

**Notat vedrørende opfølgning på klagesager,
patienterstatninger og utilsigtede hændelser i relation til
regionens hospitaler**

Dato 14-03-2017

Sagsbehandler Charlotte Rønde

Mikkelsen

CHRMKK@rm.dk

Sagsnr. 1-16-5-72-1340-14

Side 1

En af regionernes opgaver er at varetage sygehusvæsenets opgaver, jf. regionslovens § 5 stk. 1 nr. 1.

Det er naturligt et mål at løse denne opgave på bedst mulige måde.

En række indikatorer kan give et billede af i hvor høj grad regionerne, herunder Region Midtjylland lykkedes med deres opgave.

Tal for produktionen, behandlingsresultater, tilfredshedsundersøgelser, udnævnelser i Dagens Medicin mv. kan være positive indikatorer for i hvor høj grad regionerne, lykkedes med deres opgave. Eksempelvis kan et voksende antal behandlinger vise, at der er en stigende produktivitet i det danske sundhedsvæsen.

Der er dog også en række indikatorer, som kan vise, at regionerne ikke altid lykkes fuldt ud med at løse deres opgaver på bedst mulige måde. Disse indikatorer er:

- Klager over faglig virksomhed og klager over tilsidesættelse af en patientrettighed
- Serviceklager
- Patienterstatninger
- Utilsigtede hændelser (UTH)

Således viser et voksende antal udbetalinger til patienterstatninger, at der sker et stigende antal patientskader. Det betyder nødvendigvis ikke, at regionerne ikke varetager deres opgaver på den bedst mulige måde, men det kan give anledning til at undersøge nogle forhold nærmere.

De forskellige indikatorer kan bruges til læring. En patientskade kan eksempelvis bruges til en refleksion om, hvorvidt sundhedspersonen, afdelingen, hospitalet eller regionen gjorde og gør det rigtige i forbindelse med en given behandling.

Videre kan nogle af indikatorerne bruges til en kontrol med sundhedsvæsenet. Det kan være i forhold til den enkelte sundhedsperson, i forhold til en afdeling, et hospital eller regionen generelt. Dette være sig eksempelvis Sundhedsstyrelsens Tilsyn eller regionens egen kontrol, fra afdelingens eller hospitalet side, men også fra administrativ eller politisk side.

Nedenfor beskrives hver enkel af de fem oplyste indikatorer og hvordan Region Midtjylland m.fl. arbejder med disse indikatorer for på den måde, at blive endnu bedre til at løse sine opgaver.

Patientklagesystemet

Styrelsen for Patientsikkerhed modtager og behandler patientklager over sundhedsfaglig virksomhed og tilsidesættelse af patientrettigheder.

Ønsker patienten det, afholdes der, efter modtaget klage, en dialog mellem patienten og regionen. En forklaring, en undskyldning eller en oplysning om, at procedurer ændres for fremtiden, kan være nok til, at patienterne frafalder deres klagesag. Dialogordningen giver således mulighed for lokal læring.

Erfaringsmæssigt er mange patienter optaget af at den fejl eller oplevelse, som de selv har været ude for, ikke overgår en anden, og at deres tab eller lidelse i forbindelse med en hændelse anerkendes. Ønsket er, at deres oplevelse bliver brugt til læring for at forbedre behandlingen i sundhedsvæsenet.

Klager over sundhedsfaglig behandling, der er rettet mod konkrete sundhedspersoner, afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Styrelsen for Patientsikkerhed afgør klager over sundhedsfaglig behandling, når klagen er rettet mod behandlingsstedet – forløbsklage. En forløbsklage kan handle om et helt patientforløb, som går på tværs af sygehuse, kommunale tilbud og praksissektoren.

Ved afgørelsen af en faglig klage vurderes det, hvorvidt sundhedspersonen/sundhedspersonerne har udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed og har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Er der ikke udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed, udtales der kritik. Kritik kan føre til, at afgørelsen offentliggøres på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

Styrelsen for Patientsikkerhed træffer endvidere afgørelse i klager over tilsidesættelse af en patientrettighed – eksempelvis klage over frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, maksimal ventetider for livstruende sygdomme, kontaktpersonordning, udredningsretten,

refusion af udgifter til planlagt sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land, befordring mv.

De regionale patientkontorer vejleder om hvilke rettigheder, man har som patient og kan yde hjælp i forbindelse med indsendelse af en klage.

Det forudsættes, at sundhedsvæsenets institutioner tager ved lære af klagerne, og at der i øvrigt sker en lokal afklaring i forhold til de aktuelle klager.

Regionen betaler ca. kr. 15.000 til Styrelsen for Patientsikkerhed pr. sag, der behandles hos dem.

Uafhængig af klagesystemet har patienter også mulighed for at henvende sig direkte til sundhedspersonen eller behandlingsstedet, som har udført behandlingen. Dette for en uformel dialog om forløbet, og for afklaring af eventuelle spørgsmål.

Videre har patienterne mulighed for at henvende sig til de regionale patientkontorer, for en generel drøftelse af et patientforløb.

Disse uformelle kontakter kan føre til, at patienten ikke føler behov for at klage formelt.

Styrelsen for Patientsikkerhed har til opgave at sikre, at de mange data, som styrelsen modtager, bliver udnyttet til at udvikle kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne. Styrelsen for Patientsikkerhed samler således viden om patientklager, erstatningsankesager og rapporteringer om utilsigtede hændelser, og udarbejder på denne baggrund flere forskellige publikationer f.eks. temarapporter knyttet til forskellige faglige områder.

I Region Midtjylland arbejdes der med klagesager og afgørelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn på flere forskellige niveauer. Således modtages alle afgørelser i administrationen, hvor hver enkelt afgørelse gennemgås og bidrager til et overblik over kritikgivende sager og antallet af klager mv.

Afgørelserne sendes også til det indklagede hospital og de indklagede sundhedspersoner. På de enkelte hospitaler arbejdes der ligeledes med disse afgørelser med det formål at vurdere, om retningslinjer, procedurer mv. skal ændres, eller der skal ske andre foranstaltninger.

Hertil kommer, at Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med autoriserede sundhedspersoner fagligt virke og egnethed. Dette arbejde foretages på baggrund af klagesager, underretninger mv.

Sundhedsstyrelsen følger op på sager, hvor der allerede er udtalt kritik fra Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller domstolene.

Tilsynet kan sætte en autoriseret sundhedsperson i skærpet tilsyn, udstede påbud til vedkommende eller indstille til Sundheds- og Ældreministeriet, at der indledes en sag ved domstolene om hel eller delvis indskrænkning af en persons autorisation.

Offentliggørelsen af afgørelser i klagesager og tilsynssager skal ske umiddelbart efter, at de er truffet, dog tidligst dagen efter, at afgørelsen er sendt til den pågældende sundhedsperson.

Serviceklager og andre klager/henvendelser i øvrigt

Serviceklager falder uden for Styrelsen for Patientsikkerheds og Sundhedsvæsenets Disciplinærnavns kompetence.

Det kan være klager over personalets adfærd, information, ventetid i venteværelset, forplejning, parkeringsforhold m.m. Disse kan sendes til hospitalet eller regionen.

Hvis den sendes til regionen behandles den af regionssekretariatet, som forelægger klagen for den involverede afdeling.

Der er desuden en række henvendelser, som ikke er egentlige klager og ikke nødvendigvis går på egne oplevelser, men på hvad andre f.eks. pårørende har oplevet. Det konkrete eksempel er undertiden kun en anledning til at rejse en generel problemstilling, uden at der nødvendigvis er et ønske om, at det konkrete eksempel skal behandles yderligere. Det kan undertiden også være henvendelser, som handler om og er udtryk for omsorg for personalets forhold snarere end patienternes ve og vel.

Eksempler på sådanne sager er henvendelser om prioriteringer, herunder på hvilke hospitaler en given behandling tilbydes, prioritering af et område generelt, ideer eller forslag til forandringer og forbedringer mv. En del af disse besvares direkte af regionsrådsformanden på vegne af regionen.

Utilsigtede hændelser

En utilsigtet hændelse (UTH) er en på forhånd kendt eller ukendt hændelse eller fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende.

Rapporteringssystemet vedrørende UTH skal understøtte patientsikkerhed og kvalitetsudvikling ved at indsamle, analysere og formidle viden om UTH og dermed skabe en systematisk læring. Det gælder både i forhold til UTH, der sker i en enkelt sektor, f.eks. på

hospitalet, og hændelser der sker i overgangen mellem sektorerne, f.eks. når patienten udskrives til videre behandling og pleje i kommunen.

Alle sektorer i sundhedsvæsenet er omfattet af patientsikkerhedsordningen, herunder både hospitaler, kommuner og praksisområdet.¹ Sundhedspersoner har pligt til, at rapportere en UTH som de selv er involveret i, observerer eller senere opdager. Patienter og pårørende har mulighed for at rapportere en UTH.

Rapportering af utilsigtede hændelser er ikke forbundet med sanktioner for rapportøren eller de involverede i hændelsen. Det betyder, at rapporteringen ikke må få ansættelsesmæssige konsekvenser og at den viden, der er opnået ved analyse af en UTH ikke må videregives til brug for en klage-, erstatnings- eller tilsynssag.

Det er muligt for rapportøren at være anonym, men det gør ofte sagsbehandlingen vanskelig, hvis der ikke kan indhentes supplerende oplysninger. Derfor er det vigtigt, at rapportering af UTH opleves som trygt, så der kan uddrages den nødvendige læring i forhold til forbedring af systemer og arbejdsgange m.v.

Organisering af arbejdet med UTH på hospitalerne

UTH rapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), hvor hændelserne visiteres automatisk til det hospital og den afdeling, hvor rapportøren angiver, at hændelsen er sket. Der findes således sagsbehandlere lokalt på hver afdeling, der har til opgave at sørge for, at hændelserne analyseres. Ledelsen har ansvar for at der følges op og læres ved at sætte evt. handleplaner i værk lokalt.

Alle hospitaler har en eller to risikomanagere, som har til opgave at koordinere og organisere patientsikkerhedsarbejdet på hospitalet. Hvis en hændelse er mere kompleks, alvorlig eller er sket i en sektorovergang, kan det desuden være nødvendigt, at hospitalets risikomanager er behjælpelig med at iværksætte en dyberegående analyse og indkalde til møde mellem de involverede parter. Det kan f.eks. være, hvis en hændelse involverer både hospital, kommune og almen praksis.

At sagsbehandling og læring kan uddrages og iværksættes lokalt indenfor forholdsvist kort tid, kan være en af årsagerne til, at arbejdet med UTH har en central rolle i arbejdet med patientsikkerhed på hospitalerne. Der er opbygget en patientsikkerhedsorganisation og hospitalerne har fået mere viden

¹ Praksisområdet omfatter almen praksis, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter og kiropraktorer m.v.

om de ting, der sker. Det har også betydet, at der f.eks. er afdelingsledelser og hospitalsledelser, der går *patientsikkerhedsrunder* for at være mere proaktive i forhold til at identificere mulige risikoområder for patienterne.

Regionalt koordineres arbejdet med patientsikkerhed af den regionale risikomanager i Koncern Kvalitet. Her sekretariatsbetjenes også de netværk, der findes mellem regionens hospitaler og tværsektorielt. Netværkene har til formål at sikre vidensdeling omkring problematikker og tiltag mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Koncern Kvalitet udarbejder hvert år en årsrapport om patientsikkerhed, der bl.a. har til formål at identificere problemstillinger og mønstre og tendenser i de rapporterede UTH på tværs af hospitaler og øvrige regionale områder i Region Midtjylland.

Når en UTH er færdigbehandlet lokalt videresendes den til Læringsenheden i Styrelsen for Patientsikkerhed i anonymiseret form. Læringsenheden har til opgave at indsamle og formidle viden fra UTH i hele landet tilbage til sundhedsvæsenet. Det sker blandt andet gennem temarapporter og OBS-meddelelser m.v. Desuden iværksættes forskellige læringsaktiviteter, herunder temadage vedr. konkrete emner i UTH. Læringsenheden samarbejder også med bl.a. Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen.

Hvad kan UTH bruges til?

Rapportering af UTH kan generelt *ikke* bruges til at *måle patientsikkerheden* på hospitalerne, da der ikke er tale om et *statisk validt materiale*. Ved fortolkninger på antallet af utilsigtede hændelser, er det vigtigt at tage forbehold for at:

- Antallet af utilsigtede hændelser er et udtryk for antallet af *rapporterede* hændelser, og *ikke* et udtryk for, hvor mange hændelser der faktisk sker.
- Et højt antal utilsigtede hændelser i en afdeling er oftest et udtryk for en *god rapporteringskultur*, hvor en stor del af de utilsigtede hændelser rapporteres, og *ikke* et udtryk for et højere antal fejl og skader end på andre afdelinger.
- Et *lavt antal* rapporterede hændelser er omvendt *ikke* en garanti for, at der ikke er sket utilsigtede hændelser i en afdeling.
- En opgørelse over antal rapporterede UTH kan derfor *ikke bruges* til at sammenligne antal eller typer af UTH på tværs af hospitaler.

Det er mere vigtigt, *hvad* der rapporteres og arbejdes med for at sikre læring og forebyggelse snarere end *hvor meget*, der rapporteres, fordi de utilsigtede hændelser mest hensigtsmæssigt kan bruges til at *identificere problemstillinger*. Internationalt anbefales således, at rapporteringssystemer bruges til:

- at reagere på alvorlige UTH.
- at identificere risikoområder for patienterne.

Når patientsikkerhedsorganisationen peger på risikoområder, som bør løftes regionalt eller nationalt, er det ofte baseret på *indhold* mere end på *antal* UTH. Hvis omfanget af en problemstilling skal afklares må der bruges andre former for måling og monitorering.

Hvis antallet af rapporteringer falder væsentligt, er det dog vigtigt at fokusere på at bevare en *god rapporteringskultur* på hospitalerne, så der fortsat sikres viden om de ting, der sker og som kan være til fare for patienterne. Rapportering af UTH sætter en form for ramme omkring arbejdet med patientsikkerhed. Det kan være med til at sikre, at der gradvist oparbejdes en *god patientsikkerhedskultur*, hvor både ledelse og medarbejdere tænker og handler proaktivt omkring patientsikkerhed.

Patienterstatning

Patienterstatningen træffer afgørelse i sager om patienterstatning som følge af en patientskade.

Antallet af patienterstatninger, anmeldelser og erstatningsudbetalinger, er vokset siden ordningen blev indført. Stigningsraterne har været forskellig i hver af de fem regioner i de enkelte år. For regionerne samlet set har stigningerne været de samme, hvilket forventes at ville fortsætte.

En række elementer gør det særdeles svært at sammenligne regionerne, idet antallet af behandlinger der foretages i de enkelte regioner er forskellige, ligesom der er væsentlige forskelle i forhold til de typer af behandlinger, der foretages hvor i den enkelte region. Komplicerede eller sjældne behandlinger varetages alene på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau.

Det er væsentlig at pointere, at store erstatningsbeløb ikke nødvendigvis siger noget om skaden, men også i høj grad siger noget om den pågældende indtægts- og tab af erhvervssevne. Den samme skade, som rammer en person med en lille indtægt f.eks. en pensionist, vil ikke udløse den samme erstatning, som en person med en stor indtægt vil få.

Patienterstatningen (PE) udarbejdede i 2012 en analyse af stigningen i anmeldelser og erstatningsudbetalinger.

En stor andel stigningen kan forklares af faktorer, som også vil gøre sig gældende i årene fremover. Den væsentligste faktor er en stor fremgang i aktiviteten på hospitalerne. Forudsættes det, at antallet af forvoldte skader er proportional med væksten i produktiviteten, vil

det i sig selv give anledning til en tilsvarende vækst i antallet af anmeldelser og erstatningsudbetalinger. En anden væsentlig faktor er, at lovgivningens dækningsomfang er blevet udvidet til f.eks. også at omfatte primærsektoren og private hospitaler.

Det er PEs vurdering, at den primære årsag til realvæksten er en stigende rettighedsbevidsthed hos borgerne. PE har blandt andet sammenholdt stigningen med tilsvarende stigninger inden for andre klageinstanser både indenfor og udenfor sundhedsområdet samt en sammenligning med de øvrige nordiske lande, hvor man har oplevet tilsvarende stigninger.

Regionen forholder sig til tilkendte patienterstatninger på flere niveauer.

Som udgangspunkt forholder sundhedspersonerne, afdelingen eller hospitalet sig til skaden, når den indtræffer. Imidlertid kan der gå lang tid fra en skade sker til den konstateres, eller det kan være uklart, hvornår eller hvordan den er sket, herunder om der er en årsagssammenhæng mellem skaden og behandlingen.

Regionen vurderer om den kan anerkende kravet om patienterstatning eller om sagen skal ankes. Patienten har den samme mulighed.

Det er PE, som i første omgang træffer afgørelsen, men også sundhedspersonen/hospitalet/regionen høres i den forbindelse. Afgørelsen kan ankes til Patientskadeankenævnet, ligesom sagen kan indbringes til domstolene.

Således kan der gå mange år fra skaden sker, til der træffes en endelig afgørelse i sagen.

Det er vigtigt, at sundhedspersonerne, afdelingen, hospitalet, eller eventuelt regionerne generelt tager læring af patientskaderne med henblik på at undgå tilsvarende skader fremadrettet. Patienterstatningen har tilkendegivet, at de mener, at 2/3 af de anmeldte patientskader er forebyggelige.

Læring sker i dag igen hos de berørte sundhedspersoner, afdelingen, hospitalet og i administrationen. Det forekommer umiddelbart således, at der er en stor interesse hos de berørte parter i at forholde sig til den enkelte patientskade.

Region Midtjylland har indført en selvrisiko-ordning, således at det enkelte hospital selv bærer en (mindre) del af erstatning (100.000 kr.). Dette er også sket for at skærpe hospitalernes opmærksomhed i forhold til udviklingen på patienterstatningsområdet.

Der foregår også et samarbejde mellem de enkelte regioner og med PE i forhold til at nyttiggøre den viden, som opstår i forbindelse med behandling af patienterstatningssager og mulighederne for forebyggelse. Der er dog også en række problemer med dataene, da de ofte er relativt gamle i forhold til forebyggelsesinitiativer. Det problem som en erstatning er udtryk for, er således måske allerede for længst irrelevant, fordi der allerede er taget de fornødne forholdsregler.

Det er svært, at bruge det enkelte år som en indikator for, hvorvidt udgifterne er steget mere end de burde eller der alene er tale om et afvigende år. Det vurderes, at det snarere er antallet af patientskader, fordelingen på hospitalerne og karakteren af skaderne end de konkrete udgifter, som giver et billede af hvorvidt, der er særlige forhold, der bør arbejdes med.

Der arbejdes i dialog med PE på at gøre tallene mere operationelle, forudsigelige og sammenlignelige. Produktivitetsstigninger vil uundgåeligt føre til flere anmeldelser og skadesudbetalinger, også selvom skadesprocenten pr. behandling samtidig falder.

Regionen betaler ca. kr. 13.000 til PE pr. sag der behandles hos dem.

Sammenfatning

Der arbejdes på såvel nationalt, regionalt som på lokalt niveau med patientsikkerhed, herunder at skabe læring af patientklager, patienterstatninger og utilsigtede hændelser.

En stigning i antallet af klager og anmeldelser kan være en indikator for mange forskellige ting. Således kan en stigning være et udtryk for, at der er et problem, som der skal gøres noget ved, men kan også være et produkt af en øget aktivitet og klagebevidsthed hos patienterne.

Ud fra et patientsikkerhedsmæssigt synspunkt og et for regionen økonomisk synspunkt er det vigtigt fortsat at prioritere arbejdet med de enkelte indikatorer.