

**Forslag til et nyt  
klage- og tilsynssystem  
inden for sundhedsvæsenet**

*- Rapport fra Hovedbestyrelsens arbejdsgruppe*

## Indholdsfortegnelse

Side

1. Forord	1
2. Beskrivelse af nuværende klagesystem	3
3. Klagesystemer i andre lande	11
4. Beskrivelse af klagesystemer inden for andre professioner med særlig autorisation	19
4.1. Advokatnævnet	19
4.2. Landinspektører, revisorer	20
4.3. Folketingets Ombudsmand	21
4.4. Forbrugerombudsmanden. Forbrugerklagenævnet og de private klagenævn	22
4.5. Arbejdsgruppens konklusion af gennemgangen	23
5. Tilsyns- og klagesystemers relation til kvalitetsudvikling og risikostyring	25
6. Arbejdsgruppens hovedsynspunkter	29
6.1. Indledning	29
6.2. Patienters rettigheder og lægers retssikkerhed kan ikke varetages af samme instans	30
6.3. Patienter skal opnå noget ved at klage	31
6.4. Tilsyns- og klagesystemets forebyggende funktion bør styrkes	32
6.5. Indførelse af et nærhedsprincip på klageområdet	34
7. Arbejdsgruppens forslag til nyt patientklagesystem	37
7.1. Indledning	37
7.2. Klageres første henvendelsesmulighed: Behandlingsstedet	37
7.3. Oprettelse af et patientrettighedsnævn	38
7.4. Oprettelse af sundhedsfagligt disciplinærnævn	40
7.4.1. Ankemulighed vedrørende disciplinærnævnets afgørelser	41

Bilag: Skitse over arbejdsgruppens forslag til et nyt tilsyns- og patientklagesystem  
Referat af rundbordssamtale den 18. januar 2000 med Lars Adam Rehof  
Referat af rundbordssamtale den 1. februar 2000 med Sven Ternov

## 1. Forord

Ved lægemødet i 1999 blev det foreslået, at Lægeforeningen skulle udarbejde et forslag til et nyt patientklagesystem og på den baggrund besluttede Hovedbestyrelsen på sit møde den 7. august 1999 at nedsætte en arbejdsgruppe med følgende sammensætning:

Beth Lilja Pedersen, formand  
Nils W. Johannessen - afløst i august 2000 af Henrik Haxholdt  
Lars Bjørn Rasmussen  
Peter Mortensen – afløst i august 2000 af Hanne Møllerup  
Jørgen Funder, adm. direktør  
Ole Eckhardt Poulsen – indtrådt i august 2000

Kontorchef Nils Michelsen blev sekretær for arbejdsgruppen.

Nils Winther Johannessen og Peter Mortensen udtrådte af arbejdsgruppen i august 2000, hvor de blev erstattet af henholdsvis Henrik Haxholdt og Hanne Møllerup.

Arbejdsgruppen har afholdt en række møder samt rundbordssamtaler med eksperter om forskellige emner, som den har følt behov for at få nærmere belyst. Rundbordssamtaler er afholdt med:

Lektor, cand.jur. Lars Adam Rehof (om menneskerettighedsspørgsmål)  
Embedslæge i Malmø Sven Ternov (om patientsikkerhed og systemtilsyn)  
Højesteretsdommer Børge Dahl (om retssikkerhed)  
Cand.merc. jur. Mette Reissmann (om forbrugerlovgivning mv.)

Ved lægemødet i 2000 fremlagde arbejdsgruppen en interim-rapport med titlen "Overvejelser om et nyt patientklagesystem – om ansvar for behandlingsfejl". Formålet var at skabe en debat i Lægeforeningens Repræsentantskab, som startsskud til en bred debat med henblik på at ændre samfundets og lægeverdenens syn på det autorisationsansvar, som hidtil har været en hjørnesten i forebyggelsen af patientskader. Rapporten kom herved til at indgå som et naturligt supplement til dette lægemødes hovedtema, som handlede om risikostyring og kvalitetsudvikling.

Med denne rapport fremlægges arbejdsgruppens mere konkrete bud på, hvordan man kan etablere et tilsyns- og klagesystem på sundhedsområdet, hvor ikke kun autoriserede sundhedspersoner, men også myndigheder, administratorer og alle andre, der bærer et ansvar for driften af det danske sundhedsvæsen, vil kunne stilles til regnskab for deres rolle i dårlige behandlingsforløb.

Arbejdsgruppens forslag bygger på Lægeforeningens stærke ønske om, at der sker en forbedring af patienternes klagemuligheder, som kan bidrage til at sikre, at sund-

hedsvæsenet lever op til de mange patientrettigheder, behandlingsmål og behandlingsstandarder, der opstilles i disse år.

Et andet væsentligt sigte med forslaget er at beskrive et tilsyns- og klagesystem, hvor faglige disciplinærsager imod autoriserede sundhedspersoner føres under betryggende retsgarantier, der lever op til de krav, som må anses naturlige i et moderne retssamfund.

Det er arbejdsgruppens håb, at rapporten vil kunne danne grundlag for en konstruktiv debat i repræsentantskabet, som kan føre til, at Lægeforeningen får en formuleret politik på retsstillingsområdet, som bakkes op af den samlede danske lægestand.

Arbejdsgruppen vil gerne rette en varm tak til lektor, lic.jur. ved Københavns Universitet Mette Hartlev, som har ydet et betydeligt bidrag til den arbejdsproces, der ligger bag rapportens tilblivelse.

## 2. Beskrivelse af nuværende klagesystem

### Oversigt

Det nuværende klagesystem er meget forgrenet. *Klagevejene* gøres bl.a. afhængig af, hvad og hvem der klages over. Her kan der overordnet skelnes mellem klager, der er rettet mod en eller flere sundhedspersoner, og klager der er rettet mod sundhedsinstitutioner og sundhedsvæsenets administration. Klager over *sundhedspersoner* kan både vedrøre det sundhedsfaglige virke og andre forhold såsom opførsel og honorarkrav. Klager rettet mod *sundhedsinstitutioner* og *sundhedsvæsenets administration* kan både vedrøre generelle forhold (som fx prioritering af ressourcer) og konkrete forhold (såsom afslag på garanti i forbindelse med ønske om frit sygehusvalg).

Et resultat af klagen kan være, at der bliver iværksat sanktioner. Begrebet *sanktioner* bruges fortrinsvis om tiltag, der iværksættes over for enkeltpersoner. Både domstolene, Sundhedsstyrelsen, PKN og sundhedspersonalets organisationer har - forudsat en række betingelser er opfyldt - mulighed for at tildele sundhedspersoner en sanktion.

Der er også mulighed for at iværksætte sanktioner over for sundhedsvæsenets institutioner og myndigheder, omend dette kun sker yderst sjældent. Indenrigsministeriet kan fx pålægge amtsrådsmedlemmer tvangsbøder, hvis amtsrådet undlader at udføre en foranstaltning, som det efter lovgivningen er forpligtet til at udføre, jf. § 61 i lov om kommunernes styrelse. Man kan også betragte underkendelse af administrative beslutninger som en form for sanktion på linie med en påtale. Ifølge Indenrigsministeriets seneste afgørelse er sådanne sanktioner kun bragt i anvendelse i ialt 10 tilfælde i årene 1993-97 - ingen af disse sanktioner var rettet imod amtskommuner.

I de følgende afsnit vil de enkelte klage- og sanktionsmuligheder blive omtalt. Hovedvægten lægges på PKN. Der vil ligeledes være en kort omtale af tilsynssystemet.

### PKN's sammensætning, kompetence og sanktionsmuligheder

#### Sammensætning

Ifølge centralstyrelseslovens § 12 består PKN af et formandskab og en række beskikkede medlemmer. Sundhedsministeren udpeger en formand og (for tiden) 4 næstformænd. Disse skal alle opfylde betingelserne for at kunne beskikkes som landsdommere. De beskikkede medlemmer består dels af en gruppe lægmandsrepræsentanter og dels af et antal faglige medlemmer. Halvdelen af lægmandsrepræsentanter udpeges af Sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra Amtsrådsforeningen (6 medlemmer), Københavns Kommune (1 medlem) og Frederiksberg Kommune (1 medlem). Den anden halvdel (8 medlemmer) udpeges efter indhentet udtalelse fra De Samvirkende Invalideorganisationer. De faglige medlemmer (for tiden 64 medlemmer) udpeges ligeledes af Sundhedsministeren. Det fremgår ikke af loven, at dette sker i samarbejde med de faglige organisationer, men i praksis foregår det således, at de faglige organisationer, som repræsenterer de sundhedspersoner, der kan klages over, indstiller en række personer, som ministeren kan udpege.

Nævnet arbejder i afdelinger, således at hvert nævn sammensættes af en for mand/næstformand, 2 lægmandsrepræsentanter (1 medlem udpeget af kommuner og 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer) og 2 fagligt uddannede medlemmer.<sup>1</sup>

## Arbejdsform

De nærmere regler for nævnets virksomhed er fastsat i en forretningsorden.<sup>2</sup> Sagerne forberedes af PKN's sekretariat. Når klagen modtages, tages der i første omgang stilling til, om PKN kan behandle klagen. Hvis dette ikke er tilfældet, får klageren besked om dette, med angivelse af, hvor klagen eventuelt i stedet kan behandles. Når klagen er antaget til behandling, foretager sekretariatet en præcisering af klagetemaet. Denne præcisering sendes til klageren, som får en frist til at reagere, hvis vedkommende ikke er enig i sekretariatets beskrivelse af klagetemaet. Herefter sendes klagen til Embedslægen, som står for den indledende oplysning af sagen. Embedslægen kontakter de sundhedspersoner/den afdeling, der er klaget over, for at indhente kommentarer til klagen og oplysninger vedrørende de faktiske forhold. Når embedslægen har foretaget sin undersøgelse, udarbejdes der en sammenfatning, som indeholder en beskrivelse af klagepunkterne og de hændelser der er klaget over, samt en vurdering af de sundhedsfaglige problemstillinger. I sjældne tilfælde kan der også være en anbefaling vedrørende sagens afgørelse. Denne sammenfatning sendes til PKN's sekretariat, som herefter overtager behandlingen af sagen. PKN's sekretariat indhenter en sagkyndig vurdering. Normalt indhentes kun en enkelt sagkyndig udtalelse, men efter omstændighederne kan der indhentes yderligere en sagkyndig vurdering. Når sagen er tilstrækkelig oplyst, udarbejder sekretariatet et forslag til afgørelse, som sammen med embedslægens beskrivelse og vurdering sendes til høring hos såvel klageren som de indklagede sundhedspersoner. Når sekretariatet har modtaget eventuelle kommentarer fra klager og/eller de indklagede, er sagen klar til at blive afgjort af PKN.

Der er hjemmel til, at sager, der er åbenbart grundløse og ikke giver anledning til sanktioner, kan delegeres til formandens afgørelse.<sup>3</sup> Man opererer endvidere med en afgørelsesform, der betegnes som "forenklet mødesagsbehandling". Ukomplerede sager kan således sendes til nævnsmedlemmerne med en indstilling til afgørelse. Hvis alle nævnsmedlemmer kan tilslutte sig denne indstilling afgøres sagen på dette grundlag uden yderligere drøftelse. Øvrige sager afgøres på selve nævnsmødet. Hvis der ikke er enighed, afgøres sagerne ved flertalsafgørelser. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende. Nævnets møder er ikke offentlige. Der er ikke

<sup>1</sup>De fagligt uddannede medlemmer bedømmer alene sager vedrørende klager over fagfæller. Det vil sige, at der er tale om læger, hvis klagen vedrører en læge, og sygeplejersker hvis klagen vedrører en sygeplejerske. Det er imidlertid ikke et krav, at de faglige medlemmer skal have specialviden inden for det område, klagen vedrører.

<sup>2</sup>Bekendtgørelse nr. 662 af 24. september 1998 om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

<sup>3</sup>Ca. 20 % af sagerne afgøres af formanden.

mulighed for at give personligt møde eller føre vidner. Sagerne afgøres på baggrund af den skriftlige oplysning af sagen.

Under nævnets behandling kan det vise sig at være nødvendigt at indhente yderligere oplysninger herunder fx en ekstra sagkyndig vurdering eller - i sjældne tilfælde - en udtalelse fra Retslægerådet. Hvis dette er tilfældet, sendes sagen tilbage til sekretariatet, som sørger for, at sagen bliver yderligere belyst, og at de relevante dokumenter sendes til høring hos sagens parter, inden nævnet træffer afgørelse.

PKN's afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Derimod er der mulighed for at få genoptaget en sag, hvis der fremkommer nye og væsentlige oplysninger, jf § 15 i nævnets forretningsorden. Afgørelserne kan endvidere i lighed med andre forvaltningsafgørelser indbringes for domstolene til prøvelse, ligesom det er muligt at bede Folketingets Ombudsmand om at se på sagen. Fælles for såvel domstols- og ombudsmandsprøvelsen er, at den hovedsageligt er koncentreret om sagens retlige aspekter. Både domstolene og Ombudsmanden vil være tilbageholdende med at prøve de sundhedsfaglige aspekter. Ved domstolene er det dog muligt at anvende syns- og skønserklæringer - herunder fx indhente en udtalelse fra Retslægerådet - ligesom der i øvrigt på anden måde kan foregå en bevisførelse. Derfor vil domstolene være mindre tilbageholdende med at prøve det sundhedsfaglige skøn end Ombudsmanden.<sup>4</sup>

## Kompetence

PKN's kompetence er fastlagt i centralstyrelseslovens § 12. Ifølge denne bestemmelse kan klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet, indbringes for PKN. Hvis der er en særlig klageordning, træder den dog i stedet for PKN. Som det fremgår af § 12, er der nogle centrale begreber, man skal være opmærksom på, når PKN's kompetence skal beskrives. Nævnets kompetence er således afgrænset til klager over den *faglige virksomhed*, der udøves af *personer inden for sundhedsvæsenet*.

Ifølge centralstyrelseslovens § 15 kan der klages til PKN over den faglige virksomhed udført af både *sundhedspersoner* med en autorisationsordning og andre sundhedspersoner. Sundhedsministeren har i en bekendtgørelse præciseret, hvilke sundhedspersoner der kan klages over.<sup>5</sup> Der kan klages over disse personers faglige virksomhed *inden for sundhedsvæsenet*. Dette indebærer, at der ikke kan klages over det faglige virke udført af en læge i forbindelse med et hvern uden for sundhedsvæsenet, såsom fx et hvern som sagkyndig i Arbejdsskadestyrelsen eller hos PKN. Endelig er det interessant at få afgrænset, hvad der forstås ved *faglig virksomhed*. Dette er ikke nærmere defineret i centralstyrelsesloven, men man kan få et indtryk af, hvad dette begreb omfatter, ved at se nærmere på lovens forarbejder. Her fremgår det bl.a., at PKN skal tage sig af klager over den *sundhedsfaglige virksomhed* og der henvises til,

<sup>4</sup>Jon Andersen, Kai Larsen & Karsten Loiborg, "Ombudsmandsloven", 1999, p. 107.

<sup>5</sup>Bekendtgørelse nr. 520 af 14. juni 2000 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed samt om klagevejledning i statsamterne.

at PKN skal overtage de sager, som tidligere blev behandlet af Sundhedsstyrelsen vedrørende *medicinalpersoners tilsidesættelse af pligter i henhold til gældende bestemmelser*. Med disse bemærkninger må det sundhedsfaglige virke relateres til de lovfastsatte pligter, det autoriserede personale er omfattet af, såsom pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med behandling og anvendelse af medhjælp, journalføringspligt, tavshedspligt, attestpligt m.v. Forarbejderne nævner også eksempler på forhold, der *ikke* kan klages over til PKN. Det drejer sig fx om spørgsmål vedrørende erstatning, serviceniveau og sundhedspersonalets optræden. Det nævnes også, at PKN ikke kan tage stilling til patienters klager eller ønsker om visitation til sygebehandling til andet behandlingssted inden for eller uden for sygehuskommunen. Endelig fremhæves det, at klagesystemet ikke primært tager sigte på, at patienterne opnår en særlig rettighed, men at nævnets afgørelser direkte udtrykker en faglig kritik over vedkommende persons virksomhed.<sup>6</sup>

Med denne afgrænsning antages det, at den faglige virksomhed omfatter patientbehandlingen (herunder også delegation til medhjælp samt instrukser vedrørende behandling), journalføringspligt, information og samtykke, tavshedspligt og udarbejdelse af attester. Herudover har PKN kompetence til at behandle klager vedrørende afslag på aktindsigt og overskridelse af fristen for tildeling af aktindsigt, ligesom PKN fungerer som ankeinstans i forbindelse med klager over de lokale psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling m.v. Klager over serviceniveau, opførsel, prioritering m.v. falder således uden for nævnets kompetence, medmindre det også kan defineres som faglig virksomhed. En klage over, at en læge har foretaget en forkert faglig vurdering af, hvilken patient der bør opereres først, kan således behandles, selvom der er tale om et prioriterings spørgsmål.

Alt i alt kan man sige, at man med oprettelse af PKN fastholdt den opdeling, der eksisterede i det tidligere klagesystem mellem klager over faglig virksomhed og andre klager. Man har således fulgt indstillingen fra betænkning 866 (1979) om, at der ikke var grundlag for at ændre på denne opdeling.<sup>7</sup> Denne indstilling er senere blevet "konfirmeret" i betænkning 1325 (1997).

---

<sup>6</sup>I betænkning 1325 diskuterer udvalget vedrørende revision af patienters klageadgang på sundhedsområdet også spørgsmålet om patienters rettigheder i relation til klagesystemet. Et flertal i udvalget (alle medlemmer undtaget Forbrugerrådets og De Samvirkende Indvalideorganisationers repræsentanter) når frem til, at PKN's afgørelser ikke er af afgørende vigtighed for patienterne.

<sup>7</sup>I beslutningsforslag B 39, der var fremsat af en gruppe SF'ere, foreslog man, at patientklagenævne/patientombudsmanden skulle have kompetence til at tage stilling til såvel patientbehandling som optræden, service- og informationsniveau.



## **PKN's sanktioner**

PKN vurderer ifølge § 14 i forretningsordenen

- om sundhedspersonen har udvist omhu og samvittighedsfuldhed
- om sundhedspersonen kunne have handlet mere hensigtsmæssigt
- om der pga sagens alvor er grundlag for at indskærpe overfor sundhedspersonen at være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i fremtidigt virke
- om sundhedspersonen er skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed
- om tavshedspligten er overholdt
- om en afgørelse om aktindsigt kan tiltrædes
- om 10-dages fristen for aktindsigt er overholdt
- om en afgørelse fra det lokale psykiatriske patientklagenævn kan tiltrædes

Nævnets sanktionsmuligheder er således begrænset til at tage stilling til, om der er udvist omhu og samvittighedsfuldhed, om sundhedspersonen kunne have handlet mere hensigtsmæssigt, og om der er grundlag for at indskærpe over for en sundhedsperson fremover at være mere omhyggelig og samvittighedsfuld. Nævnet har derimod ikke nogen kompetence vedrørende fratagelse af autorisation, pålæg over for sundhedspersoner eller virksomhedsindskrænkninger, ansættelsesmæssige reaktioner eller straf. Disse sanktionsmuligheder eksisterer imidlertid i andre dele af sanktions-systemet.

## **Andre sanktionsmuligheder**

Ud over de sanktioner, som PKN kan tildele sundhedspersonalet, eksisterer der en række andre sanktionsmuligheder.

I det omfang, der er mistanke om, at en sundhedsperson er skyldig i et strafbart forhold, kan sagen overdrages til *strafferetlig behandling*. Det kan både vedrøre forhold omfattet af straffeloven (fx. bedrageri af sygesikringen, seksuelt misbrug, overtrædelse af tavshedspligt) eller overtrædelser af autorisationslovgivningen, som kan mødes med straf. Straffesager mod sundhedspersoner kan starte i forbindelse med, at PKN oversender en sag til anklagemyndigheden, pga formodet overtrædelse af lægelovens § 18, men kan også iværksættes med baggrund i en anmeldelse fra patienten eller andre. Det er således ikke et krav, at forholdet først skal vurderes i PKN eller andre dele af klagesystemet. De sanktioner, der kan blive aktuelle i forbindelse med strafferetlig behandling, kan være alt lige fra bøde til ubetinget fængselsstraf. Overtrædelse af autorisationslovgivningens bestemmelser kan dog alene mødes med bøde- og hæftestraf. Det er også muligt at fradømme en sundhedsperson autorisationen, hvis det strafbare forhold begrunder en nærliggende fare for misbrug af stillingen, jf. strfl. § 79.

*Sundhedsstyrelsen* har i henhold til centralstyrelseslovens regler mulighed for at iværksætte sanktioner over for autoriserede sundhedspersoner, som enten er til fare

for patienterne i forbindelse med deres virke, eller som har udvist alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed.<sup>8</sup> Sundhedsstyrelsens sanktionsmuligheder er mere indgribende end de sanktioner, PKN kan iværksætte. De omfatter såvel autorisationsfratagelse som virksomhedsindskrænkninger og pålæg om at ændre en kritisabel faglig adfærd, fx ved at udvikle sine faglige kvalifikationer. Sundhedsstyrelsens mulighed for at iværksætte de alvorlige sanktioner over for sundhedspersoner er ikke umiddelbart afhængig af, at sagen forudgående har været behandlet i PKN eller andre steder i klagesystemet. Der er dog en vis sammenhæng, idet PKN's afgørelser kan danne grundlag for, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at starte en sag vedrørende pålæg, virksomhedsindskrænkning eller autorisationsfratagelse. PKN's afgørelser skal ifølge centralstyrelseslovens § 19, stk. 3 og § 12 i forretningsordenen sendes til Sundhedsstyrelsen. Hvis Sundhedsstyrelsen får kendskab til sager, som kan give anledning til sanktioner i PKN, skal sagen oversendes til PKN, jf. centralstyrelseslovens § 12, stk. 2.<sup>9</sup>

For sundhedspersoner, som er i et ansættelsesforhold, kan det også blive aktuelt at iværksætte *ansættelsesmæssige sanktioner*. Disse sanktioner kan bestå i såvel advarsler som opsigelse og bortvisning. De ansættelsesmæssige sanktioner er ikke afhængige af, at de kritisable forhold er blevet påtalt i PKN eller hos Sundhedsstyrelsen, men det er klart, at en eller flere påtaler fra PKN eller en beslutning hos Sundhedsstyrelsen vedrørende virksomhedsindskrænkning kan danne grundlag for ansættelsesmæssige reaktioner. Sundhedspersoner, som er ansat som tjenestemænd, kan også blive mødt med sanktioner som et led i det tjenestemandretlige disciplinærsystem. Ifølge § 12 i forretningsordenen sender PKN kopi af afgørelsen til den indklagede sundhedspersons arbejdsgiver.<sup>10</sup>

Sundhedspersoner, der er omfattet af en overenskomst med den offentlige sygesikring vil kunne udsættes for sanktioner ved overtrædelse af overenskomstens bestemmelser. Læger, som er omfattet af en overenskomsten, kan således blive tildelt en advarsel eller misbilligelse, ligesom det kan komme på tale at tilbagebetale et beløb til amtskommunen, at pålægge en bod eller udelukke vedkommende fra at praktisere efter overenskomsten. Landssamarbejdsudvalget har endvidere mulighed for at iværksætte sanktioner overfor amtskommunen i form af fx. advarsel, kontrolafgifter, efterbetaling til en læge eller, pålæggelse af bod.

---

<sup>8</sup>Sundhedsstyrelsens mulighed for gribe ind over for autoriserede sundhedspersoner er blevet udvidet i forbindelse med en ændring af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse 1. juli 2000. Det er nu også muligt at iværksætte sanktioner, når der foreligger alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed, selvom dette ikke indebærer nogen direkte fremtidig fare for patienterne.

<sup>9</sup>Arbejdsdelingen mellem Sundhedsstyrelsen og PKN er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens Retningslinier nr. 15003 af 19. januar 1994 for Embedslægeinstitutionernes/Stadslægens indberetninger til Sundhedsstyrelsen vedrørende sundhedspersoners faglige virksomhed.

<sup>10</sup>Centralstyrelsesloven indeholder ikke udtrykkelig hjemmel til, at der kan videregives oplysning om klagesagens udfald til ansættelsesmyndigheden. Det kan derfor diskuteres, om denne bestemmelse er i overensstemmelse med forvaltningslovens bestemmelser vedrørende videregivelse af personoplysninger. Det kan også være relevant at vurdere videregivelsen på baggrund af persondatalovens bestemmelser. I betænkning 1325 bebudes et udvalgsarbejde om dette. Man er dog endnu ikke nået frem til en afklaring af spørgsmålet.

Endelig kan det komme på tale at iværksætte *foreningsretlige sanktioner* over for sundhedspersoner, som tilsidesætter regler udarbejdet i foreningsregi. DADL's organer tager dog ikke stilling til lægers faglige virke, medmindre der er tale om decideret uforsvarlig virksomhed og endvidere kun inden for gråzoneområder for det lægelige virke.

### 3. Klagesystemer i andre lande

Klage- og sanktionssystemer i andre landes sundhedsvæsen kan give inspiration til, hvordan man mest hensigtsmæssigt opbygger et klage- og sanktionssystem. Ved sammenligningen kan de retlige traditioner kan være forskellige, ligesom forskelle i sundhedsvæsenets organisering kan have betydning. Det er heller ikke uvæsentligt, hvordan erstatningssystemet er relateret til klagesystemet. Med disse forbehold gives der en kortfattet oversigt over klage- og sanktionssystemerne i de skandinaviske lande samt i England.<sup>11</sup>

#### Norge

I Norge er klage- og sanktionssystemet reguleret i hhv lov om pasientrettigheter og lov om helsepersonell. Disse love er netop trådt i kraft 1. januar 2001.

Pasientrettighetsloven indeholder en række bestemmelser, som vi også kender fra den danske patientretsstillingslov såsom regler vedrørende informeret samtykke og aktindsigt i journalen. Men her ud over indeholder loven også en række materielle rettigheder såsom ret til nødvendig behandling, ret til en vurdering af behandlingsbehovet, ret til en second opinion m.v. Ifølge patientrettighetslovens § 7-1 kan en patient henvende sig til "den som yter helsehjelpen" og anmode om at vedkommendes rettigheder i henhold til loven bliver opfyldt. Der er ikke tale om en egentlig klageret. Bestemmelsen lægger op til, at problemer løses på en uformel og ubureaukratisk måde. Hvis patientens klage afvises eller, hvis den der har ydet behandlingen afviser, at der er sket en tilsidesættelse af patientens rettigheder, kan der klages til *fylkeslegen*. Fylkeslegen behandler herefter sagen og tager stilling til, om patienten har fået opfyldt de rettigheder, der følger af patientrettighedsloven. Det vil sige både ret til behandling, ret til vurdering og second opinion, indplacering på venteliste m.v. og de mere formelle rettigheder til information og aktindsigt. Det bemærkes, at klagemuligheden ikke omfatter sundhedspersonalets faglige virke i bred forstand. Det er alene det faglige virke, som er defineret som en egentlig patientrettighed, der kan klages over. Fylkeslægens bedømmelsesgrundlag er således anderledes end det, der gælder for PKN. Klagesagsbehandlingen følger forvaltningslovens regler. Hvis patienten får medhold i sin klage, indebærer det, at patienten har krav på at få opfyldt den ret, som er blevet tilsidesat. Det kan fx være en ret til second opinion eller en ret til journalindsigt. Der er ikke mulighed for at anke fylkeslægens afgørelse til anden administrativ myndighed.

Som et led i klagesystemet er der endvidere oprettet et *patientombud* i alle fylker, jf patientrettighetslovens § 8-1. Patientombudets kompetence ifølge loven er alene de offentlige *specialisthelsetjenester*, som defineres som de helsetjenester, der ikke udbydes på kommunalt niveau. I praksis er det fortrinsvis hospitaler og andre helseinstitutioner, der er omfattet af begrebet. Patientombudet skal varetage patienternes behov, interesser og retssikkerhed i forhold til sundhedsvæsenet og endvidere arbejde på at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet. Kompetencen omfatter både konkrete

---

<sup>11</sup>Det har ikke været muligt inden for de tidsmæssige rammer at indhente oplysning om andre lande.

sager og generelle forhold i sundhedsvæsenet. Patientombudet kan udtale sin mening om forhold, der hører under ombudets kompetence, og foreslå konkrete tiltag til forbedringer. Ombudet kan fx lave en vurdering af en patientklage, før patienten tager stilling til, om vedkommende vil klage til fylkeslægen. Patientombudets udtalelser er - i modsætning til fylkeslægens afgørelser - ikke bindende. Hvis patientombudet bliver opmærksom på forhold, som kræver at tilsynsmyndighederne griber ind, skal ombudet underrette tilsynet. Selvom patientombudet primært er etableret med henblik på at varetage patienters retssikkerhed, kan sundhedspersonale godt henvende sig, hvis der er forhold, som patientombudet bør gøres opmærksom på.

Ved siden af klagesystemet er der også et disciplinærsystem i forhold til sundhedspersonalet. Patienten kan ifølge pasientrettighedslovens § 7-4, jf. helsepersonellovens § 72 anmode tilsynsmyndigheden om, at en sundhedsperson ikendes en "administrativ reaksjon" i medfør af helsepersonellovens §§ 55-67. Dette skal ifølge forarbejderne til pasientrettighedsloven ikke betragtes som en klageadgang. Tilsynsmyndighederne kan i øvrigt tage sager op af egen drift eller efter henvendelse fra andre end patienten. Den lokale tilsynsmyndighed er fylkeslægen. Dette betyder, at fylkeslægen både behandler patientklager og tager sig af tilsynssager over for konkrete sundhedspersoner. Det fremgår af forarbejderne til pasientrettighedsloven, at det stiller særlige krav til fylkeslægen at kunne adskille disse funktioner. De "administrative reaksjoner", som kan iværksættes i medfør af helsepersonellovens bestemmelser, omfatter advarsel, begrænsning af autorisation eller retten til at rekvirere bestemte lægemidler samt tilbagekaldelse af autorisation, licens eller specialistgodkendelse. Det er fylkeslegen, som i første omgang tager stilling til patientens anmodning om ikendelse af en "administrativ reaksjon". Hvis fylkeslegen vurderer, at der kan blive tale om en reaktion, skal sagen oversendes til Statens helsetilsyn. Der kan klages over beslutninger vedrørende "administrative reaksjoner" til Statens helsepersonellnemnd. Dette er et uafhængigt organ, som består af 3 jurister, tre personer med sundhedsfaglig uddannelse og en lægmand. Det er alene sundhedspersonen - og ikke patienten - der kan klage over afgørelsen.

Lov om helsepersonell indeholder også bestemmelser vedrørende sundhedsinstitutioners og -personers ansvar i forbindelse med organiseringen af patientbehandlingen. Ifølge § 16 skal institutioner, som yder patientbehandling, organiseres således, at sundhedspersonalet er i stand til at overholde de lovpålagte pligter. Helsedepartementet er bemyndiget til at fastsætte nærmere bestemmelser om organisering af sundhedsinstitutioner og om intern kontrol. Ifølge § 17 er sundhedspersonalet forpligtet til at af egen drift give tilsynsmyndighederne oplysning om forhold som kan medføre fare for patienters sikkerhed. Det fremgår endvidere af § 38, at sundhedspersonalet er forpligtet til at foretage anmeldelse til fylkeslegen i forbindelse med betydelig personskade på en patient eller hvor der har været hændelser, som kunne have ført til en betydelig personskade.

## Sverige

I Sverige skal der i hvert landsting eller kommune være et eller flere *patientnämnd*.<sup>12</sup> Der er - så vidt ses - tale om administrative organer, som dog skal være selvstændige i forhold til de myndigheder, som har ansvaret for sundhedsvæsenet. Patientnämndene har som formål at støtte og hjælpe patienter i forhold til sundhedsvæsenet samt mere generelt at bidrage til kvalitetsudviklingen inden for sundhedsvæsenet. Opgaverne defineres mere præcist som at hjælpe patienter til at få den information, de behøver, og til at varetage deres interesser inden for sundhedsvæsenet. Dette skal bl.a. ske ved at nævnet fremmer kontakt og dialog mellem patient og sundhedspersonale og ved at hjælpe patienter med at henvende sig til andre myndigheder for at få hjælp eller klage. Endelig skal nævnet foretage indberetninger til sundhedsinstitutioner og -udbydere om forhold og iagttagelser, som har betydning for patienterne. Nævnet udgiver årligt en rapport om sin virksomhed. Nævnet har ingen kompetence til at iværksætte sanktioner eller for den sags skyld til at give patienten ret. Hovedvægten lægges på at formidle og skabe grundlag for mægling m.v.

Det er Socialstyrelsen som fører *tilsyn* med sundhedsvæsenet og sundhedspersonalet, jf. reglerne i lovens kapitel 6. Socialstyrelsen har 6 regionale enheder. Hvis Socialstyrelsen mener, at der er grundlag for at iværksætte sanktioner over for en sundhedsperson, skal dette anmeldes til "Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd", som er et centralt nævn. Dette nævn består af en formand, som skal være eller have været dommer, samt 8 medlemmer som skal have særlig indsigt i "hälso- og sjukvård". Ud over Socialstyrelsen kan patienten (eller en nærtstående til patienten) anmelde en sag til nævnet. I Sverige betragtes denne klageret som en retssikkerhedsgaranti for patienten. Sagsbehandlingen i nævnet er skriftlig, men der kan i særlige tilfælde foretages en mundtlig forhandling, hvis dette kan medvirke til at udrede sagen. Det er også muligt at foretage afhøring af vidner eller sagkyndige ved en domstol. Nævnet har ifølge kapitel 7, § 18 mulighed for helt eller delvist at oversende sager til sundhedspersonens arbejdsgiver, hvis det er åbenbart, at det ikke er nødvendigt at nævnet træffer beslutning for at varetage patientens rettigheder eller almene hensyn. Ansvarsnævnets afgørelser kan påklages til forvaltningsdomstolen, jf. kapitel 8, § 9.

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område indeholder bestemmelser vedrørende *disciplinære sanktioner* overfor sundhedspersonalet.<sup>13</sup> Ifølge kapitel 5, § 3 kan det blive aktuelt at iværksætte disciplinære sanktioner, hvis en sundhedsperson tilsidesætter lovens regler vedrørende information, samtykke, tavshedspligt, omhu og samvittighedsfuldhed, delegation til medhjælp samt andre regler, som har betydning for sikkerheden i forbindelse med behandlingen. Tilsidesættelse af disse regler skal dog ikke sanktioneres, hvis der er tale om en mindre eller undskyldelig fejl. Disciplinære sanktioner efter denne regel består i enten påmindelse ("erinran") eller advarsel ("varning").

<sup>12</sup>Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.v.

<sup>13</sup>Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Ud over disse disciplinære sanktioner kan autorisationen bl.a. tilbagekaldes i tilfælde af, at sundhedspersonen har vist sig at være "grovt oskicklig" eller på anden måde "uppenbart olämplig" til at udføre sit faglige virke. Der findes også regler vedrørende begrænsninger i ordinationsretten.

Sundhedspersonalet har ifølge kapitel 2, § 7 pligt til at rapportere til "vårdgivaren", hvis en patient er blevet udsat for risiko for en alvorlig skade eller sygdom i forbindelse med patientbehandlingen. "Vårdgivaren" er herefter i henhold til kapitel 6, § 4 forpligtet til at give Socialstyrelsen besked om dette (Lex Maria). I Sverige har man i det hele taget i en årrække arbejdet på at lave et sammenhængende tilsynssystem, som ikke alene er koncentreret om individtilsynet, men også tager hånd om systemtilsynet.

## Finland

I Finland indeholder Lag om patientens ställning och rättigheter bestemmelser vedrørende patientklager og disciplinærsanktioner.<sup>14</sup> Ifølge lovens § 10 kan en patient, som ikke er tilfreds med den "hälso- och sjukvård" vedkommende har fået eller med den "bemötandet" vedkommende har været udsat for i forbindelse med behandlingen gøre en "anmärkning" til den ansvarlig leder for behandlingen. Hvis klagen vurderes at kunne føre til erstatning, disciplinære sanktioner m.v. skal patienten vejledes om, hvor klagen i øvrigt kan indgives. Det fremgår i øvrigt af § 10, at patientens ret til at gøre anmærkning ikke begrænser vedkommendes ret til at klage til tilsynsmyndighederne.

Ifølge lovens § 11 udnævnes der en patientombudsmand ved alle "verksamhetsenheter" for patientbehandling.<sup>15</sup> Ombudsmanden kan dog dække op til 2-3 "verksamhetsenheter". Patientombudsmandens opgave er at give patienter råd og vejledning om loven og informere om de rettigheder, patienten har. Ombudsmanden bistår endvidere patienten i forbindelse med klager over behandlingen og skal i det hele generelt arbejde for at fremme patientrettigheder. Ombudsmanden har ingen kompetence til at træffe afgørelser i sager eller udstede sanktioner. Patienter har endvidere mulighed for at klage til Lensstyrelsen.

Reglerne vedrørende sundhedspersonalets ansvar og *disciplinære sanktioner* fremgår af Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.<sup>16</sup> Ifølge § 24 i denne lov er det "Rättsskyddscentralen för hälsovården", som styrer og overvåger sundhedspersonalet. Der findes et særligt nævn, som fører tilsyn med sundhedspersonalet. "Rättsskyddscentralen för hälsovården" er tillagt en række beføjelser i forhold til sundhedspersonalet. Det fremgår fx af § 26, at der kan iværksættes disciplinære sanktioner mod sundhedspersoner, som har tilsidesat de lovfastsatte forpligtelser

<sup>14</sup>Lag nr. 785/1992 om patientens ställning och rättigheter

<sup>15</sup>Der findes et meget stort antal ombudsmænd - formentlig 2000-2500.

<sup>16</sup>Lag nr 559/1994 om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

(professionsetiske pligter, tavshedspligt, journalføringspligt m.v.) eller i øvrigt handlet fejlagtigt eller dadelværdigt. Sanktionerne kan bestå i pålæg, anvisninger for det faglige virke, begrænsninger i virksomhedsudøvelsen og fratagelse af autorisation. Patienter kan ifølge loven klage til Rättsskyddscentralen.

## Storbritannien

I Storbritannien blev patientklagesystemet omfattende ændret i 1996. Der skelnes skarpt mellem klagesager og disciplinærsager.

Retningslinier vedrørende klagesystemets organisering og sagbehandling er nærmere reguleret i et regelsæt udarbejdet af National Health Service (NHS).<sup>17</sup> Patienterne starter med at klage til den institution eller person, der har udført /er ansvarlig for behandlingen. Der kan klages over såvel service, opførsel, sundhedsfaglig behandling m.v. Alle sundhedsinstitutioner og -personer er forpligtet til at have en klageprocedure. Hvis patienten ikke er tilfreds med den behandling, klagen har fået, kan der klages videre til en Convener. Alle trusts/health authorities skal udpege mindst een Convener, som skal kunne betragtes som uvildig.<sup>18</sup> Denne vurderer, om der er grundlag for at iværksætte en egentlig formel klagesagsbehandling. I givet fald går sagen videre til et Independent Review Panel. Dette panel består normalt af en uafhængig lægperson som formand (udpeget af Secretary of State for Health), samt af Convener og en tredje person, som også skal være en uvildig person. Dette panel har til opgave at undersøge sagen og udarbejde en rapport med en vurdering af klagen. Hvis der er behov for det, udpeges der sagkyndige til at bistå panelet med vurderinger af sundhedsfaglige spørgsmål. Panelet har ingen kompetence til at iværksætte sanktioner over for personer eller institutioner og må heller ikke i sin rapport anbefale, at der indledes en disciplinærsag mod en sundhedsperson. Rapporten sendes bl.a. til klageren, den der klages over og til de lokale health authorities.

Hvis Convener afslår at lade lagen behandle ved et Independent Review Panel, eller hvis patienten ikke er tilfreds med panelets vurdering af sagen, kan patienten indbringe sagen for The Health Service Ombudsman, som er den samme som parlamentets ombudsmand. Ombudsmanden har kompetence til at behandle klager over såvel service, dårlig sagsbehandling og opførsel som patientbehandlingen. Ombudsmanden behandler også klager vedrørende afslag på aktindsigt. Klager over service på privathospitaler falder dog uden for Ombudsmandens kompetence, medmindre behandlingen er betalt af NHS. Ombudsmanden foretager en grundig undersøgelse af sagen. Hvis der er behov for det, inddrages sagkyndige i undersøgelsen. Undersøgelsen munder ud i en udtalelse. Hvis Ombudsmanden mener, at patienten bør have med-

---

<sup>17</sup>“Complaints, Listening, Acting, Improving: Guidance on Implementation of the NHS Complaints Procedure”, NHS Executive, March 1996. Nogle af disse regler er bindende, andre skal betragtes som vejledende, jf. Jean McHale, Marie Fox and John Murphy, “Health Care Law: Text, Cases and Materials”, London 1997, p. 214. Der kan endvidere henvises til Kennedy & Grubb, “Medical Law”, Third edition, Butterworths, 2000, kapitel 3.

<sup>18</sup>Ifølge reglerne må convener ikke være en person, som er ansat i den pågældende trust/health authority. Man kan enten udpege en “non-executive director” eller en helt uafhængig person.



hold i sin klage, kan han afhængig af sagen forsøge at få fremkaldt en undskyldning til patienten, få ændret en afgørelse eller evt få dækket udgifter. Ombudsmanden kan også på baggrund af klagen foreslå, at der sker ændringer i procedurer, behandling, opførsel m.v. Men i lighed med den danske ombudsmand har The Health Service Ombudsman ikke kompetence til at gennemtvinge sine synspunkter. Det er normalt patienten (eller en repræsentant for patienten), der klager til Ombudsmanden, men sundhedspersoner kan også klage, fx hvis de mener, at forholdene på et hospital eller en institution er så uacceptable, at det generelt er til fare for patienterne.<sup>19</sup>

Klagesagerne kører som sagt adskilt fra disciplinærsagerne. Selvom man i nogle klagesager ikke kan undgå at tage stilling til forhold, som kan påtales i forbindelse med en disciplinærsag, er systemet baseret på, at disse sager behandles hver for sig, idet sagsbehandlingen tjener forskellige formål. Det er dog muligt at stoppe eller begrænse visse klagesager, hvis det undervejs viser sig, at der er grundlag for at iværksætte en egentlig disciplinærsag eller straffesag. Dette kan komme på tale i sager, hvor der foreligger "serious professional misconduct". I givet fald behandles den resterende del af klagesagen færdigt i klagesystemet.

*Disciplinærsagerne* kan både versere i ansættelses- og i fagligt regi. For praktiserende læger (GP's) verserer de *ansættelsesretlige disciplinærsager* dels ved National Health Service Committee, som vurderer og sanktionerer mindre forseelser og dels ved National Health Service Tribunal, som tager sig af de alvorligere forseelser. Sanktionerne kan bestå i advarsler, økonomiske sanktioner samt i værste fald i at lægen ikke kan være ansat af Health Authority Services. For sygehuslæger m.v. er der en række forskellige procedurer, som kan iværksættes med henblik på at undersøge forskellige former for mangelfulde faglige og personlige færdigheder. Disse undersøgelser kan munde ud i ansættelsesretlige sanktioner, som herefter kan viderebehandles i industrial tribunals og ved domstolene. De *faglige disciplinærsager* føres ved General Medical Council, som har kompetence til at slette eller suspendere en læge fra registeret (over autoriserede læger) eller knytte betingelser til en læges fortsatte ret til stå i registeret. Patienter kan klage til GMC og kan på den måde medvirke til, at der iværksættes en disciplinærundersøgelse.

Klagesystemet har på det seneste været udsat for kritik. Man har bl.a. peget på, at det er vanskeligt for patienter at klage over de praktiserende læger, fordi de skal starte med at klage til lægen. Det er også blevet kritiseret at såvel Convener som panelerne ikke har en tilstrækkelig uafhængig status i forhold til sundhedsvæsenet.

### **Opsamlende bemærkninger**

Som det vil fremgå, har man i de ovenfor nævnte lande valgt ganske forskellige modeller for et klagesystem. Det bør i den forbindelse bemærkes, at sundhedsvæsenet også er organiseret forskelligt i disse lande. Det er derfor svært at lave en egentlig

---

<sup>19</sup>Ombudsmandens virke er nærmere beskrevet i Vivienne Harpwood, "The Health Service Commissioners: An extended role in the new NHS", *European Journal of Health Law*, Vol. 3, No. 3, september 1996.

sammenligning, da det kræver nøjere undersøgelser, men der er dog nogle træk, som kan fremhæves.

I alle lande har man prioriteret det, man kan kalde et *nærhedsprincip* i forbindelse med behandlingen af patientklager. Klagen starter enten med en henvendelse til den person / det hospital, hvor behandlingen foregik eller ved kontakt til et lokalt eller regionalt klagenævn/patientombud eller fylkeslæge. Der kan dog være forskel på, hvor store områder (geografisk og personelt) sådanne lokale ordninger dækker. Ordningerne forudsætter, at denne fase af klagesagsbehandlingen er uformel og fokuseret på mægling og dialog. Hvis det ikke lykkes at løse sagen uformelt, er der mulighed for at iværksætte en mere formel klagesagsbehandling. Der er imidlertid forskel på, hvilken kompetence man har udstyret klageorganet med. I Norge har Fylkeslegen kompetence til at træffe bindende afgørelser. I Storbritannien har Independent Review Panel ingen egentlige sanktioner, men der udarbejdes en rapport med en vurdering af sagen. I Sverige og Finland har Ombudsmændene alene en vejledende funktion.

Man finder både en *patientklageordning* og et *disciplinært system* i de undersøgte lande. Men der er forskel på, hvor sammenvævede disse systemer er. I Storbritannien er der tale om to adskilte systemer. Patienter har dog også mulighed for klage til GMC og på den måde starte en disciplinærsag. I Norge, Sverige og Finland er der også en opdeling i et patientklagesystem og et disciplinært system, men systemerne virker mere sammensmeltede end i Storbritannien. Patientens mulighed for at indbringe en sag for tilsynsmyndighederne indgår som et element i patientklagesystemet i såvel Sverige som Finland, hvorimod det i Norge udtrykkeligt fremhæves, at patienters mulighed for at indbringe en sag for tilsynsmyndighederne ikke er en klageadgang, men alene om en mulighed for at gøre tilsynsmyndighederne opmærksom på forhold, som skal undersøges.

*Patientklageordningerne* er rettet mod at undersøge, om patienten har ret i sin klage. Der er lidt forskel på, hvor meget de enkelte landes klageorganer kan tage stilling til. I Norge er fylkeslegens kompetence i klagesagerne afgrænset til at undersøge, om patientens rettigheder i henhold til loven er blevet tilsidesat. Da patienter også har materielle patientrettigheder i Norge, er kompetencen på det punkt mere vidtgående end PKN's, hvorimod den i forhold til sundhedspersonens faglige virke er snævrere. Det samme gælder for det norske patientombud. Til gengæld råder disse klageorganer ikke over egentlige sanktioner. I Storbritannien forekommer klagesystemets kompetence at være endnu bredere, da man både tager sig af klager over behandling, service, opførsel, administrative beslutninger m.v. I Sverige og Finland har patientnämndene og patientombudet ligeledes et meget bredt grundlag at fungere på.

*Disciplinærsystemet* i de enkelte lande er ganske forskellige. I Storbritannien er der nærmest tale om et professionsbaseret disciplinærsystem i General Medical Council. Dette suppleres af et ansættelsesretligt disciplinærsystem. I de øvrige lande er disciplinærsystemet koblet sammen med tilsynet. Der rådes over en række sanktioner, som vi kender fra det danske system. De kompetente organers sammensætning og sagsbehandlingsprocedurer er forskellige og afviger også fra det danske tilsynssystem. I Norge og især i Sverige prioriteres systemtilsynet højt, hvilket bl.a. har ført

til regler om orientering af tilsynsmyndigheden i forbindelse med utilsigtede hændelser.

Det er som sagt svært at foretage sammenligninger og derfor også svært at vurdere, hvilke klageordninger der er bedst. Det afhænger også i et vist omfang af øjnene, der ser. Et fællestræk ved de gennemgåede lande er dog, at der er en (vis) adskillelse af klagesystemet og disciplinærsystemet, ligesom der lægges vægt på et nærhedsprincip.

## 4. Beskrivelse af klagesystemer inden for andre professioner med særlig autorisation

Nedenfor foretages en beskrivelse af de klage- og sanktionssystemer, der gælder for advokater, revisorer og andre, der leverer serviceydelser i henhold til særlig autorisation.

### 4.1. Advokatnævnet

Advokatnævnet består af en formand og 2 næstformænd samt 15 andre medlemmer, jfr. retsplejelovens § 144, stk. 1. Formanden og næstformændene udpeges af Højesterets præsident, og de skal alle være dommere. Blandt de øvrige 15 medlemmer udpeges 6 medlemmer (som ikke må være advokater) af justitsministeren. De resterende 9 medlemmer vælges af Advokatsamfundet blandt medlemmer, som ikke er medlem af Advokatrådet.<sup>20</sup> I forbindelse med behandlingen af sager sammensættes Advokatnævnet således, at antallet af nævnsmedlemmer valgt af Advokatsamfundet svarer til antallet af medlemmer fra formandskabet og de øvrige medlemmer (udpeget af justitsministeriet). Det vil sige, at halvdelen af nævnets medlemmer altid er udpeget af Advokatsamfundet. Advokatnævnet er opdelt i 3 afdelinger med hver seks medlemmer, som behandler sagerne. Principielle sager eller sager, hvor advokaten risikerer at miste sin autorisation, behandles af hele Advokatnævnet.

Advokatnævnet behandler klager over det vederlag, en advokat eller et advokatselskab har krævet (salærklager), og klager over at en advokat eller et advokatselskab har tilsidesat pligter, der følger af retsplejeloven eller af forskrifter fastsat i medfør af retsplejeloven (disciplinærsager). Klager over advokatfuldmægtige rettes mod advokaten. I disciplinærsager har Advokatnævnet mulighed for at lade parter og vidner afhøre ved byretten. Finder Advokatnævnet, at en advokat eller et advokatselskab har tilsidesat lovmæssige pligter, kan det tildele en advarsel, en irettesættelse eller pålægge en bøde på indtil 200.000 kr. Hvis nævnet vurderer, at der er tale om grov eller oftere gentagen overtrædelse af pligterne, og der endvidere er grundlag for at antage, at den pågældende advokat ikke for fremtiden vil udøve advokatvirksomhed på en forsvarlig måde, kan Advokatnævnet frakende advokaten retten til at udføre sager eller forretninger af en nærmere angiven karakter eller retten til at udøve advokatvirksomhed. Frakendelsen kan ske i et tidsrum fra 6 måneder til 5 år eller indtil videre (tidsubegrænset). Advokatnævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed, men der er mulighed for domstolsprøvelse. Ifølge retsplejelovens regler er det kun advokaten /advokatselskabet, der kan indbringe sagen for domstolene. Klageren eller Advokatrådet har ikke mulighed for at få prøvet Advokatnævnets afgørelser. Sager vedrørende nævnets afgørelser anlægges ifølge retsplejelovens § 147 d og 147 e ved landsretten.

---

<sup>20</sup> Advokatrådet er Advokatsamfundets bestyrelse. Alle advokater skal være medlem af Advokatsamfundet.

## 4.2. Landinspektører, revisorer

Der findes en række love vedrørende tildeling af autorisation, bevilling, næringsbrev m.v. til private erhvervsdrivende. Formålet med disse love er at sikre en vis kontrol med udøvelsen af bestemte erhverv og funktioner. For alle disse persongrupper findes der bestemmelser, som åbner mulighed for at tildele sanktioner i form af bøder, påtaler m.v. i særlige situationer, ligesom den myndighed, der tildeler autorisation m.v. har mulighed for at fratage denne, såfremt bestemte kriterier er opfyldt.

For nogle af disse grupper findes der endvidere en lovreguleret klageordning, som giver forbrugerne mulighed for at klage over autoriserede personers tilsidesættelse af faglige forpligtelser. Det gælder således landinspektører og revisorer.

For *landinspektører* findes et Landinspektørnævn, som udpeges af by- og boligministeren.<sup>21</sup> Det består af en dommer som formand og 2 andre medlemmer, som begge er landinspektører. Den ene skal være ansat i Kort- og Matrikelstyrelsen, den anden være praktiserende landinspektør. Alle, der har en retlig interesse, kan klage til landinspektørnævnet. Nævnet har også selv mulighed for at rejse en sag. Den indklagede landinspektør skal give personligt møde i nævnet. Klageren har også ret (men ikke pligt) til at møde op, ligesom nævnet kan opfordre andre end parterne til at møde op og afgive forklaring. Der kan afhøres parter og vidner ved underretten, hvis dette findes nødvendigt. Nævnet kan tildele en landinspektør en advarsel, en irettesættelse eller en bøde på indtil 40.000 kr. Nævnet kan endvidere ved grovere eller gentagen forsømmelse, og hvor der er grund til at antage, at landinspektøren ikke fremtidig vil udøve virksomheden på forsvarlig måde, frakende en landinspektør beskikkelsen. Nævnets afgørelser kan ikke ankes til anden administrativ myndighed.

For *revisorer* findes både et Disciplinærnævn og et Revisornævn.<sup>22</sup> Disciplinærnævnet oprettes af Foreningen af Statsautoriserede Revisorer og består af en formand, der skal være dommer samt 4 andre medlemmer hvoraf 2 medlemmer skal være revisorer og de 2 øvrige skal repræsentere regnskabsbrugerne. Disciplinærnævnet behandler klager over, at en revisor har tilsidesat sine pligter i henhold til lovgivningen. Alle der har en retlig interesse kan klage. Hvis der er behov for det, kan Disciplinærnævnet foretage afhøring af parter og vidner ved byretten. Hvis nævnet finder, at en revisor har tilsidesat sine pligter, kan nævnet tildele vedkommende en advarsel eller en bøde på højst 200.000 kr. Hvis Disciplinærnævnet vurderer, at der er grundlag for rettighedsfrakendelse overdrages sagen til Revisornævnet. Sagens parter kan klage over Disciplinærnævnets afgørelser til Revisornævnet. Revisornævnet nedsættes af erhvervs- og selskabsstyrelsen og består af en dommer som formand og 8 medlemmer, hvoraf 2 medlemmer er autoriserede revisorer, 2 medlemmer er registrerede

<sup>21</sup> § 9 i lovbekendtgørelse nr. 763 af 10. juni 1999 om landinspektørvirksomhed.

<sup>22</sup> Der findes to forskellige slags revisorer; statsautoriserede revisorer og registrerede revisorer, som er omfattet af hver sin lovgivning, nemlig hhv. lovbekendtgørelse nr. 501 af 30. juni 1998 om statsautoriserede revisorer og lovbekendtgørelse nr. 502 af 30. juni 1998 om registrerede revisorer. Der findes separate disciplinærnævne for disse revisorer, men da disse ankenævne er ens i opbygning m.v. behandles de samlet her.

revisorer, og de resterende 4 medlemmer skal have henholdsvis juridisk uddannelse, økonomisk uddannelse, indsigt i pengeinstitutters forhold og indsigt i investorers forhold. Revisornævnet træffer afgørelser i sager vedrørende rettighedsfrakendelse samt i sager, hvor der er klaget over Disciplinærnævnets afgørelse. Revisornævnets afgørelse kan ikke ankes til anden administrativ myndighed.

### 4.3. Folketingets Ombudsmand

Ombudsmanden skal efter ombudsmandslovens § 21 bedømme, om myndigheder eller personer har handlet i strid med gældende ret eller på anden måde gjort sig skyldige i fejl eller forsømmelser ved udøvelsen af deres opgaver. Ombudsmanden kan fremsætte kritik, afgive henstillinger samt i øvrigt fremsætte sin opfattelse af sagen, jf. § 22.

Ombudsmanden behandler klager, men har også mulighed for af egen drift at optage en sag til undersøgelse eller gennemføre generelle undersøgelser af en myndigheds behandling af sager, jf. § 17.

Oprindeligt synes det at have været den almindelige opfattelse, at det centrale for Ombudsmandens virksomhed var personorienterede undersøgelser rettet mod den eller de embedsmænd, der var ansvarlige for den påklagede afgørelse, og som i givet fald kunne ifalde et disciplinært eller strafferetligt ansvar. I det virkelige liv har Ombudsmandens undersøgelser imidlertid lige fra starten i 1955 i det væsentlige være rettet, ikke mod den enkelte embedsmand, men mod myndigheden som sådan.<sup>23</sup> Dette har da også fundet udtryk i den nugældende ombudsmandslov (lov 473/1996), som angår klager over "myndigheder eller institutioner", jf. § 13.

To af ombudsmandsinstitutionens væsentlige funktioner er den problemopfangning, som klagebehandlingen giver mulighed for, og - i vidt omfang som et produkt heraf - en retsskabende virksomhed i form af præcisering og udvikling af regler og principper om god sagsbehandling. Forvaltningsloven, der indeholder nærmere regler om inhabilitet, partshøring, begrundelse etc., er således i meget vidt omfang en kodifikation af den praksis, der er udviklet af Ombudsmanden, ligesom Justitsministeriets vejledning vedrørende forvaltningsloven i vidt omfang er blevet til i lyset af Ombudsmandens praksis.<sup>24</sup>

Karakteristisk for Ombudsmandens virksomhed (sammenlignet med f. eks. domstolene) er bl.a., at hans udtalelser er retligt uforbindende, og at han således ikke er nødt til at gå ind i de ofte temmelig komplicerede afvejninger om fastsættelse af den retlige følge af et kritisabelt forhold. I den forvaltningsretlige teori er dette fremhævet som havende den gavnlige følge, at ombudsmandsinstitutionen har kunnet koncentrere sig om "det grundlæggende, det generelle det fremadrettede. Uden sådan

<sup>23</sup> Jf. *Hans Gammeltoft-Hansen m. fl.*: Forvaltningsret (1994) s. 577

<sup>24</sup> Jf. *Hans Gammeltoft-Hansen m. fl.*: Forvaltningsret (1994) s. 604

koncentration ville ombudsmandsinstitutionens massive påvirkning af forvaltningen i de forløbne 35 år ikke have været mulig".<sup>25</sup>

#### **4.4. Forbrugerombudsmanden. Forbrugerklagenævnet og de private klagenævn**

Forbrugerombudsmandsinstitutionen er et tilsyns-, påtale- og påvirkningsorgan, som administrerer i første række markedsføringsloven. Ligesom det er tilfældet med Folketingets ombudsmand, initieres Forbrugerombudsmandens sagsbehandling ikke alene af udefra kommende klager, idet han også af egen drift kan optage sager til behandling. Forbrugerombudsmandens primære opgaver er at føre tilsyn med markedsføringslovens overholdelse, navnlig ud fra hensynet til forbrugerne, jf. § 15, ligesom han ved forhandling skal søge at påvirke de erhvervsdrivende til at handle i overensstemmelse med principperne for god markedsføringsskik. Dette sker bl.a. gennem udarbejdelse og offentliggørelse af generelle retningslinjer, der på nærmere angivne områder kan bidrage til at præcisere og udvikle lovens generelle krav om iagttagelse af "god markedsføringsskik", jf. § 17. Disse fremadrettede aktiviteter er således funderet i de forbrugererfaringer, der tilflyder Forbrugerombudsmanden gennem bl.a. konkrete forbrugerklager direkte til ham selv eller til Forbrugerklagenævnet. Forbrugerombudsmandens nyttiggørelse af den problemopfangning, der finder sted ved Forbrugerklagenævnet, fremmes bl.a. af, at de to institutioner begge sekretariatbetjenes af Forbrugerstyrelsen.

I modsætning til, hvad der gælder Forbrugerombudsmanden, kan Forbrugerklagenævnet og de i henhold til Forbrugerklagenævnsloven godkendte private klagenævn ikke af egen drift initiere sager, idet de ligesom domstolene har karakter af tvistløsningsorganer, der påkender civilretlige tvister. I modsætning til domstolene er forbrugerklagenævnenes sagsbehandling skriftlig og deres afgørelser er ikke bindende for parterne. Sagerne afgøres af repræsentanter for forbruger- og erhvervsinteresser samt en formand, der typisk er professionel dommer. Der findes p.t. følgende godkendte, private forbrugerklagenævn: Byggeriets Ankenævn, Klagenævnet for Ejendomsformidling, Ankenævnet for Forsikring, Ankenævnet for Hotel, Restaurant og Turisme, Ankenævnet for Hulrumsisolering, Ankenævnet for Køreundervisning, Pengeinstitutankenævnet, Realkreditankenævnet og Rejseankenævnet.

Forbrugerklagenævnene er landsdækkende organer og har som følge heraf gode muligheder for at fungere som problemopfangere, der på grundlag af behandlingen af de konkrete klagesager kan fastslå, hvad der af forbrugerne i forskellige brancher opfattes som væsentlige problemer. Hertil kommer, at erhvervsrepræsentanternes deltagelse i sagernes afgørelse muliggør løbende feedback til branchen med henblik på eventuel fremadrettet justering af fremgangsmåder mv. Mulighederne for effektiv udnyttelse heraf er ikke mindst til stede i godkendte private klagenævn, såsom fx. Pengeinstitutankenævnet og Realkreditankenævnet, der behandler klager over et forholdsvist begrænset antal aktører i brancher med en meget høj organiseringsgrad. I hvert fald i Pengeinstitutankenævnet og Realkreditankenævnet synes problemop-

---

<sup>25</sup> Jf. *Bent Christensen: Forvaltningsret. Prøvelse (1994) s. 287 f.*

fangningen ved nævnene da også i et forholdsvis vidt omfang at blive udnyttet af virksomhederne til "kvalitetsudvikling" i form af forbedret information eller anden justering af deres praksis i privatkundeforhold. Desuden er der adskillige eksempler på, at den konkrete sagsbehandling i klagenævnene har ført til initiativer af generel art fra Forbrugerombudsmandens og lovgivningsmagtens side.<sup>26</sup>

#### **4.5. Arbejdsgruppens konklusion af gennemgangen**

Arbejdsgruppen må efter gennemgangen af klagesystemerne inden for andre autoriserede erhverv konstatere, at disse på væsentlige punkter yder en bedre retssikkerhed, end læger har i dag. Arbejdsgruppen finder det f.x. tankevækkende, at flere systemer åbner mulighed for personlig fremmøde og førelse af vidner, ligesom det er almindeligt at trufne afgørelser enten kan indbringes for en ankeinstans eller – som det er tilfældet for advokater – forelægges for domstolene i henhold til en lovfæstet automatik.

Vedrørende afsnit 4.3. og 4.4. må bemærkes, at de omtalte organer vurderer myndigheder og systemer og ikke enkeltpersoner. De har en væsentlig funktion som problemopfangere og medvirker til kvalitetsudvikling, beskrivelse og dermed fastsættelse af god sagsbehandling/god "skik", svarende til "best practice" inden for forskellige områder.

---

<sup>26</sup> Som eksempel kan nævnes, at klagesagsbehandlingen ved Pengeinstitutankenævnet i starten af 1990'erne viste, at betalingskortlovens regler om kortindehavers hæftelse for andres uberettigede brug af kortet gav anledning til en række problemer i praksis. På baggrund af forhandlinger mellem de involverede erhvervs- og forbrugerrepræsentanter opnåedes enighed om forskellige ændringer, som herefter blev gennemført ved en lovændring.



## 5. Tilsyns- og klagesystemers relation til kvalitetsudvikling og risikostyring

Baggrunden for at tildele læger et individuelt autorisationsansvar med tilknyttede sanktionsmuligheder hviler først og fremmest på en erkendelse af, at patientbehandling kan være forbundet med fare for patienter, og at læger derfor under strafansvar skal være forpligtet til at udvise størst mulig omhu og samvittighedsfuldhed i deres gerning. Sigtet med autorisationsansvaret er altså først og fremmest forebyggende ved, at det fastholder læger på deres personlige ansvar for omhyggelig og sikker lægegerning. Samfundets reaktion på overtrædelser går ud på at "straffe" med henblik på, at dette skal virke specialpræventivt (opdragende) over for den enkelte læge og almentpræventivt (afskrækkende) over for andre læger. Sanktioner skal også tilgode-se borgerens retsbevidsthed, når han eller hun finder, at en læge har tilsidesat sine forpligtelser over for en patient.

At det nuværende tilsyns- og klagesystem først og fremmest tilsigter at forebygge gennem sin repressive og special- og almenpræventive virkning, illustreres meget tydeligt ved, at lægernes arbejdsgivere - sygehusejerne og Sygesikringen mener sig berettiget til at få tilsendt Patientklagenævnets afgørelser som en naturlig konsekvens af deres ledelsesret<sup>27</sup>. Ingen af de nævnte institutioner har imidlertid på noget tidspunkt anført systematisk kvalitetsudvikling og risikostyring som begrundelse for deres ønske om at få dem udleveret. Interessen er derfor nok først og fremmest knyttet til et ønske om at vurdere, om Patientklagenævnets afgørelser også skal have ansættelsesmæssige konsekvenser for kritiserede læger i form af advarsel, afskedigelse, forbigåelse ved forfremmelse, etc..

Disse nærmest kulturelt betingede "straffende" reaktionsmønstre over for fejl gendes givetvis af de fleste læger, som selv har fået indkodet samme sammenhæng mellem ansvar og skyld. Også læger bebrejder kollegaen, som glemte, at patienten var allergisk over for penicillin, og sygeplejersken, som glemte at aflæse adrenalin-koncentrationen på medicinflasken, mv. Sådanne bebrejdelser afspejler måske dybest set den frygt, alle læger nærer for selv at komme til at skade deres patienter. Derimod har læger ganske svært ved at tale om de fejl, de selv begår, fordi de som følge af den fremherskende holdning til spørgsmålet om ansvar og skyld inderst inde opfatter enhver selvbegået fejl som ubærlig for deres egen selvforståelse.

Nyere undersøgelser viser imidlertid, at der finder et betydeligt antal uopdagede eller ikke-rapporterede hændelser sted i sundhedsvæsenet, som medfører, at patienter skades unødigt, og som i nogle tilfælde fører til dødsfald blandt patienter.

---

<sup>27</sup> FAYL, FAS og P.L.O. har i fælleshenvendelser til Justitsministeriet og Sundhedsministeriet anført lovligheden af denne praksis. Spørgsmålet må betragtes som uafklaret, indtil det er blevet prøvet ved domstolene.

I USA, Australien og England<sup>28</sup> er der i de senere år foretaget en betydelig og systematisk vidensopsamling om forekomsten af fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. I 1991 udgav Brennan og Leape en række resultater fra "The Harvard Medical Practise Study"<sup>29</sup>, som viste, at der ved 3,7% af alle hospitalsindlæggelser forekommer svigt og væsentlige mangler i forbindelse med behandling og pleje. 13,6% af disse fejlbehæftede hospitalsindlæggelser resulterer i døden, 2,6% i varige handicaps. Lignende studier i USA og i Australien har bekræftet resultaterne.

Direkte overført til danske forhold ville en tilsvarende forekomst betyde, at ca. 40.000 patienter årligt udsættes for utilsigtede hændelser, og at ca. 5.000 patienter dør som følge af disse, mens ca. 1.000 påføres varige handicaps. Til sammenligning udgjorde trafikdødsfald i 1998 mindre end 500. Den seneste tids danske rapporter om forekomst af talrige svigt i forbindelse med medicinordination i pleje- og behandlingsjournaler antyder, at der også i Danmark foreligger store problemer med svigt i sundhedsvæsenet, som de nuværende ansvarsregler for autoriseret sundhedspersonale ikke er i stand til at eliminere.

Hvis denne antagelse er rigtig – og det er der meget, der tyder på – må det lægges til grund, at det nuværende tilsyns- og klagesystem er baseret på en falsk formodning om, at repressive og almenpræventive sanktioner kan forebygge utilsigtede hændelser, der bringer patientsikkerheden i fare. Via klagesagsområdet fremdrages kun en lille brøkdelt af de utilsigtede hændelser, der burde give anledning til intervention med henblik på forbedret risikostyring og kvalitetsudvikling. Tiden må derfor være inde til, at samfundet og lægestanden begynder at tænke i nye baner ved opbygning af systemer, der tilsigter at styrke behandlingssikkerheden og til, at man begynder at anlægge et andet grundsyn på lægers ansvar for svigt.

Dette støttes af, at erfaringer fra andre risikobetonede erhverv har vist, at sanktions-systemer, der udelukkende fokuserer på at få placeret et individuelt ansvar hos aktører inden for erhvervet, er udtryk for en forældet og måske endog primitiv tankegang, og som er en lidet effektiv til at forebygge ulykker og skader.

Menneskelige og ikke tekniske fejl er i dag ansvarlig for hovedparten af alle større dødsulykker. Det er aldrig vist, at menneskelige fejl kan undgås. Alle mennesker i alle typer job fejler. I USA udkom i november måned 1999 en rapport fra den statslige organisation Institute of Medicine, der havde titlen: "To Err is Human: Building a

---

<sup>28</sup>Se UFL 19, 2000:162:2719-22

Thomas Schiøler, Beth Lilja Pedersen, Torben Steen Mogensen og Anne Frølich: Utilsigtede hændelser på sygehuse - en gennemgang af tre udenlandske studier.

<sup>29</sup>Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1999;324:309-13.

Safer Health System"<sup>30</sup>. I forbindelse med at BMJ den 18. marts 2000 udkom med et temanummer med titlen "Reducing Error, Improving Safety", afholdtes samtidig en konference med samme emne. Baggrunden for begge disse initiativer er en grundlæggende forståelse for, at det er menneskeligt – og hermed uundgåeligt - at fejle, også for læger. Med den erkendelse følger også, at eftersom vi ikke kan ændre den menneskelige natur, må vi ændre de omstændigheder, vi arbejder under for at eliminere og minimere konsekvenserne af fejlene.

Man kan også sige det på en anden måde:

Der er to grundlæggende forskellige tilgange til at forstå menneskelige fejl. Den personorienterede og den systemorienterede. Den personorienterede fokuserer på de enkeltes svigt mens den systemorienterede koncentrerer sig om de omstændigheder, den enkelte arbejder under og forsøger at opbygge systemer, der forhindrer svigtene eller minimerer skaden af dem. Disse to forskellige modeller til forståelse af den menneskelige fejl har stor praktisk betydning for, hvordan man forsøger at forebygge svigt i sundhedssektoren. I den systemorienterede forståelse anerkender man, at det er menneskeligt at fejle. Eftersom man ikke kan ændre den menneskelige natur, må man ændre de omstændigheder, mennesket arbejder under. I den personorienterede forståelse, som danner grundlag for det nuværende klagesystem, anses mennesker for at have et frit valg mellem sikker og usikker adfærd. Derfor opfattes sanktioner over for enkeltpersoner som en velegnet metode til forebyggelse af behandlingssvigt, etc. Det falder godt i tråd med, at det samtidig er mere følelsesmæssigt tilfredsstillende at skyde skylden på enkeltpersoner fremfor at gå til angreb på sundhedsinstitutioner. I al fald er det lettere at håndtere rent legalt. Problemet er, at denne model spiller fallit, fordi den er ude af stand til at forhindre lignende skader i at opstå senere.

Et klageorgans afgørelser bør gøres almindeligt tilgængelige for alle i anonymiseret form, således at sundhedsvæsenets aktører får mulighed for at anvende dem til at afdække risikobetonede behandlingsmønstre. Lægeforeningen har da også ved flere lejligheder gjort opmærksom på, at Patientklagenævnets nuværende praksis med offentliggørelse af ganske få udvalgte sager ikke kan anses for at have nogen kvalitets-sikrende funktion.

Der er ingen grund til at tro, at det nuværende tilsyns- og patientklagesystem i nævneværdig grad bidrager til at forebygge utilsigtede hændelser, der skader patienter eller udsætter patienter for risiko. Arbejdsgruppen finder derfor, at der er et påtrængende behov at iværksætte patientsikkerhedsinitiativer på alle niveauer.

---

<sup>30</sup>Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err Is Human. Building of Safer Health System.* Washington, DC: National Academy Press, 1999.

Det har imidlertid ligget udenfor arbejdsgruppens kommissorium at fremkomme med konkrete forslag til, hvorledes der kan etableres alt hensigtsmæssigt samspil mellem klageområdet og de aktiviteter omkring kvalitetssikring og risikostyring, der iværksættes i disse år.

## 6. Arbejdsgruppens hovedsynspunkter

### 6.1. Indledning

Et tidssvarende tilsyns- og klagesystem skal kunne tilgodese flere grundlæggende hensyn.

Formålet med et klagesystem bør være at opnå nogle tilbagemeldinger fra sundhedsvæsenets brugere om forhold, som de har oplevet som utilfredsstillende og at anvende disse tilbagemeldinger i arbejdet med udvikling af sundhedsvæsenets behandlingstilbud og øvrige serviceydelser samt - alt efter omstændighederne - til forbedring af patienternes sikkerhed. Det er meget vigtigt, at dette hovedformål med et nyt klagesystem synliggøres på en måde, således at ansvaret for forebyggelse af utilsigtede hændelser, svigt og fejl opleves som forpligtende ikke alene af sundhedsvæsenets behandlere, men også af Folketing, Regering, sundhedsmyndigheder og driftsherrer.

Patienter må antages først og fremmest at have interesse i at få en uvildig bedømmelse af, om de har modtaget det eller de behandlingstilbud, som de har krav på og om det gennemgæede behandlingsforløb har levet op til forventet standard. Patienterne ønsker endvidere at få sikkerhed for, at der rettes op på kritisable forhold, som en klagesag måtte have afdækket. Endelig har patienterne interesse i at få erstatning for eventuelle påførte behandlingsskader.

Samfundets interesse ligger i systemets bidrag til at sikre, at skatteborgerne modtager den service, som de har betalt for, og at sundhedsvæsenets behandlere er i stand til at honorere de faglige krav, der stilles til dem.

Lægeforeningen har interesse i et system, der afdækker faglige fejl, dårlig behandlingsskvalitet eller tilsidesættelse af enkeltpersoners faglige forpligtelser. Samtidig er det helt afgørende, at læger modtager fair play, når deres individuelle faglige virksomhed bedømmes, og at de ikke gøres til sydebukke for organisatoriske mangler i sundhedsvæsenet, som de er uden ansvar for.

Patienterne, samfundet og behandlerne har en fælles interesse i, at der sker en fremadrettet anvendelse af erfaringer, der indhøstes via klagesystemet, f.eks. ved at der rettes op på organisatoriske svagheder og ressourcemæssige svigt og ved, at der gøres mest muligt for at minimere risikoen for, at fejl ikke gentager sig.

Arbejdsgruppen finder, at Lægeforeningens forslag til et nyt tilsyns- og klagesystem i videst muligt omfang bør tilgodese disse grundlæggende hensyn.

Dette forudsætter efter arbejdsgruppens opfattelse, at der parallelt med et egentligt patientklageorgan etableres et sundhedsfagligt disciplinærnævn, der skal have til

opgave at tage stilling til sager om konkrete autorisationslovsovertrædelser, som afdekkes gennem klagesystemets virksomhed og gennem Sundhedsstyrelsens tilsyn med sundhedsvæsenet. Til samme disciplinærnævn kunne man henlægge kompetencen til at afgøre om sundhedspersoner generelt, det vil sige fagligt, psykisk og mentalt, er i stand til at opfylde autorisationslovenes krav.

## **6.2. Patienters rettigheder og lægers retssikkerhed kan ikke varetages af samme instans**

Et nyt klagesystem på sundhedsområdet bør indebære en styrkelse ikke alene af indklagede sundhedspersoners retssikkerhed, men også patienternes formelle og materielle rettigheder.

Folketingets vedtagelse af lov om patienters retsstilling indebar blandt andet, at man fik lovfæstet et betydeligt antal patientrettigheder, der relaterer sig til sundhedspersoners, først og fremmest lægers forpligtelser. Lægeforeningen har imidlertid i flere år gjort sig til talsmand for indførelse af egentlige materielle patientrettigheder, der sikrer patienterne en række valgmuligheder og rettigheder med hensyn til undersøgelse og behandling, f.x. ventetidsgarantier og lovfæstede krav til de fysiske rammer for patientbehandlingen. Lægeforeningens politik på området, der blev indgående drøftelser ved lægermøderne i 1996 og 1997, vinder stadig større tilslutning blandt de politiske partier, i patientorganisationer og i befolkningen i almindelighed.

Et klageorgan på sundhedsområdet skal kunne understøtte sådanne patientrettigheder, således at det gennem sin afgørelsespraksis vil få en egentlig styrende funktion for de politiske og administrativt ansvarlige inden for sundhedsområdet.

Patienter bør således have mulighed for at rette henvendelse til en klageinstans, hvor man kan få en bedømmelse af, om et gennemgået behandlingsforløb på alle punkter har levet op til de almindeligt anerkendte standarder, der er opstillet for sundhedsvæsenet. Ved bedømmelsen må der også tages stilling til, om patienternes formelle rettigheder er blevet tilsidesat samt til, om materielle patientrettigheder som f.x. behandlingsgarantier er overholdt. Endvidere bør patienter som brugere via nævnets afgørelsespraksis kunne få sikkerhed for, at der vil blive rettet op på påviste mangler og organisatoriske svagheder i sundhedsvæsenet. Et klageorgan med en så bred kompetence bør være sammensat af repræsentanter for såvel patienter, brugerorganisationer, sygehusmyndigheder og med juridisk sagkundskab.

Arbejdsgruppen anser imidlertid sådan et klageorgan for direkte uegnet til at vurdere standarden af enkelte sundhedspersoners faglige virksomhed. Såfremt sundhedspersoner skal sikres en retfærdig bedømmelse af, om de har handlet fagligt forsvarligt, og om der er grundlag for at drage dem til ansvar for overtrædelse af autorisationslovene, bør kompetencen til at foretage bedømmelsen henlægges til et egentligt sundhedsfagligt disciplinærnævn, der alene skal have til opgave at vurdere, om der er

grundlag for at tildele enkeltpersoner disciplinære sanktioner. Et sådant disciplinærnævn bør være sammensat af fagfolk med betydelig sagkundskab inden for det pågældende speciale, ligesom det bør være tilknyttet juridisk sagkundskab.

Det er således nødvendigt, at der foretages en organisatorisk adskillelse mellem en instans, der skal tage stilling om patienternes formelle og materielle rettigheder er tilsidesat og en instans, der skal afgøre om der er grundlag for at drage enkeltpersoner til ansvar for overtrædelse af autorisationslovene.

Det er ikke muligt at etablere et klagesystem, som både kan tilgodese patienters og sundhedspersoners meget forskellige retssikkerhedsbehov.

### **6.3. Patienter skal opnå noget ved at klage**

Patienter, der klager over sundhedsvæsenet, må antages at være interesseret i at få en uvildig bedømmelse af

- om de har fået det eller de behandlingstilbud og valgmuligheder, de har krav på
- om den behandling og den service, de har modtaget, i enhver henseende er af tilstrækkelig kvalitet
- og om deres rettigheder som patienter i øvrigt er blevet opfyldt. Herudover er mange patientklager utvivlsomt begrundet i ønske om økonomisk kompensation.

Et klageorgan skal herudover bidrage til at fastlægge normer og behandlingskvalitet

Endelig er ønsket om at forebygge, at andre patienter udsættes for samme behandlingssvigt, som de selv, et hyppigt og forståeligt klagemotiv.

Det nuværende patientklagesystem tilgodeser langt fra alle disse patienthensyn, bl.a. fordi Patientklagenævnet på forhånd er afskåret fra at tage stilling til, om dårlige behandlingsforløb helt eller delvist må tilskrives beslutninger foretaget på politisk og administrativt niveau.

Patientklagenævnets funktion er i dag udelukkende at tage stilling til konkrete sundhedspersoners faglige virke og udtrykke kritik, hvis der findes grundlag for det. Patientklagenævnet har ikke mulighed for at behandle klager vedrørende erstatning, serviceniveau, prioritering af ressourcer, sundhedspersonalets optræden m.v., med mindre klagen på en eller anden måde kan defineres som en klage over en eller flere sundhedspersoners faglige virksomhed.

Såfremt en læge foretager en forkert faglig vurdering af, hvilken af flere patienter der skal opereres først, vil spørgsmålet kunne behandles af Patientklagenævnet, for så

vidt angår den pågældende læge. Nævnet er derimod afskåret fra at tage stilling til, om baggrunden for et uheldigt behandlingsforløb i realiteten er en uhensigtsmæssig prioritering af ressourcetildelingen eller en uforsvarlig tilrettelæggelse af arbejdsopgaverne på det pågældende behandlingssted. Denne – ganske påfaldende - begrænsning af Patientklagenævnets kompetence må være udtryk for, at Folketinget hidtil ikke har ønsket at give Nævnet mulighed for at træffe afgørelser, der indebærer indgreb i det kommunale selvstyre.

Patientklagenævnet formår i dag højst at give klagere en tilfredsstillende ved at få bekræftet en formodning om, at en sundhedspersons faglige skøn ikke har været godt nok. – Nævnet bidrager ikke til at ændre en uhensigtsmæssig behandlingspraksis eller til at forebygge organisatoriske svigt fremover. Det nuværende system bringer læger i en unødvendig defensiv rolle til skade for patienters og lægers fælles ønske om et tillidsfuldt samarbejde, hvortil kommer, at systemet virker direkte ansvarflygtigende i forhold til det samlede sundhedsvæsen, fordi politikere og administratører ikke stilles til regnskab for deres beslutninger.

Arbejdsgruppen finder, at der er behov for et klagesystem, der kan tage stilling til forbrugerpolitiske spørgsmål vedrørende sundhedsvæsenets standard, hvor klagere ved at få medhold kan opnå selvstændige rettigheder. Der er behov for at styrke patienters retsstilling gennem indførelse af en klageinstans, som har kompetence til at behandle klager over behandling, service, opførsel, sygehusstandard, ventetider og dårlige behandlingsforløb. Samtidig skal klageinstansen have kompetence til at fastslå ansvarsplaceringen mellem det kliniske, administrative og politiske niveau inden for sundhedsvæsenet.

Et centralt patientrettighedsnævn med en sådan kompetence vil kunne yde et væsentligt bidrag til at sikre en ensartet behandlingsstandard i hele landet. Samtidig vil det rette op på det retssikkerhedsproblem, der ligger i, at afgørelseskompetencen i klagesager vedrørende adfærd, fysiske rammer og ressourcetildeling i dag er henlagt til sygehusejerne, som reelt er inhabile, fordi de selv er ansvarlige for de forhold, der klages over.

#### **6.4. Tilsyns- og klagesystemets forebyggende funktion bør styrkes**

Patientklagenævnet intenderer at have et forebyggende formål, idet nævnets adgang til at tildele kritik skærper sundhedspersonernes omhu og agtpågivenhed, således at antallet af fejl formodes at blive minimeret.

Den forebyggende effekt søges opnået gennem de konsekvenser, der kan blive følgerne af en klagesag, hvor en læge ikke anses for at have udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed:



- Patientklagenævnet afgørelser sendes til Sundhedsstyrelsen og bliver dermed det måske mest centrale led i styrelsens generelle tilsyn med sundhedsvæsenet.
- Sundhedsstyrelsen har mulighed for at meddele læger pålæg om efteruddannelse og foretage indskrænkning af deres virksomhed. Også egentlig autorisationsfratagelse kan blive en konsekvens af en Patientklagenævnets afgørelser.
- Afgørelserne sendes endvidere til den sygehusafdeling og sygehusmyndighed, hvor lægen var beskæftiget, da den påklagede behandling fandt sted. Hvis der er tale om en praktiserende læge, sendes afgørelsen til den lokale sygesikringsmyndighed. Formålet har hidtil overvejende været at sikre lægernes arbejdsgivere mulighed for at tage stilling til, om afgørelserne skal have ansættelsesretlige konsekvenser. Principielt er der intet i vejen for, at afgørelserne anvendes til kvalitetsudvikling og risikostyring, men dette er hidtil kun sket gennem spredte initiativer og i meget begrænset omfang.
- Patientklagenævnet virker som en art filter for sager, der anses for så alvorlige, at de skal videresendes til Statsadvokaten med henblik på stillingtagen til, om der skal rejses strafferetlig tiltale mod lægen ved domstolene.
- Patientklagenævnets afgørelser gøres hyppigt til genstand for negativ presseomtale af enkeltpersoner.

Denne række af mulige konsekvenser af Patientklagenævnets afgørelser virker naturligvis i sig selv afskrækkende på de fleste læger, og i den forstand må Patientklagenævnet siges at opfylde sin generalpræventive funktion. Spørgsmålet er blot om afskrækkelse i sig selv er et egnet instrument til at forebygge, at der begås fejl i sundhedsvæsenet, og at patienter påføres unødige skader.

Det mener arbejdsgruppen langt fra er tilfældet.

Udenlandske undersøgelser<sup>31</sup> viser, at det faktiske antal skader på patienter som følge af mangelfuld behandling langt overstiger antallet af indgåede klagesager på årsbasis. Hertil kommer, at det oftest beror på rene tilfældigheder, hvilke patientforløb, der giver anledning til en klagesag og dermed til en nærmere undersøgelse. Også det forhold at Patientklagenævnet helt er afskåret fra at tage stilling til organisatoriske mangler i sundhedsvæsenet udelukker, at Patientklagenævnets virksomhed kan få nogen nævneværdig betydning for bestræbelserne på at forebygge, at almindelig menneskelig fejlbarlighed får uheldige følger for patienterne.

Arbejdsgruppen finder ikke, at Patientklagenævnet i dag har nogen målelig forebyggende effekt over for patientskader. Et tilsyns- og klagesystem som det nuværende, hvor patienten har partstatus i selve klagesagen og dermed gøres til en central del af

---

<sup>31</sup>Se reference nr. 24

samfundets tilsyn med læger, er et ubrugeligt instrument til forbedring af patientsikkerhed. Klagesystemet forringer snarere patienternes sikkerhed ved at bringe læger i forsvarsposition frem for at skabe incitamenter til at lære af fejl og træffe foranstaltninger til, at de ikke opstår igen.

Såfremt et klagesystem skal have en egentlig forebyggende funktion, er det nødvendigt, at klagesagsbehandlingen kvalificeres, ved at klagesager kommer til at dreje sig om samlede behandlingsforløb og ikke som i dag, om hvorvidt der er grundlag for at drage enkeltpersoner til ansvar. Udredning af baggrunden for et uheldigt behandlingsresultat må om nødvendigt baseres på en grundig analyse, der er egnet til at afdekke om utilstrækkelige funktionsvilkår har være medvirkende til resultatet. Arbejdsgruppen anser dette for en nødvendig forudsætning for et tilsyns- og klagesystems muligheder for at forebygge, at fejl gentager sig.

Arbejdsgruppen finder under denne forudsætning ikke grundlag for at kræve væsentlige ændringer af de nugældende autorisationskrav i Lægeloven. Lægestanden vedkender sig den enkelte læges individuelle ansvar og forpligtelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sin gerning.

## **6.5. Indførelse af et nærhedsprincip på klageområdet**

Enhver klage bør som udgangspunkt betragtes positivt og anvendes som et styringsinstrument. Alle udbydere af offentlige serviceydelser har brug for et feedback om, hvordan deres ydelser opleves af de brugere, som modtager dem. Overordnet er det et ledelsesansvar at sørge for, at der bliver rettet op på svagheder og mangler, som afdækkes via forbrugerklager. Mange af disse positive elementer går tabt i et klagesystem, hvor klagesagerne behandles indledes ved en central instans beliggende langt fra selve behandlingsstedet.

Lægeforeningens repræsentantskab godkendte ved Lægemødet i 1996 en rapport afgivet af Hovedbestyrelsens Retsstillingsudvalg, hvori der blev stillet forslag om indførelse af en lokal patientvejlederfunktion med rådgivende, kontaktformidlende – men ikke sagsbehandlende - opgaver. Retsstillingsudvalget pegede herved på det u hensigtsmæssige i, at mindre hændelser uden konsekvenser umiddelbart kan udløse en omfattende sagsbehandling i Patientklagenævnets sekretariat, Embedslægeinstitution samt i henholdsvis almen praksis og speciallægepraksis, og i sygehusvæsenet.

Retsstillingsudvalget lagde til grund, at en væsentlig årsag til mange klagesager er, at patienter, som er i tvivl om, hvorvidt de har modtaget en korrekt behandling, ofte føler, at Patientklagenævnet er det eneste sted, hvor de kan henvende sig med deres usikkerhed. Retsstillingsudvalget pegede også på, at en stor del af klagesagerne, der skyldes informationssvigt, ville kunne undgås eller klares i mindelighed, hvis der på amtsplan etableres en lokal mulighed for mægling gennem intervention af en neutral uafhængig rådgiver. Hensigten var at afværge omfattende sagsbehandling i tilfælde,

hvor en klagesag kunne være klaret ved en samtale, en undskyldning eller en afklaring af usikkerhed og misforståelser. En sådan udgang på en sag vil ofte være mere tilfredsstillende for en patient end en negativ eller positiv afgørelse fra Patientklagenævnet på et langt senere tidspunkt.

På grundlag af en af anbefalingerne i betænkningen "Patienters klageadgang på sundhedsområdet", som var resultat af et udvalgsarbejde i Sundhedsministeriet, hvori Lægeforeningen deltog, blev der i løbet af 1997 ansat patientvejledere i samtlige amtskommuner i Danmark. Patientvejlederne har ingen beslutningskompetence, men til opgave at rådgive patienter, der ønsker en sådan hjælp.

Lægeforeningen støttede indførelse af patientvejledere, men afviste under udvalgsarbejdet, at henlægge egentlig sagsbehandling og beslutningskompetence til lokale klagenævn. Sager om disciplinæransvar skulle fortsat være henlagt til et centralt patientklagenævn af hensyn til en ensartet afgørelsespraksis og til de indklagedes retssikkerhed.

Arbejdsgruppen finder, at der er meget, der taler for at indføre et "nærhedsprincip" på klageområdet gennem en klageprocedure, der sikrer at sager så vidt muligt afklares på behandlingsstedet, så man undgår, at de underkastes en langvarig ressourcekrævende sagsbehandling.

Det er imidlertid en forudsætning for indførelse af lokale klagemuligheder, at klage-temaet ikke rettes imod den enkelte sundhedsperson, men imod det behandlingsforløb patienten/klageren har været igennem. Arbejdsgruppen anser det for udelukket at etablere lokale klageinstanser med kompetence til at træffe afgørelse om placering af ansvar for overtrædelse af autorisationslovene på sundhedsområdet.

## 7. Arbejdsgruppens forslag til nyt patientklagesystem

### 7.1. Indledning

Foranstående overvejelser i kapitel 7 er baseret på arbejdsgruppens analyse af det nuværende klage- og tilsynssystem og af klagesystemerne i en række andre lande samt af klagesystemer på andre professionsområder. Arbejdsgruppen har på dette grundlag udarbejdet nedenstående forslag til et nyt klage- og tilsynssystem på sundhedsområdet.

Forslaget er grafisk illustreret på skitsen, der fremgår af rapportens bilag 1.

### 7.2. Klageres første henvendelsesmulighed: Behandlingsstedet

Det primære ansvar for, om en behandling er forløbet tilfredsstillende, påhviler behandlingsstedet. Det forekommer derfor både naturligt og rimeligt at forlange, at patienter, som føler sig dårligt behandlet, skal have fremsat deres utilfredshed i form af en klage over for behandlingsstedet, inden de klager til en central klageinstans. Herved åbnes mulighed for umiddelbart at afklare misforståelser og at rette op på eventuelle organisatoriske svagheder eller usikre procedurer. Sådanne lokalt rejste sager vil også bedre kunne anvendes i forbindelse med kvalitetssikring af ydelserne, fordi udredning af baggrunden for et dårligt behandlingsresultat, f.x. en MTO-analyse<sup>32</sup>, bedst lader sig gennemføre i umiddelbar tilslutning til behandlingsforløbet, hvor alle har det i frisk erindring.

En sådan forpligtelse til at søge en sag afklaret med behandlingsstedet, er allerede indført i flere lande. Ifølge den netop vedtagne patientrettighedslov i Norge, skal en patient først henvende sig til "den, som har ydet helsehjælpen" og anmode om, at vedkommendes rettigheder i henhold til loven bliver opfyldt. Systemet lægger på den måde op til, at problemer løses på uformel og ubureaukratisk måde, hvis det er muligt. Kun hvis behandlingsstedet afviser, at der er sket en tilsidesættelse af patientens rettigheder, har patienterne mulighed for at gå videre med klagen. Tilsvarende forpligtelse til at henvende sig til behandlingsstedet først gælder i England og i Finland.

Arbejdsgruppen finder at enhver klagemulighed til en central klageinstans bør gøres betinget af, at klageren forinden har rettet henvendelse med deres utilfredshed til den institution, lægepraksis eller speciallægepraksis, hvor behandlingen har fundet sted. Klagetemaet skal i første led omfatte alle forhold i sundhedsvæsenet, bortset fra spørgsmål om disciplinæransvar.

---

<sup>32</sup> En MTO-analyse omfatter en systematisk gennemgang af samspillet mellem menneske, teknik og organisation i den proces, der har ført til en ulykke eller en utilsigtet hændelse. Formålet er at afdække årsagerne til forløbet med henblik på at forebygge fremtidige ulykker. Se nærmere: Sven Ternov: "Manniskor og misstag i sjukvården". 1998, s. 163-80

Indførelse af en sådan forpligtelse for klagere må forudses at medføre, at en del sager, der alene beror på misforståelser, mangelfuld information og lignende, vil kunne afklares på selve behandlingsstedet, hvorved klagesystemet frigøres fra de bagatelagtige sager, der i dag lægger beslag på betydelige ressourcer på deres vej fra Patientklagenævn, Embedslægeinstitution, behandlingssted og tilbage igen. Man vil endvidere opnå en betydelig reduktion af sagsbehandlingstiden, i det omfang sagerne kan afsluttes med en afgørelse ved behandlingsstedet.

Såfremt henvendelse til behandlingsstedet gøres til en betingelse for yderligere klage mulighed, vil der opstå risiko for, at patienter må vente urimelig lang tid på en klagesags endelige afgørelse. Dette bør imødegås med krav om en kortvarig sagsbehandling på behandlingsstedet. Sagsbehandlingstiden bør maksimalt være 1 måned og klagere, der ikke har modtaget en afgørelse inden for denne frist bør have ret til at gå videre med klagen uden at afvente behandlingsstedets afgørelse.

Indførelse af obligatorisk henvendelse til behandlingssted, inden der kan klages, vil kunne medføre, at resourcesvage patienter på grund af autoritetstro eller personlig usikkerhed vil afstå fra at klage, selvom de føler, at de har fået en dårlig behandling. Arbejdsgruppen finder imidlertid, at der vil være så store gevinster ved ordningen, at denne svaghed må afhjælpes gennem opbygning af stærkere og mere uafhængige patientrådgivningsfunktioner, fx i statsamtsregi som i samarbejde med private patientorganisationer kan bistå patienterne.

Patienter har i dag flere henvendelsesmuligheder på lokalt plan: Amternes Lægesamarbejdsudvalg, de lokale sygehusmyndigheder og naturligvis selve behandlingsstedet. Arbejdsgruppen finder ikke, at der er grund til at lægge sig fast på, hvordan klageproceduren på det amtslige plan nærmere skal tilrettelægges. Umiddelbart synes det hensigtsmæssigt, at der åbnes mulighed for, at disse kan tilpasses lokale forhold.

### **7.3. Oprettelse af et patientrettighedsnævn**

Som anført finder arbejdsgruppen, at det bør gøres obligatorisk, at enhver patientklage inden der foretages videre forelægges for behandlingsstedet, så den ansvarlige ledelse får mulighed for at redegøre for behandlingsstedets opfattelse af klagen og for at tage de forholdsregler, som måtte findes fornødne.

Hvis patienten er uenig i behandlingsstedets vurdering, skal han eller hun kunne indbringe klagen for et centralt patientrettighedsnævn, som på grundlag af en indhentet udtalelse fra behandlingsstedet skal kunne foretage en bedømmelse af det påklagede behandlingsforløb.

Patientrettighedsnævnet skal have mulighed for at bedømme, om der er sket en tilsidesættelse af patienters formelle og materielle rettigheder og til om sygehusmyndig-

heden har levet op til sine forpligtelser med hensyn til normering og fysiske rammer for behandling.

Patientrettighedsnævnet bør sammensættes af juridisk sagkyndige og repræsentanter for forbrugerorganisationer, sygehusejere og centrale sundhedsmyndigheder.

Patientrettighedsnævnet skal f.eks. kunne give en patient medhold i en klage over et dårligt forløb, men det bør ikke have kompetence til at afgøre, om forløbet og behandlingsresultatet er et resultat af faglig inkompetence eller manglende omhu og samvittighedsfuldhed fra enkelte sundhedspersoners side. Sådanne afgørelser bør være henlagt til et særligt sagkyndigt nævn med kompetence og retsgarantier, der kan give sundhedspersoner tilstrækkelig retssikkerhed, jfr. nedenfor. Men bortset herfra skal patientrettighedsnævnet som udgangspunkt kunne behandle alle typer sager, således at den nuværende mangfoldighed af klageveje reduceres.

Da patientforsikringssager kræver særlig juridisk indsigt, er det næppe hensigtsmæssigt, at der sker en egentlig sammenlægning af patientrettighedsnævnet og den nuværende patientforsikring, men et klagesystem etableret med ovennævnte udgangspunkt udelukker ikke, at patientforsikringen knyttes nærmere til klagesagsområdet, således at der som led i klagesagsbehandlingen etableres en automatik for tildeling af erstatning og godtgørelse for svie og smerte til patienter som følge af behandlingsskader.

Patientrettighedsnævnets afgørelse kunne således udtrykke nævnets vurdering af

- om klageren har fået tilbud om de ydelser, som hun eller han har krav på i henhold til gældende materielle patientrettigheder eller centralt fastlagte behandlingsmål – det sker ikke i dag
- om kvaliteten af et behandlingsforløb har levet op til sædvanlig standard
- om behandlingen er ydet inden for fastsatte ventetidsgarantier
- om andre lov- eller myndighedsbestemte patientrettigheder må anses for tilsidesat

Klageren bør herudover kunne oplyses om

- at behandlingsstedet vil blive opfordret til at rette op på organisatoriske svagheder
- at behandlingsforløbet kommer til indgå i kvalitetsudvikling med henblik på at forhindre gentagelser

- at afgørelsen vil blive sendt til Sundhedsstyrelsen til brug for dennes generelle tilsyn med sundhedsvæsenet
- at behandlingsresultatet indikerer, at patientforsikringen foretager en vurdering af, om der er grundlag for at yde økonomisk kompensation som følge af påført mén, svie og smerte samt
- at patienten har mulighed for indbringe afgørelsen for et sundhedsfagligt disciplinærnævn med henblik på nævnets stillingtagen til, om der er grundlag for disciplinære sanktioner over for enkelte sundhedspersoner.

#### **7.4. Oprettelse af sundhedsfagligt disciplinærnævn**

Arbejdsgruppen finder, at der er behov at oprette selvstændigt disciplinærnævn med kompetence til at vurdere om autoriserede sundhedspersoner har udvist forsømmelighed eller begået faglige fejl.

Patienter skal på samme måde som inden for strafferetsplejen kunne anmelde sundhedspersoner til Disciplinærnævnet, når de har modtaget Patientrettighedsnævnets afgørelse. Arbejdsgruppen finder imidlertid ikke, at der er reale grunde til at patienterne gøres til en integreret del af tilsynssystemet ved at få egentlig partsstatus i sager ved disciplinærnævnet. Spørgsmålet om hvorvidt den enkelte læge i et konkret tilfælde har levet op til sine faglige forpligtelser, bør alene være et anliggende mellem lægen og sundhedsvæsenets tilsynsmyndigheder.

Disciplinærnævnets virksomhed bør herudover baseres på indberetninger fra Embedslægeinstitutionerne via Sundhedsstyrelsen og fra sygehusafdelinger, sygehusmyndigheder etc.

Arbejdsgruppen ser ingen grund til, at der iøvrigt ændres på Sundhedsstyrelsens og Embedslægeinstitutionernes hidtidige virksomhed.

Disciplinærnævnet skal alene have kompetence til at fastslå, om læger har udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i deres gerning, i henhold til de forpligtelser som i dag fremgår af lægeloven.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at den nuværende papirbehandling af klagesager ofte vil være utilstrækkelig til udredning af et behandlingsforløb med henblik på stillingtagen til, om der er grundlag for en disciplinær påtale. Det er nødvendigt, at alle faktorer, som må tilskrives dårlige funktionsvilkår, og som f.x. måtte være blevet afdækket gennem en MTO-analyse, skal indgå i ansvarsbedømmelsen, herunder også om det er en enkelt tilfældighedsfaktor eller systemfejl, som er den reelle baggrund for et uheldigt behandlingsresultat. Disciplinærnævnet vil hermed også bidrage til at

øge opmærksomheden omkring proces- og risikostyring efter gode beskrevne behandlingsstandarder.

Sundhedspersoner, hvis indsats bedømmes, skal sikres størst mulig retssikkerhed gennem retsgarantier svarende til dem, der i dag gælder ved Patientklagenævnet.

Såfremt ovenstående forudsætninger opfyldes, finder arbejdsgruppen, at det må være tilstrækkeligt med en nævnsbehandling i første instans.

#### **7.4.1. Ankemulighed vedrørende disciplinærnævnets afgørelser**

Domstolenes virksomhed bygger på en forhandlingsmaksime, hvor det er op til sagens parter selv at sørge for at få sagen oplyst. Domstolsbehandling forudsætter indhentning af sagkyndige udtalelser, parts- og vidneafhøringer og medvirken af træned advokater på begge sider. Fordelen ved domstolsbehandling er, at parterne ydes maksimale retsgarantier.

Arbejdsgruppen finder, at Lægeforeningen må tage til efterretning, at domstolene i dag ikke er dimensioneret til at fungere som ankeinstans for de ca. 2500 årlige patientklager, der behandles ved Patientklagenævnet.

Det er imidlertid arbejdsgruppens opfattelse, at disciplinærnævn, som virker uafhængigt af klagesystemet vil modtage færre sager i forhold til det antal sager, Patientklagenævnet behandler i dag.

Kun sundhedspersoner, der har modtaget kritik af disciplinærnævnet, der kan anses for at have en berettiget interesse i en ankemulighed. Arbejdsgruppen finder som tidligere nævnt, at patienter bør have anmeldelsesret, men ikke selvstændig partsstatus i sager, der behandles ved disciplinærnævnet. Herefter forekommer det hverken praktisk eller økonomisk uoverkommeligt at etablere en mulighed for at anke disciplinærnævnets afgørelser til domstolene.

Allerede i dag er det domstolene, der tager stilling til, om en læge skal straffes for at have overtrådt lægelovens § 18 ved at have udvist grov eller gentagne forsømmelse i sin gerning.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der etableres en mulighed for, at enhver sundhedsperson, der modtager påtale fra disciplinærnævnet for pligtforsømmelse, automatisk får adgang til at begære afgørelsen prøvet ved en underret. Dette kan ske ved at disciplinærnævnet efter den kritiserede sundhedspersons begæring forpligtes til at videregende afgørelsen til politimesteren med henblik på, at den indbringes for underretten.



# Forslag til nyt klage- og tilsynssystem

## Patientklager

Klager

1. henvendelsessted:
  - a) klager over behandlingsstandard: Behandlingsstedet
  - b) Adfærds- og serviceklager: Amtet, H:S, Amternes Lægesamarbejdsudvalg

2. klageinstans: Sundhedsvæsenets Patientrettinghedsnævn

Kompetence: Bedømmelse af behandlingsforløb, service, ventetider, behandlingsgarantier, andre patientrettingheder

Sammensætning: Som Patientklagenævnet i dag, med større repræsentation af brugerinteresser

Nævnets afgørelser sendes til:  
Klageren, 1. henvendelsessted, Sundhedsstyrelsen

## Disciplinær- og tilsynssager

Sundhedsstyrelsens tilsyn  
Lokalmyndighed: Embedslægeinstitutionerne

Sundhedsfagligt Disciplinærnævn  
Kompetence: Bedømmelse af sager om disciplinært ansvar i henhold til autorisationslove  
Sammensætning: Specialesagkyndige og juridisk sagkundskab  
Nævnets afgørelser sendes til:  
Sundhedsstyrelsen, ansættelsessted samt eventuelle klager og indklagede

Domstolene (underretten)

Lægeforeningen skal naturligvis ikke finde sig i, at økonomi alene står i vejen for, at de får en rimelig retssikkerhed.

Det var hans opfattelse, at alle centrale folketingspolitikere udmærket er klar over dette. Folketingets modstand må derfor tilskrives det forhold, at der ikke er mange stemmer at hente på at styrke lægers retssikkerhed. Mange opfatter Lægeforeningens krav herom som en i forvejen privilegeret stands ønske om at udbygge sine privilegier yderligere. En folketingspolitiker vil typisk have sin opmærksomhed langt mere rettet mod patienternes retsstilling og retssikkerhed. Det var derfor hans opfattelse, at Lægeforeningen ved tilrettelæggelse af en samlet strategi ikke tit nok kan understrege, at Lægeforeningen ønsker en styrkelse af både lægernes og patienternes retssikkerhed.

Hvis Lægeforeningen skal trænge igennem med sine synspunkter, er det nødvendigt at sikre sig, at retsgrundlaget for retsstillingspolitikken er i orden og troværdigt. Herefter bør foreningen anvende alle de midler, der er til rådighed for at påvirke den politiske beslutningsproces. Anlæggelse af sag ved Menneskerettighedsdomstolen anså han nærmest for en selvfølge. Lægeforeningen kunne endvidere alliere sig med sygeplejersker og jordemødre, som principielt er ramt af de samme problemer om end i betydeligt mindre omfang. Sygeplejersker og jordemødre nyder af en eller anden grund større sympati i befolkningen, når det drejer sig om retssikkerhed.

Herudover synes der at være god grund til at opfordre Ombudsmanden til at færdiggøre den egendrift-undersøgelse af Patientklagenævnets sagsbehandling, som han tidligere har bebudet, men som han synes at have indstillet.

Man drøftede endvidere hensigtsmæssigheden af, at det nuværende klagesystem udelukkende fokuserer på lægens individuelle ansvar. Der synes at være stærkt behov for, at patienter får bedre mulighed for at klage over u hensigtsmæssige eller dårlige behandlingsforløb, som ingen læge eller behandler kan gøres individuelt ansvarlig for.

Lars Adam Rehof bemærkede hertil, at det stærkt decentraliserede sundhedsvæsen i Danmark i denne henseende stiller forbrugere svagere end i de fleste andre lande, fordi ansvaret for behandlingsaktiviteten er spredt på mange myndigheder, og fordi klagemulighederne er uoverskuelige, medmindre man kan finde en konkret sundhedsperson at klage over.

Lægeforeningen bør arbejde for indførelse af materielle patientrettigheder, fordi patienterne herved sikres en ensartet behandlingsstandard over hele landet. Sådanne rettigheder vil, hvis de skal blive effektive, nødvendiggøre, at der etableres en art forbrugerklagenævn til behandling af konkrete behandlingsklager eller måske endnu bedre en forbrugerombudsmand for sundhedsvæsenet, som både kan behandle konkrete klager, og som kan tage sager op om generelt utilfredsstillende forhold i sundhedsvæsenet. I dag findes der i England en institution, som kaldes "Health Service Ombudsman", som måske vil kunne være til inspiration i denne sammenhæng.

\*

Lars Adam Rehof henviste til et strategipapir, som han tidligere har fremsendt til Lægeforeningen i 1998. Dette strategipapir vedlægges.

Lars Adam Rehof meddelte, at han gerne stiller sig til rådighed, hvis Lægeforeningen måtte få brug for ham på et senere tidspunkt.

Rundbordssamtalen blev rundet af med fællesspisning.

Nils Michelsen

Til HB, Arbejdsgruppen vedr. et nyt patientklagesystem, Lægeansvarsudvalget, TØ, MRS, FAS, FAYL, P.L.O. og Juridisk Sekretariat fra DADL's sekretariat til orientering den 16.2.2000

9. februar 2000  
J. 084.17-1.990001  
nm.lmp  
Rettet 15.2.2000

**Referat af rundbordssamtale mellem  
Hovedbestyrelsens Arbejdsgruppen vedr. et nyt patientsystem  
og embedslæge Sven Ternov, Sverige  
tirsdag den 1. februar 2000 kl. 17.30  
i Domus Medica, Salonen**

I samtalen deltog: Sven Ternov, arbejdsgruppens formand Beth Lilja Pedersen, Peter Mortensen, Lars Bjørn Rasmussen, Nils W. Johannessen, Jørgen Funder samt Nils Michelsen.

Beth Lilja Pedersen bød Sven Ternov velkommen og redegjorde for baggrunden for arbejdsgruppens ønske om mødet med ham.

Sven Ternov præsenterede sig som embedslæge, som gennem mange år har arbejdet med modeller for systemtilsyn i sundhedsvæsenet og udvikling af andre metoder til eliminering af risiko for, at sundhedspersoner begår fejl. Han er uddannet i almen medicin, embedslæge i Malmø og ekstern underviser ved Universitetet i Lund. Han har p.t. orlov fra Socialstyrelsen, men arbejder halvtids som konsulent ved Air Control Center i Malmø.

Samtalens øvrige deltagere fra Lægeforeningen præsenterede sig.

Beth Pedersen orienterede om den kritik, Lægeforeningen gennem årene har rettet mod Patientklagenævnet i Danmark. Kritikken har hidtil gået på manglende retsgarantier. Lægeforeningen er fortsat højst utryg ved, at der ikke er mulighed for at anke Patientklagenævnets § 6-afgørelser, og at der i øvrigt fortsat mangler en række fundamentale retsgarantier i systemet. Lægeforeningen er yderligere interesseret i at kunne pege på et forbedret og mere fremsynet klagesystem, hvor fokus i mindre grad rettes mod at få placeret et ansvar hos enkeltpersoner, men derimod i højere grad går ud på at klarlægge årsager til fejl og at forebygge, at begåede fejl gentages.

Sven Ternov - der afslørede en betydelig viden om forholdene i Danmark - udtalte, at der efter hans opfattelse ikke findes skurke blandt læger, som i al væsentlighed forsøger at gøre deres arbejde så godt og ansvarsbevidst som muligt. Derfor forekommer det også forkert, at kontrolsystemer overvejende bygger på et ønske om at efterkontrollere enkeltpersoners handlinger. Det danske Patientklagenævn har ingen mulighed for at tage stilling til og gribe ind over for fejl i systemerne. I den forstand adskiller Patientklagenævnet sig ikke fra Ansvarsnævnet i Sverige, som i realiteten også fungerer som et repressivt, juridisk instrument. Et sådant system nødvendiggør, at andre må bistå indklagede læger med at påpege undskyldende forhold i systemerne, hvilket da også har udviklet sig til at være en vigtig organisationsopgave både i Sverige og i Danmark.

Sven Ternov erklærede sig som en klar tilhænger af, at der gennemføres MTO-analyser (MTO = Mennesker, Teknik og Organisation) som led i ansvarsbedømmelsen. Herved vil der blive en øget opmærksomhed om og kendskab til værdien ved at kunne styre en proces i et system og ved at operere efter gode, beskrevne behandlingsstandarder.

Såfremt man sekventerer et behandlingsforløb med et uheldigt udfald tilbage i tiden, vil det næsten altid være muligt at finde en enkelt tilfældighedsfaktor, som nærmest har skubbet lægen frem mod at begå en given fejl. Derfor er det som oftest helt absurd at hænge operatører op på fejl, der ikke ligefrem må tilskrives nærmest bevidst uansvarlighed. Kun en meget lille promille af operatører forsynder sig så groft, at der reelt er grundlag for at pålægge dem et personligt ansvar for patientskader. Mennesket (lægen) vil i en nøje gennemgang af et uheldigt behandlingsforløb som oftest vise sig ikke at være årsag til en eventuel fejl, men blot den udløsende faktor for fejlen.

Sven Ternov anså det for tilstrækkeligt i analysekæden at afslutte undersøgelsen af et uheldigt behandlingsforløb, når man havde fået kvalitetskomponenter, der kunne optimeres.

Sven Ternov har haft gode tilbagemeldinger fra de forsøg med systemtilsyn, som Sundhedsstyrelsen har iværksat på Sønderborg og Kalundborg sygehuse, som han selv har været med til at tilrettelægge.

Inden for luftfarten har man helt forladt de repressive holdninger, idet man er overgået til frivillige indrapporteringssystemer omkring fejl og "near miss"-hændelser. De såkaldte "bad apples" stoppes kun sjældent gennem kontrol. Uansvarlighed og inkompetence begrænses langt mere effektivt gennem større åbenhed og ansvarlighed hos de pågældendes kolleger. I realiteten kommer kontrolsystemerne sjældent så meget som i nærheden af de rigtigt slemme eksempler på uansvarlig professionsudøvelse.

Der er behov for, at der skabes større kendskab til processens elementer og til udvikling af en udredningsmetodologi på området. I Sverige arbejder man med såkaldte "risk runder" på sygehusene, og i Norge har man noget tilsvarende med de såkaldte "melderevyer".

Sven Ternov finder, at den nuværende papirbehandling af klagesager er utilstrækkelig til at forstå, hvad der egentlig skete. Er behandlingsforløb udredes altid bedst ved at undersøge og tage ud på stedet, hvor fejlen er sket. Han erklærede sig som tilhænger af et embedslægetilsynssystem som et velegnet instrument til at give en given afdeling det lille puf, der skal til, for at de enkelte aktører begynder at tænke mere selv, om end han fandt det problematisk med embedslægers forskellige roller/opgaver.

Der er endvidere behov for, at læger lærer sig større åbenhed og at erkende fejl og sige undskyld til patienterne, når fejlene sker.

I Sverige har man den såkaldte "Lex Maria", hvor læger pålægges en forpligtelse til at indberette fejl. Efter Sven Ternovs opfattelse er erfaringerne med systemet ikke gode. Systemet er grundlæggende repressivt, og det beror fortsat meget på tilfældigheder, om en hændelse overhovedet registreres under "Lex Maria".

Sven Ternov orienterede om det svenske klagesystem med en Ansvarsnævn med en umiddelbar adgang til anke til civildomstolen. Svenske læger hader ansvarsnævnsystemet.

I Sverige er der i øvrigt etableret en meget stor risikodatabase, som i dag omfatter ca. 12.000 såkaldte hændelser. Opbygningen af basen har hidtil kun resulteret i få resultater, og basen har vist sig bedst egnet til at afsløre dårlige lokale behandlingsrutiner.

Samtalen blev afrundet med en hyggelig fællesspisning.

Efter mødet blev aftalt et nyt møde i arbejdsgruppen

**onsdag den 15. marts 2000 kl. 19.00**

Mødet indledes med spisning.

Arbejdsgruppen satte sig som mål at udarbejde en række papirer, som kan danne grundlag for en foreløbig drøftelse af et nyt patientklagesystem på Hovedbestyrelsens internatmøde den 9.-12. marts 2000. Efter internatmødet vil det blive forsøgt at udarbejde et debatoplæg, som kan danne grundlag for en drøftelse på lægemødet den 13.-14. maj 2000.

Nils Michelsen