patientforsikringsforeningen. Det bemærkes i den forbindelse, at det efter loven påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, som bliver bekendt med skader, som må antages at berettiger til erstatning efter ordningen, at informere skadelidte herom samt at bistå med anmeldelsen.²¹ Patientforsikringen, der er omfattet af forvaltningsloven,²² drager omsorg for sagens oplysning.

Den materielle lettelse består i, at retten til erstatning ikke er betinget af, at der foreligger fejl eller forsømmelse (culpa).

Culpareglen har dog ikke mistet sin betydning, men så langt dækningen efter patientforsikringsordningen rækker, er patienten afskåret fra at kræve erstatning efter almindelige erstatningsretlige regler (culpareglen).²³

Omfattet af patientforsikringsordningen er tilfælde, hvor personskaden (fysisk eller psykisk) i princippet kunne være undgået, fordi der enten foreligger fejl eller svigt i objektiv forstand ved behandlingen (nr. 1) eller ved det anvendte udstyr (nr. 2), eller det efterfølgende kan fastslås, at skaden kunne være undgået ved en alternativ behandling (nr. 3). Hvis skaden ikke kunne være undgået efter disse kriterier, kan der blive tale om erstatning efter op-

¹⁹ Jf. FT 1990-91, tillæg A, sp. 3270.

²⁰ Omfattet af ordningen er også patienters efterladte. Raske forsøgspersoner og donorer har - set i forhold til patienter - en udvidet ret til erstatning.

²¹ Jf. klage- og erstatningslovens § 23.

²² Jf. bekendtgørelse nr. 652 af 23. juli 1992.

²³ Jf. klage- og erstatningslovens § 26.

samlingsbestemmelsen, som omfatter visse uundgåelige skader ved undersøgelse eller behandling, hvor patienten med rimelighed bør have erstatning (nr. 4).²⁴

Kravet er, at skaden "med overvejende sandsynlighed" er forvoldt på en af de i nr. 1- 4 nævnte måder.

Skader i forbindelse med tandbehandling skal dog anmeldes til Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring.²⁵

Patienter kan endvidere få erstatning for fysiske skader, der skyldes bivirkninger ved et lægemiddel.²⁶

Uden for ordningen falder personskader, der skyldes standarden inden for sundhedsvæsenet (serviceniveauet). Et erstatningskrav som følge af ressourcetilbetingede skader, f.eks. skader, der skyldes, at visse behandlingstilbud ikke tilbydes i sundhedsvæsenet, må rejses ved domstolene efter de almindelige erstatningsretlige regler.

Andre erstatningsmuligheder

Hvis en skade ikke er omfattet af Patientforsikringen, f.eks. bagatelskader og skader, der skyldes sundhedsvæsenets faktiske standard, må erstatningsspørgsmål i forbindelse med patientbehandling afgøres ved domstolene.

Aktuelle problemstillinger (bl.a.)

Der har været rejst kritik af Patientforsikringens afgørelser vedrørende brud på de maksimale ventetider for livstruende kræftsygdomme m.v. Patient-skadeankenævnet har imidlertid tiltrådt princippet om, at lang ventetid på behandling, herunder brud på ventetidsreglerne, ikke i sig selv berettiger til erstatning. Det er således en betingelse, at man er blevet påført skade som følge af ventetiden.

I forbindelse med brud på reglerne om de maksimale ventetider har det bl.a. været fremført, at der bør være adgang til erstatning, selvom det ikke med mere end 50 % sandsynlighed (det almindelige krav til beviset for årsags-sammenhæng efter ordningen) er dokumenteret, at overskridelsen har betydet forringede overlevelseschancer. Efter forslaget skal erstatningsbeløbet i så fald nedsættes tilsvarende.

²⁴ Jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, der - sammen med præciseringen af dækningsomfanget i § 21 - udtømmende angiver de erstatningsberettigende skader.

²⁵ Jf. bekendtgørelse nr. 1099 af 12. december 2003. Der er ankemulighed til Tandskadeankenævnet.

²⁶ Jf. klage- og erstatningslovens kapitel 4.

Introduktion til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Af Peter Bak Mortensen, direktør for Patientklagenævnet

Patientklagenævnets opgaver

Patientklagenævnet har to hovedfunktioner:

- at træffe afgørelser i klagesager og
- at medvirke til at kvaliteten i sundhedsvæsenet bedres

Patientklagenævnet behandler tre slags sager, nemlig klage- og indberetningssager, psykiatriske ankesager samt visse administrative ankesager fra kommuner og regioner. I dette oplæg beskrives alene klage- og indberetningssager, fordi disse sager udgør langt hovedparten af Patientklagenævnets sager.

Patientklagenævnets virksomhed er reguleret i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Hvad kan der klages over?

Patientklagenævnet behandler klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet.

Ved faglig virksomhed forstås sundhedsfaglig virksomhed som led i patientbehandling. Undersøgelse, diagnostik, behandling og pleje er sundhedsfaglig virksomhed. Endvidere er brug af medhjælp og udfærdigelse af instrukser for behandling en del af den faglige virksomhed. Også andre pligter for sundhedspersoner er omfattet som f.eks. udfærdigelse af lægeerklæringer, journalføring, indhentelse af informeret samtykke, stillingtagen til anmodning om aktindsigt og tavshedspligt.

Der klages ofte over et behandlingsforløb. Det kan f.eks. være en klage over forløbet af en længerevarende plejeindsats på en medicinsk afdeling. Det sker naturligvis også, at der klages over en helt konkret handling som f.eks. ordination af en bestemt type medicin frem for en anden.

Sundhedspersoners opførsel, ventetid til behandling, afslag på frit sygehusvalg og andre serviceforhold er som udgangspunkt ikke faglig virksomhed, og klage herover kan ikke behandles af Patientklagenævnet. Nævnet har heller ikke kompetence til at behandle klager, for hvilke der i lovgivningen er foreskrevet en særlig klageadgang. Det gælder f.eks. den særlige klageadgang for klager over privatpraktiserende tandlæger til de regionale tandlægenævn og Landstandlægenævnet.

Hvem kan der klages over?

Patientklagenævnets kompetence omfatter næsten alle faggrupper i sundhedsvæsenet. Nævnet behandler klager over autoriserede personer inden for sundhedsvæsenet, og klager over nærmere opregnede grupper af uautoriserede sundhedspersoner som f.eks. plejehjemsassistenter, social- og sundhedsassistenter, ambulancebehandlere osv.

Kun sundhedsfaglig virksomhed som led i patientbehandling er omfattet. Det betyder, at der skal være et patient-behandlerforhold, således at læger i administrative stillinger ("papirlæger") som udgangspunkt ikke er omfattet.

Nævnet kan alene behandle sager vedr. sundhedsfaglig virksomhed, der er udført i Danmark (og Færøerne og Grønland). Patienter, der ønsker at klage over behandling, som de har modtaget i udlandet, må klage til dette lands myndigheder.

Hvad bedømmer Patientklagenævnet?

Nævnet skal vurdere, om sundhedspersonen har overtrådt pligter, der efter sundhedslovgivningen hviler på den enkelte sundhedsperson.

Sædvanligvis klages over, at den sundhedsfaglige behandling har været for dårlig. Herefter er det nævnets opgave at tage stilling til, om autorisationslovens krav om, at sundhedspersoner skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed, er opfyldt. Hvis sundhedspersonen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, vil dette krav være opfyldt. Når dette krav er opfyldt, falder det uden for nævnets kompetence at tage stilling til, om behandlingen kunne have været bedre. Patientklagenævnet bedømmer således noget ganske andet end Patientforsikringen. Hvis der klages over overtrædelse af f.eks. regler om information og samtykke, aktindsigt eller tavshedspligt, skal nævnet tage stilling til, om bestemmelserne er overholdt.

Hvad er Patientklagenævnets reaktionsmuligheder?

Nævnets afgørelse kan gå ud på, at der er - eller ikke er - grundlag for kritik. Nævnet kan alene kritisere en sundhedsperson, hvis denne har overtrådt lovgivningen. Nævnet giver kritik i en fjerdedel af sagerne.

Nævnet kan vurdere, at sagen er så alvorlig, at der er grundlag for at indskærpe sundhedspersonen at være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit fremtidige virke. Nævnet kan endvidere anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale, hvis nævnet finder, at der er begrundet mistanke om, at sundhedspersonen har gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed.

Endelig kan nævnet i tilfælde, hvor lovgivningen ikke skønnes overtrådt, og der derfor ikke er grundlag for kritik, beslutte at udtale, at sundhedspersonen kunne have handlet mere hensigtsmæssigt.

Drages der læring af afgørelserne?

Motivet til at klage til Patientklagenævnet er oftest, at patienten vil være med til at sikre, at andre ikke kommer til at opleve det utilfredsstillende behandlingsforløb, som patienten selv har oplevet.

Nævnets afgørelser bruges da også i vid udstrækning til at forbedre patient-sikkerhed og kvalitet i øvrigt i sundhedssektoren.

Nævnets afgørelser sendes naturligvis til sagens parter. Der er næppe tvivl om, at den sundhedsperson, der får kritik for sin faglige virksomhed, vil være særligt agtpågivende i tilsvarende situationer i fremtiden.

Afgørelserne sendes også til orientering til sygehusets ledelse og til sundhedsforvaltningen i regionen. På en stor del af sygehusene er der faste ruti-

ner for at følge op på nævnets afgørelser, således at det bliver overvejet, om sagen giver anledning til at ændre instrukser, rutiner eller lign. For sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste sendes alene afgørelser med kritik til sundhedsforvaltningen i regionen.

Embedslægeinstitutionen får også en kopi af afgørelsen, der benyttes som grundlag for embedslægeinstitutionens indsats for at forebygge systemfejl.

Sundhedsstyrelsen får kopi af alle nævnets afgørelser. Sundhedsstyrelsen bruger nævnets afgørelser dels i tilsynet med sundhedspersoner, dels i det generelle tilsyn med sundhedsvæsenet. Kontorchef i Sundhedsstyrelsen Anne Mette Dons har i sit oplæg til høringen nærmere redegjort for styrelsens brug af Patientklagenævnets afgørelser.

Sekretariatet stiller herudover afgørelser til rådighed for sundhedsvæsenet til brug for kvalitetsudvikling ved at offentliggøre et udsnit af nævnets afgørelser. På Patientklagenævnets hjemmeside offentliggøres årligt 200 afgørelser i anonymiseret stand. Sager til offentliggørelse udvælges af det enkelte nævn. I Patientklagenævnets årsberetning og i nyhedsbreve offentliggøres yderligere en række afgørelser. Patientklagenævnet har endvidere udarbejdet en lang række sammenfatninger af nævnets praksis på udvalgte områder, og disse sammenfatninger indeholder resuméer af afgjorte sager. Patientklagenævnet formidler herudover kendskab til nævnet og dets praksis gennem et stort antal indlæg på konferencer mm. rundt omkring i landet.

Nævnet skal endelig – uden anonymisering af sundhedspersonens navn - offentliggøre afgørelser med kritik, der har et indhold af alvorlighed eller gentagelse samt sager med kritik vedr. kosmetiske indgreb.

Patientklagenævnets organisation og sagsbehandling

Hvordan er Patientklagenævnet organiseret?

Patientklagenævnet består af et nævn, der betjenes af et sekretariat.

Nævnet arbejder i afdelinger, således at det enkelte nævn sammensættes fra gang til gang.

Ministeren har udpeget knap 100 nævnsmedlemmer. Formandskabet består af en formand og fire næstformænd, der alle er dommere. Ministeren har udpeget 28 lægmedlemmer efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. Ministeren har herudover udpeget knap 70 faglige medlemmer efter indstilling fra Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Jordemoderforeningen, Dansk Tandlægeforening, Fag og Arbejde osv. Nævnets medlemmer er udpeget for en periode, der følger den kommunale og regionale valgperiode.

Det enkelte nævn består af formanden eller en næstformand, to lægmænd og to faglige medlemmer. Af de to lægmænd er ét medlem indstillet af Danske Regioner eller Kommunernes Landsforening og ét medlem indstillet af Danske Handicaporganisationer eller Forbrugerrådet. De to faglige medlemmer er indstillet af den faglige organisation, hvis medlem der er klaget over; f.eks. vil der være to medlemmer indstillet af Lægeforeningen, når der er klaget over en læge, to medlemmer indstillet af Jordemoderforeningen, når der er klaget over en jordemoder osv.

Nævnets medlemmer har tavshedspligt og er omfattet af forvaltningslovens regler om inhabilitet. I nævnets forretningsorden er reglerne om inhabilitet

uddybet. Også nævnets sagkyndige konsulenter er omfattet af forvaltningslovens regler om inhabilitet, og reglerne er uddybet i et internt regelsæt.

Sekretariatet består af ca. 65 ansatte, hvoraf godt halvdelen er jurister og den anden halvdel kontoruddannet. Sekretariatet har endvidere tilknyttet ca. 250 sagkyndige konsulenter. De relevante videnskabelige selskaber bistår Patientklagenævnet ved ansættelse af sagkyndige konsulenter, bl.a. ved at udtale sig om ansøgerens faglige egnethed til opgaven.

Hvorledes er sagsbehandlingen tilrettelagt?

Når en patient klager til Patientklagenævnet, undersøger sekretariatet, om klagen hører under nævnet eller om en anden myndighed er kompetent. Hvis en patient f.eks. gør opmærksom på, at hun ønsker erstatning for en skade, som en behandling i sundhedssektoren har påført hende, vil patienten blive vejledt om, at erstatningssager hører under Patientforsikringen.

Hvis klagen hører under Patientklagenævnets kompetence, og fristerne for at klage er overholdt, antages klagen til realitetsbehandling. Sekretariatet opstiller med grundlag i klagers brev en præcisering af klagepunkterne, som klager orienteres om ved et brev.

I forlængelse heraf anmoder sekretariatet vedkommende embedslægeinstitution om at oplyse sagen. Embedslægen indhenter udtalelser fra de(n) sundhedsperson(er), der er klaget over, og indhenter samtidig journalen. Embedslægen skriver herefter et notat om, hvad der er sket ved behandlingen af patienten (et hændelsesforløb), opstiller de sundhedsfaglige problemstillinger, som forløbet rejser, og sender dette - med de indhentede udtalelser og journal - til sekretariatet.

Sekretariatet kontrollerer, at alle relevante oplysninger er indhentet, og sender sagen til en sagkyndig konsulent. Den sagkyndige konsulents opgave er at afgive en udtalelse om, hvorvidt sundhedspersonen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. I nogle tilfælde vil sekretariatet indhente en second opinion fra en anden sagkyndig konsulent, eller en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen eller Retslægerådet.

Herefter udarbejder sekretariatet et forslag til afgørelse, som – sammen med alle sagens øvrige dokumenter - sendes til klager og de(n) indklagede sundhedsperson(er) med anmodning om eventuelle bemærkninger. Når disse er modtaget, færdiggøres et udkast til afgørelse, hvorefter sagen er klar til at blive forelagt for nævnet eller formandskabet. Knap halvdelen af afgørelserne træffes af formandskabet.

Patientklagenævnets afgørelser er administrativt endelige, idet der ikke er nogen ankeinstans. Der er dog mulighed for at klage til Folketingets Ombudsmand over sagsbehandlingen og nævnets afgørelser kan prøves fuldt ud ved domstolene. Patientklagenævnet kan i visse tilfælde genoptage behandlingen af en afgjort sag.

Patientens rolle i sagsbehandlingen er først og fremmest den, at patienten ved sin klage starter en klagesagsbehandling. Patientklagenævnet er ikke en tilsynsmyndighed, og nævnet kan derfor ikke tage sager op af egen drift. Patienten har også rådighed over, hvad Patientklagenævnet undersøger, fordi patientens klage danner rammen for Patientklagenævnets undersøgelser. Patientklagenævnet kan ikke undersøge en sundhedspersons behandling, hvis patienten ikke ønsker det. Det forekommer ikke så sjældent, at en patient i sin klage giver udtryk for, at hun ikke ønsker f.eks. at sygeplejerskernes rolle i behandlingen undersøges. Patienten bidrager endelig til sa-

gens oplysning ved sin klage og ved efterfølgende kommentarer til sekretariatets forslag til afgørelse og de øvrige relevante dokumenter i sagen.

Sagsbehandlingstiden har været stigende i en årrække. Ved udgangen af 2007 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 15,9 måneder. Stigningen i sagsbehandlingstiden skyldes, at antallet af nye klager gennem årene er øget kraftigt uden samtidig øgning i nævnets bevilling. I dag finansieres nævnets virksomhed imidlertid hovedsagelig ved takstbetaling fra regionerne og kommunerne, og nævnets indtægter varierer derfor i takt med udviklingen i antallet af klager. Da der endvidere i 2007 er afsat en særskilt bevilling til ekspedition af et større antal gamle sager, er der nu skabt grundlag for en reduktion i sagsbehandlingstiden i de nærmest kommende år.

Statistik

Udvikling 2000 -2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ²⁷	Ændring 2000- 2007 i %
Nye sager	2.610	2.698	2.949	2.850	3.105	3.312	3.381	3.996	53,1
Antagne sager	2.145	2.233	2.357	2.273	2.398	2.638	2.783	3.295	53,6
Afgørelser	1.737	2.057	2.303	2.219	1.751	1.874	2.305	2.387	37,4
Verserende sa- ger ultimo året	1.296	1.448	1.477	1.527	2.177	2.934	3.372	4.146	219,9
Gns. sagsbe- hand- lingstid i mdr.	6,3	8,2	8,0	8,2	9,7	12,0	13,8	15,9	152,3
Kritikprocent	19,6	21,8	23,0	22,6	22,3	26,6	25,7	-	-

²⁷ Foreløbige tal

Introduktion til Patientforsikringen

Af Karen-Inger Bast, direktør for Patientforsikringen

Patientforsikringen, baggrund og organisation

Den 1. juli 1992 fik Danmark sin første lov om patientforsikring, og lovgrundlaget har stort set været det samme i de forløbne snart 16 år. Loven hedder fra 1. januar 2007 lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Ideen med patientforsikringsordningen er primært at skabe et erstatningsmæssigt sikkerhedsnet under de offentligt skattefinansierede behandlingssystemer som et supplement til de sociale sikringsordninger. Ordningen administreres i Danmark af Patientforsikringen, og ordningen sikrer en nem adgang for patienten til at anmelde en patientskade, få sagen oplyst og afgjort, uden at patienten skal henvende sig til en advokat eller skal anlægge sag ved domstolene, og uden at der i øvrigt er omkostninger for patienten. Samtidig er systemet billigt for det offentlige, idet der kan behandles ca. 8 sager i Patientforsikringssystemet for det beløb, det ville koste at behandle 1 sag ved domstolene.

Samtidig med vedtagelsen af loven i 1992 blev Patientforsikringsforeningen oprettet. Som navnet siger, var Patientforsikringsforeningen en sammenlutning af de forsikringsselskaber, der forsikrede de daværende amter og kommuner, i det omfang disse ikke var selvforsikrende.

Fra 1. januar 2007 er det de 5 regioner, der har det samlede økonomiske ansvar for patientskader, dog ikke for lægemiddelskader, som finansieres af staten.

Da alle regioner er selvforsikrende, er der for skader opstået efter 1. januar 2007 ikke længere indblandet forsikringsselskaber.

Patientforsikringsforeningen har i daglig tale længe heddet Patientforsikringen. Men Patientforsikringen er altså trods navnet ikke et forsikringsselskab, men en i princippet privat forening eller organisation, der tager modtager, oplyser og afgør patienters erstatningskrav i anledning af skader i forbindelse med behandling.

Der er altså ikke tale om, at Patientforsikringen har en kapital eller skal sikre udbytte til aktionærer. Patientforsikringen har naturligvis et administrationsbudget, men ikke noget erstatningsbudget. Når Patientforsikringen beslutter, at der skal udbetales erstatning til en patient, sendes afgørelsen til den pågældende region med anmodning om udbetaling af beløbet. For så vidt angår lægemiddelskader, sendes anmodningen til Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Patientforsikringen har i dag ca. 85 medarbejdere, hvoraf ca. 50 er jurister. Patientforsikringen har konsulentaftaler med ca. 30 af Danmarks dygtigste speciallæger, som afgiver udtalelse til brug for Patientforsikringens afgørelse af sagerne.

Patientforsikringen ledes af en bestyrelse på 7 medlemmer, bestående af 6 regionsrådsmedlemmer og et medlem udpeget af Ministeriet for sundhed og forebyggelse: Formand Poul-Erik Svendsen (fungerende formand i Region

Syddanmark), næstformand Hjørdis Høegh-Andersen (medlem af regionsrådet i Region Sjælland), Nina Berrig (medlem af Region Hovedstaden), Per Seerup Knudsen (medlem af Region Hovedstaden), Poul Müller (medlem af regionsrådet i Region Midtjylland), Ernst Greve (medlem af regionsrådet i Region Midtjylland) og kontorchef Mogens Jørgensen (Ministeriet for sundhed og forebyggelse).

Patientforsikringen i international sammenhæng

Patientforsikringsordningen findes i de 5 nordiske lande, Sverige, Norge, Finland, Island og Danmark, og New Zealand har også en tilsvarende ordning. Det startede i Sverige som en frivillig ordning, men Danmark var det første land, der fik en egentlig lov på området.

De nordiske erstatningsordninger for behandlingsskader betragtes både i juridiske og sundhedsfaglige kredse som de bedste og mest patientvenlige i verden. Lignende ordninger efterspørges af andre landes sundhedssystemer. Derfor har både Ministeriet for sundhed og forebyggelse og Patientforsikringen gennem tiden haft besøgende fra andre lande, der ønsker at høre mere om ordningen, og Patientforsikringens medarbejdere anvendes ofte som foredragsholdere i internationale sammenhænge.

Anmeldte skader, medholdsprocenter og udbetalte erstatningsbeløb

Antallet af anmeldelser er steget voldsomt siden 1992-1993. I 1993 blev der anmeldt 840 skader og udbetalt ca. 5 millioner kr. I 2007 blev der anmeldt 5.850 skader og udbetalt ca. 382 mio. kr. i erstatning. Når dertil lægges rentebeløb, nærmer de samlede udbetalinger sig en lille ½ mia.

Medholdsprocenten har i de seneste år ligget omkring 30 - 35 procent. Medholdsprocenten er svagt faldende. Baggrunden herfor er, at patientforsikringsordningen i 2004 blev udvidet til også at omfatte skader i forbindelse med behandling i primærsektoren, det vil sige privatpraktiserende læger og speciallæger, fodterapeuter, kiropraktorer, fysioterapeuter m.fl. Der gives erfaringsmæssigt færre medhold i disse sager, da der i primærsektoren normalt ikke udføres de komplicerede operationer eller indgreb, som indebærer en stor risiko for skader.

Baggrunden er formentlig også, at sundhedspersonale og patienter i stigende omfang er blevet opmærksom på ordningen, og der anmeldes derfor et stigende antal skader, som ikke er dækningsberettigede.

Regionerne finansierer som nævnt erstatningerne. Regionernes erstatningsansvar omfatter ikke kun den behandling, der foretages på regionens egne offentlige sygehuse, og som regionen har bestemmende indflydelse på. Regionen er også erstatningsansvarlig for skader, der opstår i forbindelse med behandling på private sygehuse og hos privatpraktiserende læger i regionen, hvis handlinger regionen i princippet ikke har indflydelse på.

Erstatningsordningen omfatter også erstatning for lægemiddelskader. Udgifterne hertil finansieres af staten.

Adskillelse af klagesystemet og erstatningssystemet

Patientforsikringen tager ved afgørelse af en sag alene stilling til, om der er sket en patientskade, der falder inden for lovens dækningsområde, og hvor stor erstatningen i givet fald skal være.

Patientforsikringen tager ikke stilling til, om den enkelte læge m.fl. (andre sundhedspersoner) har begået en fejl.

I Patientforsikringens terminologi opereres med sygehuset eller behandlingsstedet som "skadevolder".

Erstatningsansvaret er således ikke betinget af, at lægen har handlet ansvarspådragende efter de almindelige regler, der forudsætter en grad af skyld/uagtsomhed (culpareglen).

Efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 23 har enhver autoriseret sundhedsperson, der bliver bekendt med en skade, som må antages at kunne give ret til erstatning, pligt til at informere patienten herom og bistå med anmeldelse af skaden til Patientforsikringen. I praksis foretages skønsmæssigt op mod 15 % af anmeldelserne af sygehuset/behandlingsstedet.

Det er en afgørende forudsætning for patientforsikringsordningen, at lægen m.fl. ved at anmelde en skade ikke samtidig udsætter sig selv for en klagesag/disciplinærsag. Hvis lægen m.fl. kunne risikere en sådan sag, måtte det forudses, at lægerne m.fl. ville være tilbageholdende med at anmelde skaderne. Det er derfor Patientforsikringens faste praksis, at der er vandtætte skotter mellem Patientklagenævnet og Patientforsikringen, og Patientforsikringen henviser altid patienten til selv at klage over lægen m.fl., hvis patienten ønsker dette.

Hovedreglerne for tilkendelse af erstatning, krav til årsagssammenhæng og specialistreglen

Med lov om klage- og erstatning inden for sundhedsvæsenet har patienten lettere ved at opnå erstatning end efter de almindelige erstatningsregler (culpareglen):

Efter de *almindelige erstatningsregler* skal skadelidte bevise, at en given handling er årsag til skaden, altså bevise at der foreligger årsagssammenhæng. Domstolene stiller i praksis ganske store krav til beviset for denne årsagssammenhæng.

Efter *lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet* er det tilstrækkeligt, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af behandlingen og ikke af patientens grundsygdom. Dette betyder i praksis, at enhver lille sandsynlighedsovervægt er tilstrækkelig, det vil sige en smule over 50 %.

Efter de *almindelige erstatningsregler* vil domstolene sammenligne skadevolders adfærd med en almindelig omhyggelig (fag)persons adfærd. Kun hvis denne almindelige omhyggelige person ville have handlet anderledes, er skadevolder erstatningspligtig.

Efter *lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet* foretages ikke en vurdering af, hvordan den almindelige omhyggelige læge ville have foretaget behandlingen, men i stedet foretages en vurdering af, hvordan den erfarne specialist ville have handlet. Hvis lægen m.v. ikke har handlet i overensstemmelse med denne specialiststandard, vil der foreligge et erstatningsansvar.

En væsentlig begrænsning i den lovmæssige dækning følger imidlertid også det ovennævnte krav til årsagssammenhæng. Det er således kun skader, der er en følge af undersøgelse, behandling og lignende, samt ulykkestilfælde der indtræder i tilslutning til behandlingsforløbet, der er omfattet af loven. Heroverfor står skader, der er en følge af patientens grundsygdom eller oprindelige tilskadekomst.

Afgrænsningen betyder i praksis, at f.eks. infektioner i åbne brud ikke dækkes efter loven, da sådanne infektioner ikke med overvejende sandsynlighed er behandlingspåførte. Tilsvarende vil patienter, der f.eks. dør som følge af et dårligt hjerte under et sygehusophold, uden at dette har forbindelse til sygehusbehandlingen, falde uden for lovens dækningsområde.

I loven sondres mellem skader, der kunne være undgået på den ene side, og de uundgåelige eller hændelige skader, som ikke kan forebygges på den anden side.

Mens de undgåelige skader til en vis grad ligner skader, der omfattes af almindelige ansvarsregler, så er dækningen af uundgåelige skader et absolut særkende ved de nordiske patientforsikringsordninger. Erstatningsbetingelserne vurderes i rækkefølge. Er blot en af betingelserne opfyldt, vil patienten være berettiget til erstatning for den indtrådte skade. Erstatningsbeløbsmæssigt har det ingen betydning, hvilken bestemmelse sagen anerkendes efter.

De undgåelige skader

"Specialistreglen" (§ 20, stk. 1, nr. 1)

Hvis det må antages, at skaden med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået, hvis den erfarne specialist ville have handlet anderledes, er patienten berettiget til erstatning.

"Apparaturreglen" (§ 20, stk. 1, nr. 2)

Bestemmelsen giver patienten ret til erstatning for de skader, der er en følge af fejl eller svigt i det tekniske apparatur, der anvendes i behandlingsforløbet.

"Alternativreglen" (§ 20, stk. 1, nr. 3)

Den sidste mulighed for at få dækket en uundgåelig skade er, hvis denne ud fra en retrospektiv vurdering ville være undgået, såfremt der var benyttet en anden ligeværdig behandlingsteknik eller metode.

For at skader kan anerkendes efter alternativreglen, er det en betingelse, at den ligeværdige alternative behandlingsmetode eller teknik fandtes på behandlingstidspunktet.

Bestemmelsens krav om, at en alternativ ligeværdig behandlingsmetode eller teknik også på behandlingstidspunktet skal anses for ligeværdig, begrænser dens anvendelsesområde i et sådant omfang, at den kun anvendes i Patientforsikringens afgørelser ganske få gange om året.

Uundgåelige skader

"Tålereglen" (PFL § 20, stk. 1, nr. 4).

Tålereglen fungerer som en slags opsamlingsbestemmelse i patientforsikringssystemet.

Reglen finder anvendelse for behandlingsskader, der ikke kunne være undgået ud fra bestemmelserne i PFL § 20, stk. 1, nr. 1-3, altså ikke kunne være undgået ved en bedre behandling, ved anvendelse af fejlfrit apparatur eller ved anvendelse af en anden ligeværdig behandlingsteknik eller behandlingsmetode.

Den centrale betingelse for at der kan ydes erstatning efter bestemmelsen er, at skadens omfang går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle. En skade skal både være relativ alvorlig og sjælden - i praksis under 2 % - for at dens indtræden berettiger patienten til erstatning.

Jo større behov patienten har for behandlingen, jo mere omfattende og risikofuld den nødvendige behandling er, og jo dårligere prognose der er for et godt behandlingsresultat efter en ukompliceret behandling, desto større behandlingsskader skal patienten tåle uden erstatning.

Ankesystemet

Patientforsikringens afgørelser kan inden 3 måneder ankes til Patientskadeankenævnet. Patientskadeankenævnet er en offentlig ankeinstans, hvis formand er dommer. Nævnets øvrige medlemmer består af læger, forbrugerrepræsentanter og repræsentanter for regionerne m.v.

Patientskadeankenævnets afgørelser kan inden 6 måneder indbringes for byretten.

Patientskadeankenævnet tiltræder i ca. 83 % af sagerne Patientforsikringens afgørelser.

Domstolene følger i ca. 85 % Patientskadeankenævnets afgørelser. Dette svarer til, at ca. 5 patienter får medhold ved domstolene om året.

Lægemiddelskader kan efter tilsvarende regler ankes til Lægemiddelskadeankenævnet, hvis sammensætning i store træk svarer til Patientskadeankenævnets.

Ankebehandlingen i de to administrative ankenævn er ligeledes gratis for patienten.

Sagsbehandlingstider og ressourcer

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for afgørelsen af, om en patient er berettiget til erstatning, var i 2007 250 dage. Patientforsikringen arbejder intensivt med at få sagsbehandlingstiden ned på ca. 200 dage. Patientforsikringens bestyrelse har været imødekommende over for administrationens ønsker om tilførsel af yderligere ressourcer, senest i februar 2008.

Patientvejledning og patientkontorer

Af Annie E. Olesen, vicekontorchef, Patientdialogkontoret i Region Nordjylland

Indledning

I det følgende vil jeg beskrive baggrunden for de regionale patientkontorers oprettelse, deres organisation, funktion, og herunder lidt statistik som kan belyse hvor mange der er i kontakt med patientkontorerne og hvorfor. Jeg vil gøre rede for hvordan regionerne har sikret uafhængighed i rådgivningen og beskrive hvor patientkontorerne har en særlig vigtig rolle at spille. Desuden vil jeg komme ind på patientkontorernes rolle i forbindelse med generel udbredelse af kendskab til patientrettigheder, såvel i forhold til patienter og pårørende som til sundhedspersonale og til borgerne generelt.

Mit udgangspunkt vil naturligt nok være erfaringer fra Region Nordjylland, men af det fællesskab der er mellem patientkontorerne og ved gennemsyn af årsberetningerne fra amterne/regionerne fremgår det at der er meget stor lighed i de problemområder patientkontorerne i hele landet stilles overfor.

Historie og baggrund

I 1994 besluttede Nordjyllands Amtsråd at etablere en ”**patientombudsmandsfunktion**”. Hensigten var at markere og synliggøre den amtslige forvaltnings vejledningsfunktion, og at sikre overholdelse af borgernes rettigheder på sundhedsområdet. Desuden skulle funktionen tjene som en måde at inddrage brugeraspekter i sundhedsvæsenet på, idet henvendelserne fra patienterne skulle bruges som en tilbagemelding til sundhedssystemet men henblik på at forbedre servicen, - det som vi i dag betegner som læring.

Indholdet i dette initiativ samt senere initiativer i andre amter dannede grundlag for at der i økonomiaftalen for 1997 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen blev indført følgende: ”Parterne er enige om at der i alle amter bør oprettes patientvejlederfunktioner, som har til opgave at vejlede om ventetider, frit valg, klagespørgsmål m.v.”

Siden 1. januar 1998 har der således fungeret patientvejledningsordninger i alle amter. Alle steder blev betegnelsen **Patientvejledning**, og de ansatte betegnedes som patientvejledere.

I 2003 blev der i økonomiaftalen mellem amterne og regeringen indgået aftale om at der i amtskommunerne skulle oprettes **patientkontorer** hvortil klager over alle forhold der vedrører patienters rettigheder og problemer inden for sundhedsvæsenet kan indgives, samtidig med at vejledning og bistand kan gives til patienterne.

Regeringen ønskede patientkontorernes opgaver nærmere præciseret og lovreguleret, så de fremstod som et klart tilbud til styrkelse af patienternes rettigheder. Med udgangspunkt i patientvejledningsordningerne blev der således første gang lovgivet (ændring i Lov om Sundhedsvæsenets Centralstyrelse) om funktionen i 2003, hvor amtsrådene samt Hovedstadens Sygehusfællesskab i samarbejde med kommunalbestyrelserne for Københavns og Frederiksberg Kommuner pålagdes at oprette et eller flere **patientkontorer**. I forbindelse med strukturreformen blev reglerne om patientkontorerne med virkning fra 2007 videreført (i Sundhedsloven) - uden indholdsmæssige ændringer - som en opgave for Regionsrådene.

Patientkontorenes opgaver er at informere, vejlede og rådgive patienter om patienters rettigheder, herunder reglerne om adgang til patientbehandling, frit sygehusvalg, ventetider m.v. samt om reglerne for klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Patientkontorerne skal samtidig kunne modtage alle klager og henvendelser på sundhedsområdet og bistå patienter om fornødent med at udfærdige og fremsende henvendelser til rette myndighed. Det er endvidere et lovfæstet krav at patientkontorerne skal udarbejde en årsberetning – som også patientvejledningsordningerne hidtil havde gjort. Årsberetningerne skal tjene til at beskrive hvilke problemer patienterne har, samt hvordan de kan løses på en hensigtsmæssig måde. (Desuden skulle årsberetningerne indgå i den evaluering der skulle finde sted 3 år efter kontorenes oprettelse)

Uafhængighed

I forarbejderne til loven er lagt vægt på at Patientkontorerne skal være **uafhængige**, men ikke udgøre en særlig forvaltningsretlig enhed inden for den amtskommunale administration. Det er en forpligtelse for Regionsrådene at sikre denne uafhængighed. Derfor indgår der i stillingsbeskrivelserne for **patientvejledere**, som er betegnelsen for personalet som er tilknyttet patientkontorerne i hele landet en bestemmelse herom, som i Nordjyllands Amt og senere Region Nordjylland har følgende ordlyd:

I vejledningen af patienter tager de ansatte i Patientkontoret alene udgangspunkt i den pågældende patients situation og den på området gældende lovgivning.

Det betyder i praksis at de ansatte ikke må tage hensyn til regionernes evt. ønsker om – f.eks. af økonomiske årsager - at begrænse borgernes benyttelse af frit valg over amts/regionsgrænserne eller om at begrænse det udvidede frie valg til private og udenlandske sygehuse – ligesom de ikke i øvrigt må varetage regionens, sygehusenes eller afdelingernes interesser i forbindelse med vejledning og rådgivning af den enkelte patient.

I forarbejderne til loven anføres at patientkontorerne – for at understrege uafhængigheden af driftsenhederne på sundhedsområdet – organisatorisk bør være tilknyttet den centrale (amts-) administration, hvilket også er tilfældet i alle regioner.

(Det sker i enkelte tilfælde at patienter der henvender sig indledningsvist spørger om de nu kan være sikre på at vi ikke sidder og rådgiver ud fra "systemets" interesser og dermed forsøger at dække over eller bortforklare mangler og uhensigtsmæssigheder i deres forløb. Vi forklarer vores forpligtelser efter vores stillingsbeskrivelse og efter at vi har været inde i de konkrete sager møder vi ikke kritik som handler om partiskhed i forhold til rådgivningen.)

Det er vigtigt at slå fast at Patientkontorerne og de initiativer der førte op til dannelsen af dem ikke på noget tidspunkt har været tænkt som -og heller **ikke fungerer som klageinstanser**, men har som overordnet formål at hjælpe patienter igennem problemer de måtte have med deres kontakt med sundhedsvæsenet, oplyse dem og personalet om patienters rettigheder, påpege uhensigtsmæssige forhold og dermed være en del af arbejdet i regionerne med at sikre kvalitet, såvel for den enkelte som generelt fremadrettet.

Organisering

Patientkontorerne er organisatorisk placeret i forskellige kontorer i de enkelte regioner. Således er patientkontorerne i regionerne Midtjylland og Sjæl-

land tilknyttet regionernes kvalitetsafdelinger, mens de i de øvrige regioner er tilknyttet ledelsessekretariatet i regionen.

Selv om de ansatte på patientkontorerne ansættelsesmæssigt alle er knyttet til regionernes centrale forvaltning, er der ikke tale om en ensartet fysisk placering af patientkontorerne ansatte. I hovedstadsregionen er patientvejledere placeret på alle sygehuse og i den centrale forvaltning. I de øvrige regioner er de placeret i Regionshusene, nogle steder med "udedage" på sygehuse.

Alle patientkontorer/vejledere har en fast telefontid med et direkte nummer og langt de fleste henvendelser sker telefonisk, over 90 % - også de steder hvor patientvejlederne er placeret på sygehuse. Patientkontorerne modtager også skriftlige henvendelser, herunder pr. mail, og et mindre antal henvender sig personligt.

De fleste patientvejledere har foruden patientkontoropgaverne også andre opgaver i regionen, og det varierer fra region til region hvilke der er tale om. Det kan f.eks. være visitationsopgaver eller forberedelse af klagesager til regionen.

Patientkontorerne opgaver i praksis - hvad er patientvejlederens rolle

Ifølge den statistik der er gjort op for 2007 - og for enkelte regioners vedkommende fremskrivning af kvartalsopgørelser - var **antallet af henvendelserne til patientkontorerne sidste år på ca. 60.000!** Der er en tydelig sammenhæng mellem regionernes størrelse og antallet af henvendelser til den enkelte region. Henvendelserne fra patienter udgør 80-90%, mens henvendelser fra pårørende udgør et sted mellem 10 og 20%. Langt den overvejende del af henvendelserne vedrører sygehuse, og kun en mindre del praktiserende læger og speciallæger.

De fleste henvendelser drejer sig om **ventetider, og mulighed for frit valg** til andre offentlige sygehuse og udvidet frit valg til private og udenlandske sygehuse. Patientkontorerne vejleder om hvilke sygehuse der evt. kan blive tale om at benytte, ventetider der og andre forhold, herunder befordring, og om betingelserne for at have retten til udvidet frit valg. Det kræver ofte kontakt til den afdeling som patienten oprindeligt er henvist til for at være helt sikker på at man ikke kommer til at rådgive om steder som slet ikke er relevante for netop denne patient på grund af f.eks. andre komplicerende lidelser end det patienten i første omgang har oplyst til patientvejlederen. Det er også vigtigt at sikre sig at et evt. ønsket privat hospital har aftale med Danske Regioner om at måtte udføre den konkrete behandling som udvidet frit valg.

For at disse henvendelser kan behandles hurtigt og så korrekt som muligt er det afgørende at patientvejlederne har et netværk af nøglepersoner på de mest spurgte afdelinger, som de hurtigt kan komme i kontakt med og som har kendskab til patientkontorerne arbejde og arbejdsform. Hvis patienten på baggrund af rådgivningen ønsker sig omvisiteret til et andet behandlingssted er det i de fleste regioner afdelingen eller en særlig visitationsafdeling og ikke patientvejlederen som foretager denne praktiske del.

En del af henvendelserne om frit valg handler om at patienterne ønsker et overblik over reglerne generelt hvorefter de selv evt. henvender sig til afdelingen for at blive omvisiteret.

Er der problemer med ventetid på et område afspejler det sig hurtigt i henvendelserne til patientkontoret. Når det sker **melder patientkontoret tilbage**

til regionen om problemerne, og er dermed med til at sætte pres på at problemerne løses.

Også i andre tilfælde ønsker patienter eller pårørende, sundhedspersoner, herunder praktiserende læger – og i enkelte tilfælde også kommuner **nærmere oplysninger om patientrettigheder** på konkrete områder, og hvad patientvejlederne ikke på forhånd ved, det finder de ud af! Der kan være tale om ret til behandling i udlandet ud over de udvidede frit valgs regler, herunder de særlige EU- regler, eksperimentel behandling osv., om aktindsigt, om genoptræning, hjælpemidler, forståelse af de nye regler om kunstig befrugtning og meget mere. Sundhedsområdet er så komplekst at der til stadighed dukker spørgsmål op, som næppe nogen havde forudset kunne opstå.

Patientkontorerne har en vigtig rolle i at bidrage til at der sker **afklaring af eventuelle misforståelser** i forbindelse med patientbehandlingen og en del henvendelser handler om kommunikationssvigt. I disse situationer tager patientvejlederen fat i den relevante sundhedsperson og problemerne løses næsten altid. Det kan f.eks ske ved at der arrangeres et møde mellem patienten og den relevante sundhedsperson. I nogle regioner går patientvejlederne ind som bisiddere ved sådanne samtaler, hvis patienten ønsker det.

En af patientkontorerne vigtige opgaver er at give **vejledning om klage og erstatningsmuligheder**. Patientvejlederne er i den forbindelse også behjælpelige med at udforme klager og erstatningsanmeldelser. En henvendelse som starter som en anmodning om hjælp til at klage viser sig ofte undervejs, når patienten har forklaret tilfældet, at kunne give anledning til at patientvejlederen hjælper med at problemet løses, fordi der måske er tale om en kommunikationsbrist, og patienten derefter ikke finder anledning til at klage.

Patientkontorerne har også en **"postkassefunktion"**, forstået således at alle klager og henvendelser vedrørende patientrettigheder, herunder erstatning kan modtages her, og fremsendes til rette myndighed, f.eks. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller Patientforsikringen. Erfaringen viser at det er et forsvindende lille antal som vælger at sende udfyldt klageskema til Patientklagenævnet eller erstatningsanmodning igennem Patientkontorerne. Det sker næsten udelukkende i de sager, hvor patienterne specifikt på forhånd har anmodet om bistand ved udformningen. I de få tilfælde hvor der modtages et udfyldt klageskema til videresendelse ser patientvejlederen klagen igennem og hvis det er klart at der mangler væsentlige oplysninger eller patienten har forudsat at klagen skal sendes til en forkert myndighed, kontaktes patienten med tilbud om rådgivning.

Det bemærkes at antallet af sager som starter som klagesager men som løses ved patientvejledernes mellemkomst ikke er specifikt registreret.

Patientkontorerne har ikke viden om hvor mange der efter kontakt med patientkontoret indsender klage eller erstatningsanmodninger.

Udbredelse af viden om patienternes rettigheder.

1. Patienter

Foruden ved den direkte kontakt til patientvejlederne kan patienter og pårørende finde oplysning på **regionernes hjemmesider** og sundhed.dk og der udarbejdes **pjecer**, såvel af de centrale myndigheder som af regionernes patientkontorer, som forefindes hos praktiserende læger og på sygehusafdelinger.

Patientkontorerne er ligeledes til rådighed for at sikre at det **standardmateriale** som udsendes til patienter i forbindelse med kvitteringsskrivelser og

indkaldelser er i overensstemmelse med lovgivningen. Det drejer sig først og fremmest om oplysninger om frit valg og befordring.

2. Sundhedspersonale

Det er en udfordring for regionerne at sørge for at alt relevant sundhedspersonale er tilstrækkeligt informeret om patientrettigheder – især i de senere år, hvor der til stadighed kommer nye regler til og hvor tvivlsspørgsmålene er mange. Regionerne- og det vil i praksis de fleste steder være patientkontorerne - **udsender løbende orientering om fortolkninger og nye lovgivnings-tiltag til driftsenhederne på sygehusområdet.**

Patientkontorenes rolle er desuden at være **bagland**, således at personalet kan spørge hvid de er i tvivl. Patientkontorerne arrangerer endvidere undervisning og patientvejlederne underviser på kurser - arrangeret af andre - i patientrettigheder. Det er hensigten at klæde personalet på så de mestrer de daglige situationer de kommer ud for, og ved hvor de skal gå hen eller henvise patienterne til at gå hen hvis der er tale om områder de ikke er fuldt inde i.

3. Borgere generelt

Foruden ved **hjemmesider og pjecer** arrangeres i regionerne **møder med patientforeninger** og andre grupperinger og i den forbindelse vil patientkontorets personale ofte blive inddraget til oplysning om patientrettigheder.

Forudsætninger for velfungerende patientkontorer/-vejledere

Det er afgørende for at funktionen kan fungere efter hensigten at der en **høj faglig standard**, og at patientvejlederne er i besiddelse af menneskelige egenskaber og modenhed (ikke nødvendigvis aldersbestemt) som gør dem i stand til at magte jobbet. Det betyder ikke i sig selv en akademisk uddannelse. I Nordjylland har det fungeret fint med et tværfagligt sammensat hold. Den faglige standard sikres ved jævnlig sparring med kollegaer, og ved formaliseret undervisning og seminarer. Arten af henvendelser kræver undertiden særlige forudsætninger for at håndtere vanskelige samtaler og også efteruddannelse på dette område foregår.

En anden vigtig forudsætning er at patientvejlederne har et **indgående kendskab til sundhedsvæsenets opbygning og organisation**, og en direkte kontaktmulighed til de afdelinger som problemerne relaterer sig til, og at de har bemyndigelse til med regionens ledelse i ryggen at tolke reglerne om patienters rettigheder –uafhængigt af evt. andre regionsinteresser. Det sikrer en hurtig afklaring og en løsning tættest muligt på stedet hvor problemet opstod.

Desuden er det afgørende at patientkontorerne er **synlige**, såvel i forhold til befolkningen som helhed som i forhold til de patienter/pårørende som har brug for hjælp. Det sker foruden ved oplysninger på regionernes hjemmesider også ved særlige pjecer, ved oplysning i personaleblade og ved andre publikationer fra regionen.

De fem patientkontorer har etableret et **Koordinationsforum**, med et medlem fra hver region. Dette forum arbejder bl.a. med etablering af efteruddannelse i form af temadage og seminarer, og har som formål bl.a. at synliggøre patientkontorenes funktion eksternt og internt.

Hvad er særligt vigtigt at holde fast i ved en generel ændring af klagesystemet?

Afslutningsvis vil jeg fremhæve nogle af de muligheder som patientkontorerne har og som ikke bør gå tabt i et nyt klagesystem:

-
- muligheden for at **løse problemer** i stedet for blot at sende dem videre
 - muligheden for at give **direkte tilbagemelding** til afdeling, sygehusledelse og region med henblik på læring
 - muligheden for at **politikere har et sted at videregive patient/pårørende -henvendelser til - med sikkerhed for en løsningsorienteret sagsbehandling.**
 - muligheden for patienter og pårørende at have **et sted hvor man uformelt kan henvende sig** og få afklaret tvivlsspørgsmål og hjælp til løsninger – uden at der laves en egentlig sag ud af det
 - muligheden for at patienter som har haft svært ved at trænge igennem med deres ønsker og behov får et **talerør** via patientvejlederen

Sundhedsstyrelsens tilsyn og arbejde med patientsikkerhed

Af Anne Mette Dons, kontorchef i Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsens tilsyn og arbejde med patientsikkerhed

Sundhedsstyrelsen er landets øverste sundhedsmyndighed, og har bl.a. til opgave at føre tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet. Herudover følger styrelsen sundhedsforholdene og holder sig orienteret om den faglige viden på sundhedsområdet. Sundhedsstyrelsen modtager rapporteringer fra regionsrådene om utilsigtede hændelser og huser det nationale register herfor. Sundhedsstyrelsen vejleder sundhedsvæsenet om patientsikkerhed på baggrund af de modtagne oplysninger. (Sundhedslovens §§ 213, 215 og 199).

Formål med Sundhedsstyrelsens tilsyn

Det overordnede formål med at føre tilsyn med sundhedspersoners virksomhed er at øge patienternes sikkerhed. Sundhedsstyrelsen arbejder på at:

- sikre at autoriserede sundhedspersoner udøver korrekt faglig adfærd
- sikre patienternes retsstilling i forbindelse med behandling
- minimere antallet af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet

Grundlaget for Sundhedsstyrelsens patientsikkerhedsarbejde

Sundhedsstyrelsen modtager fra mange forskellige sider informationer, der vedrører patientsikkerhed. Den information der indgår i patientsikkerhedsarbejdet kommer hovedsageligt fra styrelsens tilsynssager, afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og domstolene og rapporteringer til Dansk Patientsikkerhedsdatabase af utilsigtede hændelser, som nationalt samles i Sundhedsstyrelsen.

Tilsynssagerne rejses typisk på baggrund af et retslægeligt ligsyn, en dødsattest, eller en indberetning fra én eller flere sundhedspersoner, pårørende eller patienter om formodet kritisable sundhedsfaglige forhold. Desuden rejser Sundhedsstyrelsen af og til tilsynssager på baggrund af omtale i pressen. Hvis Sundhedsstyrelsen finder, at en sundhedsperson har overtrådt sundhedslovgivningen, sendes sagen til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn til afgørelse. Er der tale om grovere forsømmelse kan styrelsen sende sagen direkte til politiet.

Sundhedsstyrelsen modtager alle afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, domme vedr. sundhedspersoners virke og oplysninger fra Patientforsikringen. Sundhedsstyrelsen modtager desuden oplysninger om sundhedspersoners ordinationsmønster fra Lægemiddelstyrelsen, samt alle afgørelser fra de regionale tandlægenævne og Landstandlægenævnet.

Til brug for nærmere belysning af de patientsikkerhedsmæssige risikoområder som styrelsen finder, anvendes Sundhedsstyrelsens store mængde landsdækkende registre fx Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret og Fødselsregisteret.

Sundhedsstyrelsen har en tilsynsforpligtelse på plejehjem, hvor der foretages årlige tilsynsbesøg. Her gennemgås alle sundhedsfaglige aspekter af virksomheden. Tilsynet afrapporteres til kommunalbestyrelsen, som er an-

svarlig for at følge op på de problemer, der er påpeget under tilsynsbesøget. Sundhedsstyrelsen har ikke hjemmel til at påbyde ændringer, men bruger erfaringerne fra tilsynene i sin generelle tilsynsforpligtelse.

Gennem Dansk Patientsikkerheds Database modtager Sundhedsstyrelsen rapporter fra sygehusene om utilsigtede hændelser. I 2007 blev rapporteret ca. 19.000 utilsigtede hændelser. Sundhedsstyrelsen er ifølge lovgivningen forpligtet til at vejlede Sundhedsvæsenet på baggrund af de oplysninger, der bliver indrapporteret til databasen. Alle disse oplysninger indgår i det samlede patientsikkerhedsmæssige arbejde, der foregår i Sundhedsstyrelsen.

Hvordan indgår sagerne i patientsikkerhedsarbejdet?

Opfølgning i enkeltsager

Fremgår det af en sag, at der kan være tale om en organisatorisk fejl med stor risiko for at fejlen gentager sig, tager Sundhedsstyrelsen kontakt til sygehuset eller plejehjemmet og henstiller, at forholdene bliver bragt i orden. Det kan fx være ved en fejlmedicinering på et plejehjem, hvor medicingivningen er organiseret således, at der er stor risiko for at beboerne får forkert medicin. I de fleste tilfælde vil det være Sundhedsstyrelsens embedslægeinstitutioner, som vil varetage disse lokale initiativer.

Af de afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, som Sundhedsstyrelsen modtager, fremgår det ofte, at hændelsen, der gav anledning til kritik, kunne være udtryk for et organisatorisk svigt. I disse tilfælde retter styrelsen henvendelse til afdelingsledelsen eller den virksomhedsansvarlige læge og spørger, hvilke tiltag der er gjort for at forhindre fremtidige hændelser af lignende karakter og sikrer sig i dialog med sundhedspersonerne, at der er taget forholdsregler, således at lignende hændelser ikke gentager sig.

Opfølgning på generelle risikoområder

Når Sundhedsstyrelsen på baggrund af data fra Dansk Patientsikkerheds Database, tilsynssager, afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, registre eller andre kilder vurderer, at der er et generelt fagligt problem inden for bestemte områder af patientbehandlingen, udarbejdes vejledninger eller anbefalinger med henblik på at styrke patientsikkerheden.

Som eksempler herpå kan nævnes Sundhedsstyrelsens vejledning om epikriser (udskrivningsbreve) og vejledning om antipsykotika.

Vejledningen om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse beskriver, hvilke oplysninger en epikrise skal indeholde, for at den opfylder sit formål med at sikre, at alle lægefaglige relevante oplysninger vedrørende patientens indlæggelse bliver videregivet til de relevante sundhedspersoner med henblik på at sikre patientens videre behandlingsforløb. Som noget nyt er det i vejledningen præciseret, at hvis patienten fx i forbindelse med indlæggelse på et sygehus får ordineret ny medicin, skal det præciseres, hvem der fremover har tilsyn og ansvar med medicineringen, og hvornår denne evt. skal ophøre eller ændres. Formålet med denne præcisering er at sikre, at den udskrivende læge tager stilling til spørgsmålet og får givet den praktiserende læge besked om, hvem der har ansvaret, så man undgår misforståelser vedrørende medicineringen.

I Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler fremgår det bl.a., at behandling med disse lægemidler er en speciallægeopgave, der varetages af eller forgår i samarbejde med en speciallæge i psykiatri, at behandlingen med disse lægemidler kun bør ske på klar og entydig indikation, at udskrivning af disse lægemidler kun bør ske efter forudgående personlig

konsultation mellem læge og patient, at der bør tilstræbes så kort behandlingsperiode som muligt, at der behandles med så små doser som muligt, og at behandling med flere antipsykotiske lægemidler bør undgås.

Som et eksempel på en anbefaling, kan det nævnes at Sundhedsstyrelsen, på baggrund af flere hændelser i forbindelse med utilstrækkelig elektronisk overvågning af fostre hos fødende kvinder, udsendte en anbefaling om, at fødeafdelingerne burde sikre, at instrukserne vedrørende overvågningen var tilstrækkelige, og at der blev etableret regelmæssig undervisning af personalet i elektronisk overvågning.

Årlige Tilsynstemaer

Patientklagesagsafgørelserne og tilsynssagerne danner hvert år grundlag for et årligt landsdækkende tilsynsprojekt. Projektet har til formål at bidrage til forbedring af patientsikkerheden og at forebygge gentagelse af fejl. Temaerne for projekterne er blevet valgt ud fra de generelle problemstillinger, der har vist sig ved en systematiseret gennemgang af et års klage og tilsynssager. Blandt de sidste års temaer har fx været "God lægefaglig journalføring", "Lægers viden om lov om patienters retsstilling" og "Medicinhåndtering og anvendelse af fælles ordinationsark". Projekterne har således hvert år siden starten i 1999 sat fokus på et problemområde.

Sundhedsstyrelsens tilsyn med sundhedspersoner

Sundhedsstyrelsens tilsyn med sundhedspersoner kan inddeles i:

- 1) det faglige individtilsyn
- 2) egnethedstilsynet og
- 3) ordinationstilsynet

Det faglige individtilsyn retter sig mod de sundhedspersoner, som vil kunne udgøre en risiko for patientsikkerheden. De oplysninger, der indgår i tilsynet, er hovedsagelig kritiske afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og domme, afgørelser fra de amtslige (regionale) tandlægenævn og landstamlægenævnet. Herudover indgår også henvendelser fra andre landes tilsynsmyndigheder, fra borgere og omtale i pressen. Samspillet mellem ordinationstilsynet, egnethedstilsynet, og det faglige individtilsyn danner samlet en vurdering af en autoriseret sundhedspersons mulighed for at udøve sin virksomhed.

Egnethedstilsynet retter sig mod autoriserede sundhedspersoner, som er til fare for patienterne på grund af fysisk eller psykisk sygdom, herunder misbrug af rusmidler eller lignende. I disse tilfælde kan Sundhedsstyrelsen nedlægge arbejdsforbud, pålægge behandling eller ultimativt øjeblikkeligt fratage autorisationen. Sundhedsstyrelsen har ikke i henhold til offentlighedsloven mulighed for at oplyse, om styrelsen har oprettet en egnethedssag på en given sundhedsperson, idet disse sager alene indeholder oplysninger om enkeltpersoners private forhold.

Ordinationstilsynet retter sig mod lægers ordinationer af afhængighedsskabende og antipsykotiske lægemidler. Hvis Sundhedsstyrelsen finder, at en læge på uforsvarlig måde ordinerer disse lægemidler, kan styrelsen fratage sundhedspersonen ret til helt eller delvist at ordinere disse lægemidler.

Sundhedsstyrelsens sanktionsmuligheder

Siden januar 2006 har Sundhedsstyrelsen haft mulighed for at sætte en sundhedspersons faglige virke under **skærpet tilsyn**, såfremt Sundhedsstyrelsen har en begrundet mistanke om, at den pågældende sundhedspersons

virksomhedsudøvelse vil udgøre en forringet sikkerhed for patienter. Konsekvenserne af det skærpede tilsyn er, at den regionale embedslægeinstitution øjeblikkeligt fremsender eventuelle nye klager over sundhedspersonens faglige virke til den centrale enhed for tilsyn. Når en sundhedsperson sættes i skærpet tilsyn vil bl.a. hans navn samt begrundelse for det skærpede tilsyn fremgå af Sundhedsstyrelsens hjemmeside samt på www.sundhed.dk.

Siden 2002 har Sundhedsstyrelsen haft mulighed for både at give et fagligt påbud eller indstille til indskrænkning af autorisationen (virksomhedsindskrænkning), såfremt en sundhedsperson har udvist alvorlig eller gentagen kritisabel forsømmelighed ved udøvelsen af hvervet.

Et **fagligt påbud** er en konkret anvisning af, hvorledes en sundhedsperson skal forholde sig for at rette op på en konstateret kritisabel faglig virksomhed. Sundhedsstyrelsen kan kun udstede et fagligt påbud, hvis der foreligger kritik fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Amt/region tandlægenævne, landstandlægenævnet eller domstolene. Overtrædelse af et fagligt påbud er autorisationsfratagelsesgrund. Et påbud vil typiske vedrøre efteruddannelse, korrekt journalføring, korrekt information af patienterne eller efterlevelse af faglige normer.

En **virksomhedsindskrænkning** er en delvis autorisationsfratagelse, og sker ved domstolene. Virksomhedsindskrænkninger benyttes i de situationer, hvor en sundhedsperson har vist, at vedkommende ikke har magtet at rette op på sin kritisable, faglige adfærd. Det kan fx være, at en plastikkirurg ikke magter fedtsugninger.

Autorisationsfratagelse var indtil ændringen af centralstyrelsesloven i 2000 Sundhedsstyrelsens eneste sanktionsmulighed. Autorisationsfratagelser kan indledes, såfremt en sundhedsperson må antages at være til fare for patienterne på grund af udvist grov eller gentagen forsømmelighed ved udøvelsen af erhvervet, eller hvis sundhedspersonen har overtrådt et fagligt påbud.

I påtrængende tilfælde kan Sundhedsstyrelsen, jf. § 8, stk. 1 i autorisationsloven, midlertidigt fratage en sundhedsperson dennes autorisation - **midlertidig autorisationsfratagelse**. Dette kan ske, hvis vedkommendes fortsatte virksomhed skønnes at frembyde overhængende fare.

I 2007 fik Sundhedsstyrelsen ifølge autorisationsloven § 8, stk. 2. mulighed for at indskrænke en sundhedspersons faglige virke midlertidigt, såfremt der er begrundet mistanke om, at personen er til fare for patientsikkerheden på et eller flere faglige områder - **midlertidig virksomhedsindskrænkning**.

Hertil kommer, at Sundhedsstyrelsen har mulighed for helt eller delvist at indskrænke en læges ordinationsret.

Offentliggørelse af afgørelser

I henhold til lov om klage og erstatning inden for sundhedsvæsenet skal Sundhedsstyrelsen offentliggøre alle afgørelser om skærpet tilsyn, faglige påbud, indskrænkninger eller fratagelser af autorisation, samt indskrænkninger og fratagelse af ordinationsretten. Denne lov trådte i kraft i 2006. Sundhedsstyrelsen har derfor, i henhold til loven, offentliggjort sine afgørelser på både www.sundhed.dk og www.sst.dk. Alle offentliggørelser finder sted samme dag, som styrelsen træffer sin afgørelse. Sundhedsstyrelsen offentliggør sanktionen inden for 1 dag efter, der er truffet beslutning om at iværksætte denne. Alle autoriserede sundhedspersoner er omfattet af offentliggørelsesordningen.

Hvordan kontrolleres udenlandske lægers virke i Danmark, fx i tilfælde hvor der er kritik af sundhedspersonen i dennes hjemland

Tidligere krævede Sundhedsstyrelsen, at sundhedspersonen fremsendte et såkaldt Certificate of Good Standing. Men siden november 2005 anvendes et Certificate of Current Professional Status. Dette dokument udveksles mellem kompetente myndigheder, når en sundhedsperson søger om autorisation fra et andet land. Foruden data som navn, autorisations-ID og kvalifikationer, skal det også beskrives, om der er restriktioner i autorisationen i det land, sundhedspersonen kommer fra.

Sundhedsstyrelsen har i mange år haft en aftale med de øvrige nordiske lande. Denne aftale omfatter, at landene underretter hinanden, såfremt der sker ændringer i en autoriseret sundhedspersons autorisation eller ordinationsret. På baggrund af vedtagelse af lov om klage og erstatning inden for sundhedsvæsenet har Sundhedsstyrelsen siden 1. januar 2006 også udvekslet oplysninger om hvorvidt sundhedspersonen var i skærpet tilsyn eller havde et fagligt påbud.

I øjeblikket pågår et arbejde, der går ud på at etablere en fælles europæisk aftale, der præciserer, i hvilke situationer de kompetente myndigheder skal udveksle oplysninger, og hvilke oplysninger der skal udveksles.

Patientsikkerhed

Af Beth Lilja, sekretariatsleder, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Resumé:

Ni procent af alle patienter bliver udsat for fejl i forbindelse med hospital-sindlæggelser. Etableringen af et nationalt rapporteringssystem, hvor sundhedspersoner rapporterer fejl, har givet et overblik over risikoområder og skabt læring, der giver mulighed for at forebygge fejlene. Systemet støtter op om udviklingen af en patientsikkerhedskultur, hvor man tænker i sikkerhed og taler åbent om fejl. Et afgørende skridt på vej mod bedre patientsikkerhed bliver at inddrage patienterne i arbejdet. Sundhedsvæsenet har brug for patienternes viden fx ved at patienter rapporterer de fejl, de oplever, og via en åben dialog med personalet.

Utilsigtede hændelser

Selvom alle sundhedspersoner bestræber sig på at gøre deres arbejde så godt som muligt, så ved vi, at der sker fejl, i fagsprog kaldet utilsigtede hændelser. Fordi der, indtil for nogle få år siden, ikke har været tradition for systematisk at tænke i sikkerhed, har der heller ikke været opbygget systemer, der fanger de fejl der sker, før de når at gøre skade på patienten. Utilsigtede hændelser sker, når mange mennesker skal arbejde sammen om komplekse opgaver, og sikkerhed ikke er tænkt tilstrækkeligt ind i arbejdsgangene. En utilsigtet hændelse kan fx være en patient, der får noget forkert medicin, bliver forvekslet med en anden patient eller bliver opereret det forkerte sted på kroppen, fx venstre knæ i stedet for højre. Når man taler om at fremme patientsikkerheden, så handler det ikke om at placere skyld, men om at lære af de fejl der sker og opbygge systemer, der mindsker risikoen for, at fejlene sker igen.

Det nationale rapporteringssystem

En undersøgelse fra 2001²⁸ viste, at 9% af alle patienter, der udskrives fra et dansk sygehus har været udsat for en utilsigtet hændelse. Hver utilsigtet hændelse medførte i gennemsnit syv ekstra indlæggelsesdage. Undersøgelsen var stærkt medvirkende til udviklingen af det nationale rapporteringssystem for utilsigtede hændelser, der trådte i kraft i 2004. Rapporteringssystemet er blevet en overvældende succes, idet det bruges af sundhedspersoner, og det identificerer risikoområder så sikkerheden kan optimeres. Det er også med til at understøtte udviklingen af en kultur, hvor man åbent taler om de fejl der sker med henblik på at skabe læring. I 2007 blev der rapporteret i alt 23.521 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, det elektroniske rapporteringssystem for rapportering af utilsigtede hændelser²⁹. Rapporteringssystemet er opdelt i tre niveauer: det lokale, det regionale og det nationale. Særligt på lokalt og regionalt plan er rapporteringssystemet et værdifuldt instrument til at skabe forandring. De utilsigtede hændelser der sker på et hospital rapporteres via rapporteringssystemet til den lokale risikomanager. Hændelser af mindre alvorlig karakter løses ofte af afdelingen selv, mens mere alvorlige hændelser typisk vil igangsætte en grundig analyse, hvor hospitalets eller den regionale patientsikkerhedsenhed involveres. Undersøgelsen fastslår årsagerne til fejlen og opstiller en handlingsplan for, hvordan lignende fejl kan forebygges. Resultaterne af analysen sendes i

²⁸ Utilsigtede hændelser på danske sygehuse. Schiøler T, Lipczak H, Frølich A et al. DSI Institut for Sundhedsvæsen. September 2001

²⁹ www.dpsd.dk

anonymiseret form til den nationale del af rapporteringssystemet, der har ansvaret for at sikre vidensdeling og læring på nationalt plan, så eksempelvis hændelser der sker i den ene ende af landet kan undgås i den anden. At analysearbejdet er rodfæstet på det lokale niveau er oplagt, blandt andet fordi det er her viden er størst, om hvilke omstændigheder der førte til hændelsen. Men også fordi analysearbejdet medvirker til udviklingen af patientsikkerhedskulturen. En undersøgelse fra 2006 af patientsikkerhedskulturen i Region Hovedstaden³⁰ viser, at tre fjerdedele af de over 10.000 medarbejdere, der deltog i undersøgelsen, mener, at viden og rapporter om utilsigtede hændelser bruges til at forbedre patientsikkerheden.

Eksempel på læring: En patient vågner op under en operation uden at kunne give sig til kende.

Den efterfølgende analyse identificerer to årsager til hændelsen:

1. Infusionssættet er konstrueret så det er muligt kun at skrue infusionsslangen delvist fast. Droppet går fra hinanden, så bedøvelsen bliver forhindret i at løbe ind i patienten.
2. Der er pga. kikkertkirurgi mørkt på operationsstuen, og patienten er dækket med et varmetæppe. Derfor går der tid før defekten opdages.

Hændelsen fører til følgende ændringer:

1. Hospitalet indfører nye håndgreb for samling af infusionssæt og tjekker om infusionssæt og connections er skruet ordentligt sammen.
2. Anæstesipersonalet får bedre lysforhold, lyset skærmes af, så det ikke generer kirurgerne.
3. Patientens arm skal fremover ligge uden for varmetæppet, så droppet er synligt.

De hyppigst rapporterede hændelser er medicineringsfejl og patientfald. Herudover er der læring at hente fra en mangfoldighed af andre hændelsestyper. Som eksempel kan fremhæves hændelser forårsaget af problematiske forhold i de eksisterende fysiske rammer på mange danske hospitaler. Typisk er arbejds- og undersøgelses- og depotrum for få og for små, idet der i dag anvendes langt mere udstyr og avanceret teknologi end dengang, hospitalerne blev bygget. For personalet medfører de trange forhold støj, forstyrrelser og tvetydig logistik, hvilket er distraherende faktorer, der fører til forglemmelser og brist i kommunikation samt tid brugt på at lede efter ting. For patienterne betyder flersengsstuer især øget risiko for infektioner og fald (fx når en patient skal på toilettet om natten og ikke vil tænde lys af hensyn til de andre patienter på stuen). Hertil kommer, at manglende mulighed for fortrolig samtale mellem patient og behandler fører til brug af fænomenet "hint and hope"; det vil sige, at ord sagt bag et forhæng på en flersengsstue ofte er pakket ind og baseret på antydninger i håb om, at den underliggende mening bliver forstået. Herved kan der opstå misforståelser, der kan have alvorlige konsekvenser for diagnostik og den videre behandling af patienten. Netop nu er der som følge af regeringens udspil om, at mindst halvdelen af de eksisterende sygehusbygninger skal erstattes af nye og mere tidssvarende faciliteter en enestående mulighed for at optimere patientsikkerheden. I den forbindelse er der viden at hente fra en lang række hændelsesrapporter. Endelig kan nævnes, at nybyggeri eller renovering af gamle bygninger samtidig med patientbehandling kan kompromittere sikkerheden. Som eksempel kan nævnes en hændelse, hvor en elektriker ved en fejl borer hul til et højtryks-iltrør til en central operationsgang. Ved en anden hændelse svingede en byggekran materialer ind gennem vinduerne til et undersøgelsesrum.

³⁰ Medarbejdernes vurdering af patientsikkerhedskulturen 2006. Region Hovedstaden. 2007

Sammenfattende har vi i Danmark som følge af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser en enestående mulighed for at udtrage læring. Denne læring kan blandt andet bruges til at optimere de fysiske rammer i fremtidens sygehusbyggeri, men er også en oplagt mulighed for at arbejde systematisk med risikostyring, så utilsigtede hændelser forebygges.

Patientinddragelse

At sundhedspersoner rapporterer og analyserer de fejl, der sker, kan ikke stå alene. For at forbedre patientsikkerheden i det danske sundhedsvæsen er det nødvendigt, at alle arbejder sammen, og her spiller patienterne en vigtig rolle. Patienter der stiller spørgsmål og undrer sig, kan nemlig i mange tilfælde forhindre fejl, fx ved at patienten spørger personalet, hvis medicinen ser anderledes ud end plejer.

En undersøgelse foretaget på Rigshospitalet i 2006³¹ viser, at patienter opdager en lang række fejl, som personalet ikke er opmærksomme på. Det skyldes, at patienter ser andre ting end personalet, og de fejl patienterne opdager, bør inddrages i sikkerhedsarbejdet på lige fod med sundhedspersonalets rapporteringer. Med den kommende udvidelse af patientsikkerhedsordningen til også at give mulighed for, at patienter kan rapportere fejl i forbindelse med deres behandlingsforløb er vi nået et godt skridt videre.

At udvikle en patientsikkerhedskultur kræver en åben dialog mellem sundhedspersoner, og mellem sundhedspersoner og patienter. Men for at patienterne kan indgå i den dialog, skal de føle sig velkomne til at stille spørgsmål til sundhedspersonalet og dele deres bekymringer. Og personalet bør via dialogen gribe den mulighed der ligger for at få viden om fejl gennem patienten. Fx ved at spørge i forbindelse med en udskrivelse, om der er sket noget, der ikke burde være sket under indlæggelsen.

Hvis der sker fejl i forbindelse med et behandlingsforløb, bør patienter modtage en undskyldning samt en forsikring om, at personalet vil gøre alt for at forhindre at samme fejl sker for andre patienter. Dansk Selskab for Patientsikkerhed er netop ved at udarbejde anbefalinger på dette område.

For at skærpe opmærksomheden omkring, at samarbejde med patienter er et centralt element i sikkerhedsarbejdet, har Dansk Selskab for Patientsikkerhed dannet et netværk af patientambassadører, der enten selv har været ude for en alvorlig utilsigtet hændelse eller har oplevet det i rollen som pårørende. Patientambassadørerne har blandt andet udviklet en guide til sundhedsvæsenet om, hvordan patienter der har været udsat for en alvorlig utilsigtet hændelse bør mødes og behandles. Guiden anbefaler blandt andet, at personalet erkender, at der er sket en fejl, undskylder og tilbyder krisehjælp. Men også at personalet lytter til patientens oplevelse af hændelsen, og aktivt inddrager patienten i undersøgelsen af hvorfor hændelsen skete, fx ved at lade patienten kommentere undersøgelsens konklusioner og anbefalinger. Og sidst men ikke mindst, er det vigtigt at personalet forklarer patienten, hvad de vil gøre for at forebygge at det samme sker for en anden patient.

³¹ 2 sider af samme sag. Rigshospitalet 2006

Behov for ændringer: Patientklagesystemet

Af Stig Langvad, formand for Danske Handicaporganisationer

I dette notat vil vi forholde os til regeringens foreløbige forslag til reform af patientklagesystemet samt Lægeforeningens kommentarer hertil, herunder hvordan de skitserede ændringer lever op til DH's ønsker til et patient- og borgervenligt klagesystem. Notatet indeholder således ikke at alle DH's ønsker til det kommende patientklagesystem.

DH mener, at det nuværende patientklagesystem kan forbedres på flere punkter, idet det bl.a. skal være muligt at kunne

- klage over "systemet" og ikke kun over navngivne sundhedspersoner
- klage over handlinger udført af alle ansatte på sundhedsområdet regionalt og kommunalt, inkl. studerende og ikke-autoriseret personale
- få behandlet sin klagesag så hurtigt som fagligt muligt, under hensyntagen til nødvendig partshøring og oplysning af sagen
- uddrage læring og reelt skabe systemforandringer på baggrund af alle klagesager og indberetninger af hændelser mv.
- benytte én logisk indgang til klager over sundhedsvæsenet - uanset om det drejer sig om det regionale eller det kommunale sundhedsområde

Ovennævnte forslag om ændring af patientklagesystemet handler bl.a. om oprettelse af en slags regional patientombudsmandsinstitution, udvidet klageadgang, mere fokus på læring, etablering af et disciplinærnævn og mulighed for lokal afklaring af klager.

Oprettelse af fem regionale patientombudsmænd

DH er positive overfor etablering af én samlet indgang til patientklagesystemet og for forslaget om at placere opgaven i de regionale statsforvaltninger, der er uafhængige af myndighedsudøvere på sundhedsområdet, har regional forankring og allerede varetager andre klagesager på f.eks. det sociale område.

DH finder det dog yderst u hensigtsmæssigt at benytte ombudsmandsbegrebet, det risikerer at underminere Folketingets Ombudsmand, og kan give nogle borgere et forkert indtryk af klageorganet form og muligheder. Det er vores ønske, at der benyttes en anden betegnelse for klageorganet, f.eks. det tidligere foreslåede patientrettighedsnævn.

Det er afgørende, at det nye klagesystem både omfatter det regionale og det kommunale samt det offentlige og det private sundhedsområde.

For at sikre borgernes retssikkerhed og tilliden til systemet, skal der indgå et lægmandselement i form af patientrepræsentanter i afgørelse af alle klagesager i det nye patientklagesystem vedrørende behandling m.v.. DH mener i den forbindelse, at lægmandsrollen skal udfyldes af patientrepræsentanter med en langvarig og/eller varig/kronisk tilknytning til sundhedsområdet regionalt og/eller kommunalt, og at disse skal tilbydes forskellige former for undervisning i, hvad lægmandsrollen indebærer.

Udvidet klageadgang

Der foreslås en udvidelse af klagesystemet, så patienterne fremover kan klage over patientrettigheder, behandling, som skyldes "personlige fejl" og/eller "systemfejl", hvilket DH er yderst positive overfor.

Det er vigtigt, at den udvidede klageadgang reelt medfører, at patienter kan få vurderet, hvorvidt deres behandlingsforløb levede op til standarden på det danske sundhedsområde – uanset hvor årsagen til fejlen end er placeret. Det er vigtigt, at der gøres op med tidligere tiders opfattelse af, at det vigtigste er at kunne placere et ansvar hos en person. Det vigtigste er at forebygge fremtidige fejl. Det kræver et system, som pålægger myndighederne på sundhedsområdet at følge op i forhold til trufne afgørelser.

Systematisk læring pba. alle klagesager

DH er positive overfor det øgede fokus på systematisk opfølgning og læring i regeringens forslag. Læring skal indgå som en integreret del af det nye patientklagesystem og tænkes sammen med det øvrige patientsikkerhedsarbejde. Alle klager skal således registreres, så informationerne kan systematiseres og bruges til løbende forbedring på sundhedsområde.

For DH er det helt afgørende, at der følges op på alle indberetninger vedrørende klager m.v. (afgjort centralt eller decentralt) og andre indberettede hændelser. Systemet skal lære af sine fejl og forebygge, de sker igen.

For DH er det vigtigt, at f.eks. Sundhedsstyrelsen får tilstrækkelig autoritet til at kunne følge op på klagerne i forhold til hele systemet og dets villighed til at efterkomme henstillinger og pålæg om ændret adfærd og/eller organisering.

Etablering af et disciplinærnævn

De fleste patienter, der klager over et utilfredsstillende forløb på sundhedsområdet, ønsker primært at sikre, at andre patienter i fremtiden ikke udsættes for noget lignende. Dette ønske vil forhåbentlig blive indfriet med det øgede fokus på systematisk læring mv. pba. af alle klagesager. Herudover ønsker patienter også at få vished om, at systemet erkender og vedkender sig, at der er sket en fejl og/eller en uacceptabel hændelse.

For DH er det derfor afgørende, at det vurderes, om patienten har modtaget en acceptabel behandling på højeste faglige niveau og derefter, om der skal udtales kritik af *enkelte* sundhedspersoner (og her skal alle sundhedspersoner kunne være omfattet).

Hvis der skal udtales kritik af enkelte personer eller tages initiativer i forhold til enkelt personers autorisation, kan det godt finde sted i et selvstændigt uafhængigt disciplinærnævn bestående af faglig og juridisk ekspertise.

Det er vigtigt, at Sundhedsstyrelsen følger op i forhold til klager m.v. over sundhedspersoner og tager initiativ til, at de rejses i disciplinærnævnet – og at der følges op i forhold til de afgørelser, disciplinærnævnet træffer.

For DH er det vigtigste, at systemet retter ind i forhold til berettigede klager over behandlingen m.v.. Sager om behandlingen m.v. må ikke afgøres i et disciplinærnævn. De skal afgøres i klagenævnet.

Lokal afklaring af klagesager

Lægeforeningen har foreslået en mere formaliseret mulighed for, at flere klager i forbindelse med patientrettigheder og/eller behandling kan afklares lokalt, f.eks. gennem en medieret samtale mellem klager og de ansvarlige sundhedspersoner, som vedkommende påtænker at klage over.

Mange patienter oplever stor frustration ifm. klager i det nuværende system, hvor nogle får afslag efter lange ventetider, selvom den pågældende berettiget har oplevet et utilfredsstillende forløb. Nogle af disse tilfælde kunne måske afklares til alles tilfredshed, hvis parterne blev bragt sammen til en drøftelse af det utilfredsstillende forløb, f.eks. med deltagelse af en mediator. I den forbindelse kunne patienten få mulighed for at forklare sin version af forløbet og sundhedspersonalet kunne forklare, hvad der skete, og evt. hvordan de vil forhindre lignende tilfælde i fremtiden. Sundhedspersonalet kunne i den forbindelse også give patienten en undskyldning for et eventuelt beklageligt forløb.

Det er vigtigt, at også sager, der evt. afklares på regionalt niveau, bliver indberettet som hændelser, da de kan have betydning for, hvordan man skal vurdere systemets evne til at handle og agere.

Det er meget vigtigt, at der ikke stilles krav om, at patienter, der ønsker at klage, først skal i kontakt med den afdeling de ønsker at klage over. Det skal altid kun være et tilbud. DH foreslår derfor, at den ansvarlige enhed får 4 uger til at kontakte borgeren mhp. lokal afklaring af klagesagen, og at sagen ellers vil gå videre i systemet pr. automatik. Et lignende system kendes fra f.eks. Det Sociale Nævn.

DH ser i øvrigt gerne, at patientkontorenes rolle styrkes i forbindelse med processen. Ofte opleves patientvejlederen som patientens eneste støtte, og vejlederens rolle er derfor ofte af afgørende betydning forud for en klagesag, især i de indledende faser. Det kan i den forbindelse overvejes, om kommunerne også skal oprette patientkontorer el. lignende, der kan vejlede borgerne ifm. rettigheder, klager etc. på det kommunale område. Det er vigtigt, at det altid er borgeren selv, der beslutter, hvorvidt en henvendelse til patientkontoret mv. skal føre til en egentlig klage.

Afslutning

Det er altid vanskeligt at forudse de reelle konsekvenser af strukturelle ændringer og DH foreslår derfor, at den annoncerede reform forberedes i en arbejdsgruppe med deltagelse af alle relevante aktører. Dette for at sikre, at de tilsigtede intentioner med ændringerne også bliver realiseret i det kommende patientklagesystem.

Behov for ændringer: Patientombudsmand?

Af Jon Andersen, Cand.jur., Folketingets Ombudsmand

Hvad er en ombudsmand ?

Oprindeligt blev "ombudsmand" brugt i de nordiske lande som betegnelse for kongens lokale repræsentant. Senere er betydningen blevet ændret og dækker nu over en instans som udfører kontrolopgaver. Denne brug af ordet stammer fra den knap 200 år gamle svenske "justitieombudsmand" som var forbilledet da den danske Folketingets Ombudsmand blev oprettet i 1955. Fra Danmark blev denne særlige kontrolordning udbredt til resten af verden og der findes nu ombudsmandslignende mekanismer i mere end 100 lande. Det er ikke kun antallet af ombudsmænd der er blevet større men selve konceptets indhold har udviklet sig til en stor mangfoldighed. Der er ombudsmænd der er udpeget af regeringer men de fleste er udpeget af parlamenter eller andre politiske forsamlinger. Nogle ombudsmænd er nationale mens andre har regional kompetence og atter andre ombudsmænd er lokale. En del ombudsmænd er knyttet til bestemte samfundsopgaver såsom vores egen Forbrugerombudsmanden og børneombudsmænd, diskriminationsombudsmænd, informationsombudsmænd et.c; andre ombudsmænd er knyttet til private virksomheder eller organisationer f.eks. som ombudsmænd på dagblade eller private universiteter. Nogle ombudsmandsordninger er karakteriseret ved deres bedømmelsesgrundlag; som f.eks. menneskerettighedsombudsmænd og nogle ombudsmænd er blevet tillagt en særlig statsretlig funktion f.eks. den estiske ombudsmand som er medlem af statsrådet og har beføjelse til at prøve loves grundlovmæssighed. I de fleste lande fører ombudsmanden kontrol med hele eller dele af den offentlige forvaltning men i enkelte lande omfatter deres kontrol også domstolene og de folkevalgte forsamlinger og der findes ombudsmænd som fører kontrol med private selskaber, foreninger mv.

Karakteristisk for alle ombudsmænd er at der er tale om kontrolorganer som har til formål at sikre borgernes interesser overfor stærke magtdannelser. Normalt fungerer ombudsmandsordningerne uafhængigt både af opdragsgiverne og de instanser der skal undersøges og det er typisk at ombudsmænd ikke kan træffe bindende afgørelse men må nøjes med at afgive retligt uforbindende udtalelser.

Folketingets Ombudsmand bedømmer sager på grundlag af gældende ret og god forvaltningsskik men denne begrænsning til at vurdere sagerne på et overvejende retligt grundlag går ikke igen hos alle institutioner. Adskillige ombudsmænd arbejder på bredere og friere bedømmelsesgrundlag og fungerer overvejende som forligs – eller mæglinginstitution.

Ombudsmandskonceptets stærke sider

Et gennemgående træk ved de kendte ombudsmandsordninger er at det er nemt for borgerne at benytte sig af den service de tilbyder. At indgive klage eller bede om hjælp kræver typisk ikke særlige formalia. Det er ombudsmanden der oplyser og undersøger sagerne og i almindelighed har ombudsmanden ubegrænset adgang til oplysninger hos dem der skal kontrolleres. Set fra borgernes side er det nemt og billigt at gå til ombudsmanden. Helt afgørende for om en ombudsmandsordning kan fungere efter hensigten er at borgerne har tillid til institutionen. Hertil kræves for det første at institutionen er og fremtræder som uafhængig af dem der skal undersøges og kontrolleres. Det centrale er at ombudsmanden i sin virksomhed er beskyttet mod indblanding fra andre men det er også vigtigt, at der er sikret institutionen personlig, rekrutteringsmæssig, budgetmæssig og fysisk uafhængighed.

En vigtig del af konceptet er at en ombudsmand ikke fremtræder som endnu et offentligt kontor men adskiller sig fra de instanser der skal kontrolleres ved at have et personligt og individuelt præg. En del af dette image opnås ved tilgængelighed, åbenhed og fleksibel sagsbehandling men også i kraft af at institutionen er indrettet som et personligt embede.

Fælles for langt de fleste ombudsmænd er at de ikke kan træffe bindende afgørelser men blot kan anbefale, udtale deres mening, overtale, mægle et.c. Dette kan umiddelbart opfattes som en svaghed men rummer alligevel en særlig styrke. For det første bevirker denne begrænsning at ombudsmanden er nødt til at koncentrere sin indsats om at finde ud af hvad der er sket samt om at argumentere for sine konklusioner hvilket i sig selv giver arbejdet et kvalitetsløft. Mange sager er bedst tjent med mindelige løsninger og mægling fungerer ofte bedst uden muligheden for bindende afgørelser. Når der ikke skal træffes bindende afgørelser har ombudsmanden desuden mulighed for at udtale sig bredt og generelt og dermed også for at påvirke de undersøgte instansers måde at arbejde på i almindelighed. Endelig bør det ikke glemmes at meget ofte følges ombudsmandens uforbindende forslag rent faktisk. Som det ses er ombudsmandskonceptet præget af mangfoldighed. Hvad der startede som et svensk anklageembede er blevet tilpasset meget forskellige kulturer og har udviklet sig til en bred vifte af forskellige organisationer. Der er med andre ord ikke tale om et stramt eller fast koncept. Heri ligger der også en styrke, idet det giver mulighed for at institutionen kan indpasses i mange forskellige bestående systemer og udformes efter særlige behov.

De svage sider

En ombudsmand er en kontrolforanstaltning og ikke en instans med ansvar for driften af bestemte samfundsopgaver. Der vil ikke hos en ombudsmand være oparbejdet anden fagkundskab end den juridiske og administrative ekspertise der skal være til stede for at føre kontrol. Konsekvensen heraf er at der er grænser for hvor hvilke forhold ombudsmanden kan tage stilling til. Selv for en patientombudsmand med lægelig uddannelse vil der være grænser for hvor dybtgående han kan tage stilling til lægelig behandling på en hospitalsafdeling. Tilsvarende er der grænser for hvor tæt Folketingets Ombudsmand kan gå på afgørelser der træffes af juridiske instanser selv om også han er jurist. Denne begrænsning ligger i rollen som kontrollant. Nogle sager kan kun løses ved et øksehug. I sådanne tilfælde er det en svaghed at ombudsmanden ikke kan træffe bindende afgørelser.

Modstykket til den fleksible og uformelle sagsbehandling hos ombudsmanden er at visse spørgsmål ikke vil kunne undersøges tilstrækkeligt grundigt. Folketingets Ombudsmand kan eksempelvis i praksis ikke foranstalte mundtlige vidne – og partsforklaringer, et forhold som fører til at ombudsmanden ikke er velegnet til at afklare bevisspørgsmål.

Og ombudsmandens aktive deltagelse i både sagens oplysning, identifikationen af de relevante problemer og den juridiske undersøgelse heraf medfører at parterne ikke investerer så mange ressourcer i sagerne som i forbindelse med retssager. Den juridiske belysning af sagerne er ikke altid præget af kontradiktion.

Patientombudsmand

På baggrund af de almene erfaringer med oprettelse af ombudsmandsinstitutioner kan der peges på en række forhold som bør overvejes hvis der ønskes oprettet patientombudsmænd:

- selve navnet ” ombudsmand ” bør overvejes , især taget i betragtning at navnet kun må benyttes hvis der er lovhjemmel
- en patientombudsmand bør være uafhængig i såvel funktionel, personel og budgetmæssig henseende
- en patientombudsmand skal have sine egne lokaler
- det skal være nemt at henvende sig til en patientombudsmand

-
- en patientombudsmand bør have hurtig og uensureret adgang til alle relevante oplysninger
 - en patientombudsmand skal ikke træffe afgørelse men udtale sig og have adgang til at komme med anbefalinger
 - patientombudsmandens kompetence bør omfatte alle personer og institutioner der behandler patienter
 - patientombudsmanden skal ikke være patientklagenævn
 - ombudsmandens arbejde skal bakkes op på anden måde end ved retlig forpligtethed

Forslag til ændringer: Mægling

Af Anne-Mette Midtgaard, specialkonsulent, Gentofte Hospital

Det er velkendt, at når en patient klager, handler det ofte om, at patientens forventninger ikke er blevet opfyldt eller opfyldt på en i forhold til patientens forventninger utilstrækkelig måde. Hertil kommer sårede / krænkede følelser enten direkte relateret til oplevelsen af et dårligt forløb eller til en specifik sundhedsfaglig problemstilling.

Som svar på sin klage til et hospital modtager patienten almindeligvis kun et brev fra de pågældende med en beklagelse af patientens oplevelser og en redegørelse. Det kan efterlade patienten med en frustrerende følelse af ikke at blive hørt eller respekteret.

Er klagen af en sådan karakter, at den er blevet antaget til behandling i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, så skal både klager og den indklagede vente over et år på en afgørelse, der kun i 20 % af tilfældene giver klageren medhold i, at en sundhedspersons faglige skøn ikke har været godt nok.

Afgørelsen fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn indeholder i sagens natur ikke en beklagelse eller undskyldning for et dårligt forløb og bruges ikke automatisk til at rette op på uhensigtsmæssige forhold eller svagheder, hvilket erfaringsvist efterlader patienten i frustration.

I 2004 formulerede Gentofte Hospital en overordnet politik på klageområdet, som angiver at klager skal bruges konstruktivt og indgå i læring og udvikling.

at der på baggrund af klagerne vil blive udpeget fælles indsatsområder på hospitalet, der hvor det er klart, at forbedring ønskes.

De erklærede mål er blandt andet, at alle parter i sagen sikres en korrekt, fair og ensartet sagsbehandling, og at den/ de indklagede får den nødvendige faglige og menneskelige støtte under og efter klageforløbet. at klagesagsbehandling skal være tilgængelig, kendt og gennemskuelig for patienter, pårørende og personale samt have et højt kvalitetsniveau baseret på **åbenhed - tillid - tryghed - dialog.**

Med udgangspunkt i ovenstående og på baggrund af 95 klagesager i 2.halvår 2004 havde Hospitalsdirektionen i Gentofte et klart formuleret ønske om at forbedre det lokale arbejde med klagesager og at se klager som noget positivt, der kan indgå i styring, læring, udvikling og kvalitetssikring til gavn for patienttilfredsheden.

Ud fra den opfattelse begyndte man at sige tak for klagen og inviterede oftere og oftere en klager til en samtale med den relevante afdelingsledelse og / eller hospitalsdirektionen, men dog kun sjældent til en samtale med det direkte involverede sundhedspersonale.

Selv i sådan en samtale kan det imidlertid være svært for alle parter at få sig forklaret og nå til en gensidig forståelse.

Projekt mægling i klagesager.

I 2006 fik Gentofte Hospital så mulighed for - i samarbejde med lægeforeningen - at gennemføre et pilotprojekt om mediation / mægling i klagesager.

Ønsket var blandt andet at afdække, om der var klagesager af en sådan karakter, at mægling kunne være en både bedre og hurtigere løsning end at bringe klagen til det formelle klagesystem.

En hypotese var, at en mæglingssamtale kunne medvirke til at undgå, at en klagesag eskalerede eller måske endda kunne erstatte en traditionel klagesag. Herudover ville patienten i en dialog styret af en uvildig mægler få bedre mulighed for dels at forklare sig og dels at få forklaret, hvad der skete, og hvorfor det skete. Patienten ville få en oplevelse af at blive lyttet til og respekteret, og måske få den undskyldning eller beklagelse han / hun gerne ville have fra den involverede læge.

Det var allerede erfaringen, at mange patienter mere klager for at gøre opmærksom på en uhensigtsmæssighed, som de gerne vil medvirke til ikke overgår andre, end de klager for at "ramme" en bestemt person. Det var også erfaringen, at patienter, der klager, er glade for at blive inviteret til samtale, få en forklaring og om nødvendigt få en undskyldning.

Projektet blev gennemført i 2007 og omfattede kun klager, hvor en læge var nævnt ved navn. Således indgik altså ikke øvrigt sundhedsfagligt personale i projektet.

Patientens deltagelse i en mæglingssamtale forhindrede ikke patienten i også - eller senere - at benytte sig af det gængse klagesystem.

Tilbuddet om mediation blev formidlet af hospitalets patientvejleder på baggrund af mundtlige klagesager rettet her til. I skriftlige klagesager indgivet til hospitalsdirektionen formidlede specialkonsulenten tilbuddet. Både patientvejlederens og hospitalsdirektionens formidling af tilbuddet kunne kun ske i egnede klager og efter aftale med den relevante afdelingsledelse og forudsatte, at den involverede læge ønskede at medvirke.

Der var generelt en positiv indstilling til tilbuddet om mediation, uden at det dog førte til, at tilbuddet blev anvendt mere end en enkelt gang.

En undersøgelse blandt afdelingsledelserne af mulige årsager til, at tilbuddet ikke blev brugt hyppigere, gav ikke noget entydigt svar herpå. 9 ud af 10 afdelingsledelser svarede, at de ikke så nogen barrierer for mediation. Det kan dog være en barriere for den enkelte direkte involverede læge at skulle "udlevere" sig selv og måske dermed stille sig selv dårligt i en eventuel efterfølgende sag i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Det er hospitalsdirektionens opfattelse, at tilbuddet om mediation i sig selv har ført til, at afdelingsledelserne både har øget fokus på og incitamentet til at invitere en patient eller pårørende, der har klaget, til samtale for i en dialog at afklare den problematik, der har ført til klagen og dermed opnå en gensidig forståelse.

Mediation betyder mægling og er en konfliktløsningsmetode, der blandt andet er kendt fra retssystemet og bruges i konflikter af en helt anden karakter end dem, der opstår mellem patient og behandler – sager, hvor skyldsspørgsmålet ER afklaret.

Ordet kan i sammenhæng med klager i sundhedsvæsenet fremkalde det billede hos de involverede parter, at der skal være en erkendt konflikt og et afklaret skyldsspørgsmål til stede. Dette kan formentlig få både den, der klager, og den indklagede til at vige tilbage fra at indgå i en mæglingsproces. Samtidig strider denne opfattelse af nødvendig tilstedeværelse af en erkendt

konflikt og skyldsspørgsmål mod at kunne bruge mediation "forebyggende" mod potentielle konflikter.

Konfliktmægling eller mediation synes derfor ikke at være det bedste ord eller dækkende for det, man gerne vil have frem, nemlig den gensidige forståelse og om muligt / nødvendigt en undskyldning til patienten.

Ved afslutningen af projektet blev det drøftet, hvorvidt det kunne være hensigtsmæssigt, at mediator havde en sundhedsfaglig baggrund og dermed kunne tolke det udsagte eller det indforståede sprogbrug, der meget nemt sniger sig ind i samtaler af enhver art med sundhedsfaglige personer.

Man kan mene, at med en sundhedsfaglig baggrund kan det være vanskeligt for mediator at opretholde en neutral rolle i mæglingssamtalen.

Patienter, eller pårørende til patienter, er i en marginaliseret situation på en helt anden måde end mennesker, der er krænket i en byggesag, en skilsmisse eller en voldssag. Man kan derfor også mene, at en mediator med en sundhedsfaglig referenceramme og psykologisk forståelse bedre kan facilitere en "mæglingsproces" – eller en proces til opnåelse af gensidig forståelse – i sundhedsvæsenets regi.

Det konkrete projekt med mægling i klagesager er afsluttet, blandt andet med en konklusion på, at mediation i klagesager i sundhedsvæsenet er et nyt tilbud som kræver massiv "markedsføring".

Mediation i klagesager er et tilbud, som hviler på gensidig tillid mellem patient, behandler og system / organisation, og som fordrer det involverede sundhedspersonales opfattelse af, at det er positivt og ufarligt at deltage i en mæglingssamtale.

Fremtid?

Hospitalsdirektionen i Gentofte har sammen med Lægeforeningen drøftet, at det kunne være interessant i samarbejde med Sundhedsvæsenets Patientklagenævn at gennemføre et projekt, hvor mediation indgår i sager, der allerede er antaget i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Et sådant projekt kunne afdække, om man ad denne vej kunne få en hurtigere og for begge parter mere tilfredsstillende sagsafslutning.

Ud fra positive erfaringer med at mødes med klagere - og ud fra en opfattelse af, at problemer bedst behandles der, hvor de er opstået og i dialog med de involverede parter – vil Hospitalsdirektionen på Gentofte Hospital fortsat invitere klagere til en samtale. En samtale imødekommer et gensidigt behov for forståelse og kan bruges målrettet til at udtrække læring med henblik på øget patienttilfredshed, udvikling og kvalitetssikring.

Forslag til ændringer: Lægeforeningens forslag

Af Jens Winther Jensen, formand for Lægeforeningen

Fremtidens klagesystem i sundhedsvæsenet

Fremtidens klagesystem i sundhedsvæsenet skal være enkelt at bruge. Det skal være lærende, og patienterne skal have mulighed for at få prøvet deres rettigheder i hele behandlingsforløbet. Klager over sundhedspersoner skal behandles i et kompetent organ tæt knyttet til tilsynsmyndigheden.

Et nyt patientklagesystem bør derfor bygge på tre grundelementer:

- En lokal rådgivningsfunktion som indgang
- En central patientombudsmand
- Et sundhedsfagligt disciplinærnævn

Patientklager og rettigheder

Syge mennesker i Danmark skal have en lovsikret ret til en tidssvarende behandling af høj kvalitet. Patienter skal også have mulighed for at medvirke til at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet gennem dialog, videregivelse af erfaringer, indrapportering af utilsigtede hændelser og systemklager. Patienter og sundhedspersonale har krav på, at forløbsklager og klager over enkeltpersoner behandles hurtigt og effektivt med høj kvalitet og retssikkerhed. Der bør være sammenhæng mellem klagesystemet og tilsynsmyndighederne således, at en eventuel sanktion over for sundhedspersonen kan træde i kraft med det samme.

I dag er der mulighed for at klage over enkeltpersoner via Patientklagenævnet, men muligheden for at indgive systemklager til en uvildig instans findes ikke, og der sker ikke nogen opfølgning eller læring. Det er samtidig et faktum, at den nuværende gennemsnitlige sagsbehandlingstid for behandling af klager i Patientklagenævnet er 13-15 måneder – altså uacceptabel lang.

Fakta:

Antallet af nye klager og indberetninger til Patientklagenævnet er stort set vokset konstant siden år 2000. Patientklagenævnet modtog 2.610 klager i år 2000 og 3.381 klager i 2006 – svarende til en stigning på knap 30 %.

For patienten skal det første skridt i en klagesag i fremtiden være Den Lokale Patientrådgivning (DLP). Erfaringsmæssigt er det meget vigtigt for patienten, at det uheldige forløb, som vedkommende har oplevet, ikke gentager sig for andre. Det er på behandlingsstedet, at muligheden for at lære af det passerede er størst. Derfor er det logisk, at DLP er patientens første indgang til klagesystemet, lokalt som centralt. Det giver mulighed for at få afklaret eventuelle usikkerheder og misforståelser i forløbet, så klagesagen måske kan afgøres på stedet. Det kan eventuelt ske med en undskyldning eller beklagelse samt en forsikring om, at der vil blive rettet op på organisatoriske svagheder eller usikre procedurer, som patienten har bidraget til at påvise.

DLP skal have kompetence til at vurdere, hvordan en henvendelse bedst imødekommes og afklares og i samråd med patienten tage stilling til, om

sagen kan løses lokalt eller skal videresendes til den centrale patientombudsmand. Hvis sagen håndteres lokalt, kan der være tale om, at behandlere og patient mødes, evt. med deltagelse af en uvildig ordstyrer. Andre sager vil kunne afklares skriftligt. Et møde mellem sundhedspersonale og patient skal ske efter ønske fra begge parter, ligesom det må være en forudsætning, at mødets indhold ikke kan anvendes i en eventuel efterfølgende disciplinærsag.

Der henvises til bilag 1 nedenfor, der indeholder en oversigt over typer af sager, som DLP skal kunne behandle.

Lokalt initiativ:

Patientkontoret (i daværende Vestsjællands Amt) har taget initiativ til, at klagesager i første omgang forsøges afhjulpnet gennem fornyet kontakt mellem patient, eventuelt dennes pårørende, og det sundhedsfaglige personale involveret i den pågældende klagesag. Det er kontorets erfaring, at patienten i mange tilfælde er bedre hjulpet med en sådan fornyet kontakt, idet mange klager oftest udspringer af mangelfuld information sammenholdt med urealistiske forventninger til behandlingsresultatet. Derfor kan en fornyet kontakt åbne op for uafklarede problemstillinger, og patienten kan trygt, hvis dette er påkrævet, fortsætte sin behandling i pågældende afdeling eller hos speciallæge.

Patientkontoret Vestsjællands Amt, Årsberetning 2005

Vurdering:

Det er Lægeforeningens vurdering, at lokale afklaringer kan højne kvaliteten i behandlingen af klagesager og samtidig medvirke til en ikke ubetydelig nedbringelse i antallet af klagesager på centralt niveau. Patientklagenævnet fandt således ikke anledning til kritik i 75 % af de afgjorte sager i 2006.

DLP kan etableres inden for den nuværende lovgivning om patientkontorer. Der er dog behov for en væsentlig styrkelse af organisation og personale for at sikre en konsistent sagsbehandling og høj kvalitet i behandlingen af klagesager. Der må også forventes en øgning i antallet af opgaver, herunder opsamling af viden med henblik på lokal, regional og national læring. Et tæt samarbejde mellem DLP og patientombudsmanden er en vigtig forudsætning for etablering af aktiv systematisk læring på alle niveauer.

Patientkontorerne blev indført i 2003 og videreført i sundhedsloven 2005. Hovedstadsregionen har etableret patientkontorer på de større sygehuse i regionen, mens de øvrige regioner har etableret centrale patientkontorer. Kontorerne arbejder forskelligt og med forskellig bemanding. Nogle patientvejledere er jurister, mens andre har en sundhedsfaglig grunduddannelse kombineret med en juridisk efteruddannelse.

DLP skal bemannes med den nødvendige juridiske og sundhedsfaglige ekspertise. Der bør etableres lokale patientrådgivninger på alle større sygehuse. Det giver optimale muligheder for et tæt samarbejde mellem patientrådgiver, patienter og sundhedspersonale.

Det er vigtigt, at der opstår et fagligt miljø og en faglig integritet omkring rådgivningsfunktionen, således at der ikke vil kunne stilles spørgsmål til patientrådgivningsfunktionens udgangspunkt, rolle og habilitet. DLP skal være garant for, at ingen patient på grund af autoritetstro afstår fra at henvende sig under eller efter endt behandling.

De nuværende patientkontorer har en uafhængig status i forhold til regionernes sundhedsforvaltninger. Det hedder i de oprindelige bemærkninger til loven fra 2003:

- at amtskommunerne træffer de nødvendige foranstaltninger til sikring af, at de amtskommunale patientkontorer bliver uafhængige i forhold til de amtskommunale sygehusmyndigheder.
- at de ansatte på patientkontorerne ansættelsesretsligt knyttes til amtskommunernes centrale forvaltning.
- at amtsrådet fastsætter nærmere retningslinjer for patientkontorerens virke og uafhængighed.

Diskussion

DLP skal i hver region fungere som den entydige indgang til klagesystemet lokalt og centralt. Det skal i denne forbindelse sikres, at hele behandlingsforløbet kan tages op, og det skal sikres, at hændelser i almen praksis eller den kommunale sektor kan behandles.

De nuværende patientkontorer er placeret under regionerne. Det bør overvejes, om denne placering er hensigtsmæssig. Ved etablering af en national patientombudsmandsinstitution, der forudsættes at have et tæt samarbejde med DLP, vil det måske være praktisk at integrere DLP med den nye patientombudsmandsinstitution, så DLP er uafhængig af sygehusmyndighederne, og de ansatte i DLP ansættelsesretsligt er tilknyttet Patientombudsmandsinstitutionen.

Case:

En person falder ved et uheld ned fra et tag med efterfølgende sygehusbehandling. Personen finder 4 år senere ud af, at der i vedkommendes patientjournal er anført, at personen har forsøgt at begå selvmord, hvad der efter personens opfattelse ikke har været tilfældet. Personen klager til Patientklagenævnet med henblik på at få journalen ændret.

Klagesag ved Patientklagenævnet

Vurdering:

Det er Lægeforeningens vurdering, at den lokale indgang og nye lokale kompetencer kan medvirke til at afbureaukratisere patientklagesystemet. I det pågældende tilfælde vil en henvendelse til DLP med efterfølgende henvendelse til behandlingssted forventelig kunne løse sagen.

73

Etablering af en central patientombudsmand

Sager, der ikke afsluttes lokalt, sendes til en selvstændig national patientombudsmand.

Patientombudsmanden skal behandle sager vedr. formelle og materielle patientrettigheder (incl. vurdering af samlede behandlingsforløb). Derved får patienterne mulighed for at få vurderet dårlige behandlingsforløb og uheldige procedurer. Patientombudsmanden visiterer endvidere sager til disciplinærnævn, patientforsikring eller til tilsynsmyndighed (Sundhedsstyrelsen).

Patientombudsmanden skal som udgangspunkt have følgende kompetencer:

- Ret til at indhente og analysere alt relevant materiale.
- Ret til at indkalde sagkyndige.

-
- Foretage besøg
 - Optage sager på eget initiativ
 - Fremsætte sin opfattelse
 - Afgive henstillinger
 - Udtale kritik af systemer
 - Udarbejder rapporter, der giver mulighed for konkret ændring af praksis
 - Er til rådighed for undervisning/foredrag
 - Udsender nyhedsbreve/artikler

Patientombudsmandsinstitutionen skal besidde den nødvendige juridiske og medicinske sagkundskab til disse opgaver og til at gennemføre en konsistent sagsbehandling. Ombudsmanden skal samtidig etablere et fagligt miljø og en faglig integritet, der kan skabe den nødvendige autoritet og troværdighed omkring institutionen og dens virksomhed. Det skal være bakket op af en kompetent videnopsamling og kommunikationsindsats

Der henvises til bilag 1 nedenfor vedr. opgaver og opgavefordeling.

Diskussion

Patienten har i princippet altid ret til at sende en klage til patientombudsmanden, men skal princippet om én indgang have mening, så burde alle klager først rettes til Den Lokale Patientrådgivning før evt. behandling centralt. Det vil naturligvis være mest enkelt, hvis DLP er en del af ombudsmandsinstitutionen.

Etableringen af en patientombudsmand åbner en unik mulighed, hvis man ønsker at samle viden om alle patientoplevede utilsigtede hændelser og oplevelser, der fører til klager i en institution. Det kan opnås ved at lade ombudsmanden overtage det centrale indrapporterings-system vedrørende utilsigtede hændelser. Det giver mulighed for aktiv systematisk læring, der bl.a. kan foretages i tæt samspil med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, og arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Internationalt:

En gennemgang af 7 landes patientombudsmandsinstitutioner viser store forskelle på etableringen af patientombudsmænd, men forudsætninger for en velfungerende institution er: uafhængighed – ikke sanktionerende myndighed – tilstrækkeligt fagligt niveau, dvs. de rigtige kompetencer, konsistent sagsbehandling, samt at ombudsmanden har tilstrækkelig autoritet og adgang til alle relevante sager.

Kilde: Lars Fallberg, Nordic School of Public Health og Stephen Mackenny, NHS Clinical Governance Support Team: Patient Ombudsmen in seven European Countries: an Effective Way to implement patients Rights, European Journal of Health Law.

Etablering af et sundhedsfagligt disciplinærnævn

Et disciplinærnævn skal som det nuværende Patientklagenævn behandle sager om sundhedspersoners ansvar i henhold til autorisationsloven. Nævnet skal have følgende kompetencer:

-
- Udtale at sundhedspersonen i en eller flere nærmere angivne situationer kunne have handlet mere hensigtsmæssigt.
 - Udtale kritik, fordi sundhedspersonen har overtrådt lovgivningen.
 - Udtale skærpet kritik med henblik på, at sundhedspersonen skal være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit fremtidige virke.
 - Anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.
 - Oversende sagen til Sundhedsstyrelsen med henblik på, at sundhedspersonen underkastes skærpet tilsyn.

En disciplinærsag er en sag mellem den enkelte sundhedsperson og samfundet vurderet i forhold til autorisationsansvaret. Det er den faglige udførelse i den konkrete sag, der skal vurderes. Nævnet har derfor behov for faglig ekspertise og en sagsbehandling med minimum to faglige sagkyndige inden for de relevante specialer. Den indklagede skal være sikret de samme retsgarantier som ved den nuværende sagsbehandling i Patientklagenævnet, og der skal fortsat være mulighed for at få afprøvet fratagelse af autorisation ved domstolene.

Der henvises til bilag 1 nedenfor, oversigt over sager til behandling Disciplinærnævnet.

Diskussion

Nævnet skal sammensættes af relevante fagpersoner og juridisk sagkyndige for at sikre den faglige tyngde, der er nødvendig i disse sager. Nævnet kan suppleres med repræsentanter for andre interessegrupper (lægefolk).

Det kan måske give en bedre sammenhæng til tilsynsmyndigheden, at disciplinærnævnet bliver placeret i Sundhedsstyrelsen. Det betyder, at klage- og tilsynssager kan afgøres samtidig i samme instans og ikke som nu, hvor tilsynssager og klagesager rejses henholdsvis af Sundhedsstyrelsen og Patientklagenævnet.

Bilag 1: Forslag til opgavefordeling

Patientvejleder	Patientforsikring	Patientombudsmand	Disciplinærnævn	Sundhedsstyrelsen
Alle lokale sager	Erstatningssager	Patientrettighedssager	Disciplinærsager	Tilsynssager Autorisationsfratagelser
<i>Eksempler:</i>	<i>Eksempler:</i>	<i>Eksempler:</i>	<i>Eksempler:</i>	<i>Eksempler:</i>
Patientens ret til:	Patientens ret til:	Patientens ret til:	Indbragte sager fra Patientombudsmanden efter autorisationsloven:	Sanktioner I form af:
<ul style="list-style-type: none"> - frit og udvidet sygehusvalg (sundhedsloven) - oplysning om ventetider (sundhedsloven) - behandling i udlandet (sundhedsloven) - klage over sundhedspersoners faglige behandling (autorisationsloven) - aktindsigt i journalen (sundhedsloven) - informeret samtykke ved behandlingen (sundhedsloven) - selvbestemmelse ved behandlingen (sundhedsloven) - tavshedspligt omkring helbredsoplysninger (sundhedsloven) - befordring og transport i forbindelse med behandlingen (sundhedsloven) - tolkebistand i forbindelse med behandlingen (sundhedsloven) - svangerskabsafbrydelse (sundhedsloven) - sterilisation (sundhedsloven) - tilskud til lægemidler (sundhedsloven) - erstatning ved patientskade (patientforsikringsloven) 	<ul style="list-style-type: none"> - Erstatning ved patientskade (patientforsikringsloven) 	<ul style="list-style-type: none"> - frit og udvidet sygehusvalg (sundhedsloven) - oplysning om ventetider (sundhedsloven) - behandling i udlandet (sundhedsloven) - klage over sundhedspersoners faglige behandling (autorisationsloven) - aktindsigt i journalen (sundhedsloven) - informeret samtykke ved behandlingen (sundhedsloven) - selvbestemmelse ved behandlingen (sundhedsloven) - tavshedspligt omkring helbredsoplysninger (sundhedsloven) - befordring og transport i forbindelse med behandlingen (sundhedsloven) - tolkebistand i forbindelse med behandlingen (sundhedsloven) - svangerskabsafbrydelse (sundhedsloven) - sterilisation (sundhedsloven) - tilskud til lægemidler (sundhedsloven) System med indberetning af utilsigtede hændelser 	<ul style="list-style-type: none"> - journalføring (§ 21) - omhu og samvittighedsfuldhed (§ 17) - grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed (§75) 	<ul style="list-style-type: none"> - skærpet tilsyn - påbud - virksomhedsindskrænkning - autorisationsfratagelse

Forslag til ændringer: Ny patientforsikringsordning

Af Bjarne Schou

Vision for ny patientforsikringsordning

Forord

fejlbehandlet.org ser gerne Patientforsikringen og klageinstanser nedlagt og erstattet med en tidssvarende ordning, der kan medvirke til at genskabe borgernes tillid til sundhedssektoren.

Baggrund

Loven om Patientforsikring trådte i kraft 1. juli 1992. Loven blev indført for at sikre borgernes retssikkerhed og erstatningsmulighed i forbindelse med skader ved behandling i sundhedssektoren. Loven har vist sig ikke at være tilstrækkelig. 50 – 100.000 borgere skades årligt i mødet med sundhedssektoren. 1477 borgere fik i 2006 tilkendt erstatning.

Loven virker ikke efter sin hensigt og erstatningsbeløbene står ikke i forhold til konsekvenserne af de skader borgerne påføres.

Vision

Danmark skal have en ny patientforsikringsordning. Ordningen skal tage udgangspunkt i en helhedsvurdering af borgeren, borgerens familie, borgerens fremtidige erhvervsmæssige og økonomiske situation som følge af skaden.

Patientforsikringsordningen skal bygges op omkring mægling og forhandling mellem skadelidte og skadevolder (behandlingssted), en model der kendes fra psykiatrien og fra Statsamtet, hvor en bred kreds af fagligt funderede og uvildige rådgivere bistår parterne i processen. Forløbet skal være objektivt, fair og gennemskueligt, med det formål at finde en for parterne tilfredsstillende løsning og ikke mindst en positiv oplevelse af forløbet.

Løsningen for en borger eller pårørende kan være en økonomisk erstatning, men skal kunne bestå af andre elementer, der skal sammensættes efter borgeren og borgerens nære pårørendes behov og ønsker.

Hvis mægling ikke fører til, at der findes en løsning inden for en periode på tre måneder, kan mæglingsinstansen vælge at forlænge mæglingsperioden i op til tre måneder yderligere. Hvis forlængelsen ikke fører til et resultat, overgår det videre forløb til domstolene.

Mægling skal ikke stå alene. Mægling øger ikke nødvendigvis borgerens retsstilling. Der skal i tilknytning til mæglingsinstansen etableres en kautionsordning, der sikrer borgeren og pårørende retssikkerhed i forbindelse med en eventuel retssag mod skadevolder. Kautionsmuligheden tildeles ikke automatisk, men efter en uvildig sagsvurdering og efter fastlagte kriterier.

Der er ikke taget stilling til om mæglingsordningen skal etableres som en central organisation eller som en decentral regionsbaseret ordning.

Forslag der med fordel vil kunne supplere den nye ordning:

- Inddragelse af borgere i den fortsatte kvalitetsudvikling i sundhedssektoren
- Anvendelse/indførelse af stregkoder/farvekode på medicinetiketter.
- Indførelse af positiv særbehandling af skadede borgere.
- Opbevaring af patientjournaler hos uafhængig instans.

-
- Etablering af taskforce-teams til opsamling af "glemte" patienter.
 - Revurdering af ménbegrebet som grundlag for erstatningsudmåling.
 - Rating af hospitaler på grundlag af kærneydelser (ikke servicetilbud).
 - Sænkning af ramme for fejl- og skader ved behandling fra 10% til 5%.

For yderligere information:

Fejlbehandlet.org's Sekretariat: Smedevej 66, DK-4180 Sorø

Telefon: 28933526 E-mail: info@fejlbehandlet.org www.fejlbehandlet.org

Deltagerliste

A. Holm Gregersen	Patientklagenævnet
Agnes Hauberg	Patientforeningen DK
Anette Ulstrup	Vitanova
Anette Weinreich	Region Syddanmark
Annalise Possing	Region Hovedstaden
Anne Jørgensen	Amager Hospital
Annelise Andreasen	Sydvestjysk Sygehus
Annemarie Heinsen	Ugeskrift for Læger
Annette Hagerup	Danske Patienter
Annette Wandel	DR Orientering
Astrid Fischer	Slagelse Sygehus
Astrid Vidbjørg	
Bente Hyldahl Fogh	Lægeforeningen
Berit Henriksen	Region Sjælland
Birgitta Winkler	Frb. Hospital
Birgitte Haahr	Patientkontoret R.M.
Birthe R. Nielsen	Sygehus Syd - R.S
Bodil Davidsen	Landsf.Marfan Syndrom
Britt Wendelboe	Enhed Patientsikkerhed
Camilla Lilleør	Patientforsikringen
Carina Bock	Danske Regioner
Cathie Lockenwitz	De Brystopererede
Charlotte Persson	Region Hovedstaden
Charlotte Lykke Palmus	Odense Univ. Hospital
Charlotte S. Persson	Region Hovedstaden
Christa Harms	Gentofte Hospital
Christel Højberg	Region Syddanmark
Christian Schönau	Sundhed&Forebyggelse
Christina L. Rasmussen	Lægeforeningen
Dorte Sørensen	Danske Handicaporg.
Elisabeth Hersby	Sundhedsstyrelsen
Ella Hilker	Fejlbehandlet.org
Ernst Greve	Region Midtjylland
Eva Simonsen	WHO/Patientsikkerhed
Finn Rygaard	FAKS
Finn Thaarup	Odense Univ. Hospital
Flemming D. Larsen	Medl. Folketinget (V)
Flemming M. Mortensen	Medl.Folketinget (S)
Geert Amstrup	Lægeforeningen
Gitte Redkjær	Sygehus Syd - R.S
H. Høegh-Andersen	Region Sjælland
Hanne Rode	Næstved Sygehus

Hanne Thorup Koudal	ME/CFS-Foreningen
Helena Alring	Region Hovedstaden
Helle Oder	Patientforsikringen
Helle Rasmussen	LIF
Henriette Mentzel	
Henrik Iding	
Henrik Kristensen	Sundhedsstyrelsen
Ida Kock	Patientklagenævnet
Ilse Lundholt	Hamlet A/S
Inge Hune	Region Hovedstaden
Inger larsen	
Irene Holm	Sundhed&Forebyggelse
Jacob Bjørnsholm	Patientforsikringen
Jan Jensen	Nyreforeningen
Jannie F. Hansen	Patientklagenævnet
Jeanett Christensen	Patientforsikringen
Jeanne Meerson	Colitis-Crohn Fore.
Jens K. Christoffersen	Patientforsikringen
Jens Peter Vernersen	Medl.Folketinget (S)
Jeppes Sørensen	Danske Handicaporg.
Jette Diefert	Sundhedssekretar. R.M.
Jette F Hansen	Patientkontoret R.M.
Julie Rohmann	Patientforsikringen
Julie Ulf Greve	Patientforsikringen
Kamal Qureshi	Medl.Folketinget (SF)
Karen Arpe	Region Hovedstaden
Karen Daugbjerg	Hillerød Hospital
Karen Langsted	Patientklagenævnet
Karen Lund Petersen	Patientforsikringen
Karin Sroczynski	Region Sjælland
Kim Rattenborg	Landsforeningen Sind
Kristina Raaby Daley	Region Syddanmark
L.R. von Lillienkjold	Region Midtjylland
L.R. von Wedellsborg	Patientforsikringen
Lars Hansson	Stofskifteforeningen
Lasse Sveistrup	Patientforsikringen
Lea Larsson	Patientforsikringen
Lena Graversen	Sundhedsstyrelsen
Lene Hartmann	Gentofte Hospital
Lene Madsen	Region Syddanmark
Lene H. Hammer	
Lene M. Petersen	Lægeforeningen
Line Akiti Hingelberg	
Lis Nielsen	
Lisa Hansen	Fejlbehandlet.org
Lise Christansen	
Lisette L. Olrik	Juridisk Sekretariat
Louise Steve	LIF
Mai-Britt Olsen	
Margit Echwald	CRO
Mariann Klausen	Gentofte Hospital

Marianne Hedegård	Storbritan. Ambassade
Marianne Rex Sørensen	Lægeforeningen
Marianne S. Nielsen	Sundhedsstyrelsen
Marlene Mohr	Lægeforeningen
Martin Erichsen	Patientforsikringen
Mette Frøland	Patientforsikringen
Mette Rasmussen	Sundhed&Forebyggelse
Michael Nielsen	Fejlbehandlet.org
Natasja E. Balslev	Region Hovedstaden
Niels Hjortnæs	Slagelse Sygehus
Niels Pedersen	Lægeforeningen
Nils Michelsen	Patientforsikringen
Nina Barfred	Region Hovedstaden
Nina Berrig	
Per Fraulund Sørensen	Lægeforeningen
Pernille Fendinge	Aalborg Sygehus
Pernille Guldstøv	Herlev Hospital
Peter Jakobsen	Patientforsikringen
Peter Høeg Brask	
Pia Boje	Patientforsikringen
Pia Drostgaard	Sygehus Syd Region S
Pia Harpøth	Patientforsikringen
Pia Larsen	Patientklagenævnet
Poul Müller	Region Midtjylland
Rehman Butt	Patientforsikringen
Rita Ravn	Region Hovedstaden
Signe Lenler-Eriksen	Region Midtjylland
Sine Jensen	Forbrugerrådet
Sofie Bugge	Vitanova
Sophie H. Andersen	Medl. Folketinget (S)
Steen Bech	Lægeforeningen
Steffen E. Hansen	Sundhed&Forebyggelse
Susanne Fritzen	Region Syddanmark
Susanne Raun	Patientforsikringen
Susanne Tarp	Patientambassadørerne
Sven Erik Bukholt	Sundhed&Forebyggelse
Synne Søndergaard	Rigshospitalet
Thorbjørn Nielsen	Glostrup Hospital
Tina Broegaard	Patientforsikringen
Tina Jønsson	
Tina Nielsen	Ryghospitalet
Tine Fenger Munthe	Hvidovre Hospital
Torben Hørslev	Sundhedsstyrelsen
Torben Mogensen	Hvidovre Hospital
Tove Tovgaard	Hillerød Hospital
Trine Dittmer	Patientforsikringen
Trine Petersen	Region Hovedstaden
Ulla Thorsen	Glostrup Hospital
Ulla Fink Ulriques	Dalyfo Foreningen
Ulla Juhl Singh	Patientforsikringen

Aase Høg

Ordstyrer:

Birgitte Josefsen

Medl. Folketinget (V)

Oplægsholdere:

Anne Mette Dons

Anne-Mette Midtgaard

Anni E. Olesen

Beth Lilja

Bjarne Mahler Schou

Helle Bødker Madsen

Jens Winther Jensen

Jon Andersen

Karen-Inger Bast

Peter Bak Mortensen

Stig Langvad

Sundhedsstyrelsen
Gentofte Hospital
Region Nordjylland
D.S Patientsikkerhed
Fejlbehandlet.org
Århus Universitet
Lægeforeningen
Folketingets Ombudsmand
Patientforsikringen
Patientklagenævnet
Danske Handicaporg.

Spørgepanel:

Karl H. Bornhøft

Lise Von Seelen

Liselotte Blixt

Lone Dybkjær

Louise Schack Elholm

Vivi Kier

Medl. Folketinget (SF)

Medl. Folketinget (S)

Medl. Folketinget (DF)

Medl. Folketinget (RV)

Medl. Folketinget (V)

Medl. Folketinget (KF)

Teknologirådet:

Ida-E Andersen

Hanne Munk Pedersen

Jannie Poulsen

Jørgen Madsen

Marie Louise Jørgensen

Signe Skibstrup Blach

Zara Wölck

Teknologirådet

Teknologirådet

Teknologirådet

Teknologirådet

Teknologirådet

Teknologirådet

Teknologirådet

Teknologirådets udgivelser 2006 – 2008

Teknologirådets rapporter:

"Fremtidens infrastruktur"

Teknologirådets rapport 2008/2 (under udgivelse)

"Brugernes it-sikkerhed"

Analyse af interviewmøde med private brugere samt anbefalinger fra en arbejdsgruppe sammensat af Teknologirådet

Teknologirådets rapport 2008/1

"Prioritering i sundhedssystemet"

Teknologirådets rapport 2007/5

"Lægeordineret heroin"

Teknologirådets rapport 2007/4

"Biodiversitet 2010 - hvordan når vi målene?"

Teknologirådets rapport 2007/3

"Det fremtidige danske energisystem – Teknologiscenarier"

Teknologirådets rapport 2007/02

"Ny teknologi i ældreplejen"

Debatpakke:

1. Bedre omsorg - bedre teknologi
2. Ny teknologi i ældreplejen
3. Scenarieværkstedet

Teknologirådet maj/2007

"Energibehov med potentiale - danske aktører i spil"

Idékatalog om innovationsbehov på energiområdet.

Teknologirådets rapport marts/2007.

"Lokalt demokrati i praksis – i kommuner og regioner"

Inspirationskatalog udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Teknologirådet, marts 2007

"It sikkerhed på tværs af grænser"

Anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.

Teknologirådets rapport 2007/1.

"Perspektiver ved indførelse af gratis offentlig transport".

Teknologirådets rapport 2006/16.

"Morgendagens transportbrændstoffer – Danske perspektiver"

Vurderinger og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet, december 2006.

Teknologirådets rapport 2006/16

"Internationalisering af uddannelser"

Høring for Folketingets Videnskabs og Uddannelsesudvalg den 30. august 2006

Teknologirådets rapport 2006/14

"Tilsætningsstoffer i tobaksvarer"

Redigeret udskrift og resumé af høring i Landstingssalen den 26. april 2006.

Teknologirådets rapport 2006/13.

"RFID fra produkt til forbrug"

Vurdering og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet, juni 2006.

Teknologirådets rapport 2006/13

"Regulering af miljø- og sundhedsaspekter ved nanoteknologiske produkter og processer"

Vurderinger og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet, juni 2006.

Teknologirådets rapport 2006/12.

"Sundhedsydelse med IT –Pervasive Healthcare i den danske sundhedssektor"

Vurderinger og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.

Teknologirådets rapport 2006/11.

"Høring om terrorbekæmpelse"

Resumé, skriftlige oplæg og redigeret udskrift af høring i Landstingssalen, onsdag den 10. maj 2006.

Teknologirådets rapport 2006/10.

"Velfærd fremover –en udfordring"

Resumé og redigeret udskrift af konference på Christiansborg den 22. marts 2006.

Teknologirådets rapport 2006/9.

"Lille Land hvad nu?"

-Information og debat om Danmarks situation i lyset af globaliseringen.

Teknologirådets rapport 2006/8.

"Københavns Cityring"

Høring for Borgerrepræsentationen i København den 30. marts 2006.

Teknologirådets rapport 2006/7.

"Grøn transport –kan vi, og vil vi?"

Resume og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 5. april 2006.

Teknologirådets rapport 2006/6.

"Høring om Miljøteknologi"

Resumé og redigeret udskrift af høring i Landstingssalen på Christiansborg den 21. februar 2006.

Teknologirådets rapport 2006/5.

"RFID fra produkt til forbrug

-muligheder og risici ved RFID-teknologi i værdikæden"

Teknologirådets rapport 2006/4.

"Hvordan skal vi bruge den nye viden om menneskets hjerne?"

Europæiske borgere i dialog om hjerneforskning.

Teknologirådets rapport 2006/3.

”Dansk energiforbrug i fremtiden”

Resumé og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 25. januar 2006.
Teknologirådets rapport 2006/2.

”Dansk energiproduktion i fremtiden”

Resumé og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 17. november 2005.
Teknologirådets rapport 2006/1.

”Offentlig forplejning”

Resumé og redigeret udskrift af høring for Folketingets Fødevareudvalg den 12. oktober 2005 i Lands-tingssalen.
Teknologirådets rapport 2005/14.

”Retssikkerhed og aktivt medborgerskab i digital forvaltning”

Anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
Teknologirådets rapport 2005/13.

”PISA – undersøgelsen og det danske uddannelsessystem”

Resumé og redigeret udskrift af Folketingshøring mandag den 12. september 2005.
Teknologirådets rapport 2005/12.

Andre udgivelser:

BIOSAM videndeling og samarbejde i den bioteknologiske debat.
Teknologirådet december 2004.

Nyhedsbrevet ”Fra rådet til tinget”:

Nr.229 06/06: Bedre sundhed hvis færre røg
Nr.228 06/06: Bliver man syg af NANO?
Nr.227 06/06: Danmarks energifremtid
Nr.226 06/06: RFID med brugerkontrol
Nr.225 05/06: Pervasive Healthcare gavner kronisk syge
Nr.224 05/06: Terrornetværk i cyberspace
Nr.223 05/06: Vi har råd til flere ældre
Nr.222 05/06: Patentsystemet under pres
Nr.221 05/06: Nedtælling til metroens 4. etape
Nr.220 04/06: Afgang for grøn transport - skal Danmark med?
Nr.219 04/06: Danmarks energiforbrug skal ned
Nr.218 03/06: Dansk miljøteknologi til hele verden
Nr.217 02/06: Borgernes nationalparker
Nr.216 02/06: Fortsat strid om GMO-regler
Nr.215 01/06: Depression bør også i kroppen
Nr.214 01/06: Danmark på vej mod intelligent energisystem

TeknologiDebat Fokus:

TD2/2006: Patient i fremtidens it-sundhedsvæsen
TD1/2006: Årsberetning 2005
TD4/2005: Hjerner forsker i hjerner
TD3/2005: Ny GMO- muligheder og konsekvenser
TD2/2005: Teknologirådet 1995-2005
TD1/2005: Årsberetning 2004
TD4/2004: Kampen om tiden
TD3/2004: Røg, støj og møg –det ik’ for børn
TD2/2004: Mere vand – mindre land
TD1/2004: Årsberetning 2003

Alle Teknologirådets udgivelser kan læses og hentes gratis fra Rådets hjemmeside www.tekno.dk

Gratis nyhedstjenester:

Abonner på Teknologirådets elektroniske nyhedsbrev TeknoNyt, der orienterer om hvad der sker i Teknologirådet og i teknologiens verden. Send en mail til teknonyt@tekno.dk

Abonner på Teknologirådets nyhedsbrev til Folketinget "Fra rådet til tinget" ved at sende en mail til rtt@tekno.dk