

En patientombudsmand for sundhedsvæsenet:

Lægeforeningens debatoplæg om patientrettigheder, klagemuligheder og læring i fremtidens sundhedsvæsen

Lægeforeningen





20. marts 2007

En patientombudsmand for sundhedsvæsenet

Principperne

- Syge mennesker i Danmark skal have ret til en tidssvarende og sammenhængende behandling af høj kvalitet. Disse rettigheder skal sikres ved lovgivning.
- Patienterne skal have mulighed for at få prøvet deres rettigheder i et system, der kan tage stilling til hele behandlingsforløbet. Det skal baseres på et nærhedsprincip, så dialog om utilfredsstillende forløb og sagsbehandling foregår så tæt som muligt ved behandlingsstedet.
- En ombudsmandsinstitution for sundhedsvæsenet skal behandle sager, der ikke kan afsluttes lokalt. Ombudsmanden skal også kunne tage sager op af egen drift eller foretage inspektion og give henstillinger eller kritik.
- Et disciplinærnævn skal som det nuværende Patientklagenævn behandle sager om sundhedspersoners ansvar og give påtaler.
- I alle led skal patienternes og sundhedspersonernes erfaringer opsamles og registreres, så det bidrager til sikkerheden og kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenet.

Baggrunden

At yde behandling i sundhedsvæsenet er en særdeles kompleks opgave. Samspillet mellem mennesker, teknik og organisation foregår i en hårfin balance, hvor selv en lille afvigelse kan have store konsekvenser for patienten. Behandlingsforløbet kan ikke gøres om, men fejl kan udbedres, og gentagelser undgås.

Der kan også være tale om hændelser eller forløb, hvor resultatet ikke kan betegnes som dårligt, men hvor det alligevel opleves sådan af patienten. Patienten ønsker derfor at dele sine erfaringer med de behandlende læger, så andre ikke kommer ud for det samme forløb.

Patienternes erfaringer og observationer bør indgå som en væsentlig ressource i et lærende sundhedsvæsen. Patienten er den eneste, som er med hele vejen igennem. Patienterne kan i dag alene indberette bivirkninger ved lægemidler, men indtil videre ikke indrapportere utilsigtede hændelser. Patienterne kan deltage i brugertilfredshedsundersøgelser, men på generelt niveau.

Lægerne kan indrapportere utilsigtede hændelser til patientsikkerhedsdatabasen, og de kan indberette lægemiddelbivirkninger og utilsigtede hændelser ved brug af medicinsk udstyr til Lægemiddelstyrelsen. Men muligheden for samlet og systematisk at opfange og indsamle erfaringer findes ikke i dag i sundhedsvæsenet.

Patienterne har i dag alene mulighed for at klage over sundhedspersoner, dvs. at der lægges op til en klassisk konfliktsituation mellem patient og behandler. Klagesystemet er bagudrettet og tungt med lange sagsbehandlingstider. Frem for alt er det ikke udtryk for systematisk opfølgning og læring, men angår alene enkeltpersoners ansvar.

Et lærende sundhedsvæsen

For Lægeforeningen er det et hovedmål at få skabt et mere lærende sundhedsvæsen og få brugt patienternes erfaringer konstruktivt og fremadrettet. I virkeligheden må systemet ikke slippe patienten, førend erfaringsoverdragelsen er sikret.

Sundhedsvæsenet må være mere eksplicit i angivelsen af, hvilken kvalitet patienterne kan forvente. Den tager bedst udgangspunkt i lovfæstede patientrettigheder. Patienten bør ved mødet med sundhedsvæsenet, når det er relevant, have ret til en behandlingsplan udarbejdet i samarbejde mellem lægen og patienten. Det bør også være en rettighed at medvirke til at forbedre kvaliteten gennem dialog, videregivelse af erfaringer, indrapportering af utilsigtede hændelser og systemklager.

Systemklager vedrører manglende opfyldelse af rimelige forventninger til hele behandlingsforløbet baseret på patientrettigheder eller andre vedtagne definitioner af, hvad sundhedsvæsenet kan forventes at stille til rådighed. Det vedrører ikke nødvendigvis enkelte sundhedspersons adfærd.

Det lærende sundhedsvæsen og den svage patient

Det vil selvsagt aldrig være en forpligtelse for patienter, fx de meget syge patienter, at skulle bidrage med erfaringer til et lærende sundhedsvæsen. Til gengæld er det er en forpligtelse for lovgivere og myndigheder at organisere sundhedsvæsenet, så der er en nem og overskuelig adgang for patienter til at komme af med erfaringer, observationer og frustrationer.

Magter patienten ikke selv at bidrage med sine erfaringer, skal patientvejlederen være det naturlige sted at henvende sig. En veltilrettelagt og lettilgængelig patientvejlederfunktion skal sikre, at også de svageste patienter får den fornødne hjælp og opbakning. Patientvejlederens uafhængighed bør markeres ved, at denne er ansat i statsligt regi. Patientvejlederen skal være garant for, at ingen patient på grund af fx autoritetstro afstår fra at henvende sig under eller efter endt behandling.

Der er i dag mulighed for at klage over enkeltpersoner via Patientklagenævnet, men muligheden for at indgive systemklager til en uvildig instans findes ikke, og der sker ikke nogen opfølgning eller læring.

Organisering af læring i sundhedsvæsenet

Videns- og erfaringsopsamling skal integreres i organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen. Det, at henvende sig med det ene eller andet formål skal ikke alene ske i et juridisk appendiks, men være et naturligt bidrag til, at behandlingen bliver bedre og mere sikker.

Strukturen for videns- og erfaringsopsamling fra patienterne skal tilrettelægges, så den nyder tillid hos alle parter – patienter, læger og myndigheder. Der skal sikres en systematisk vurdering og tilbagemelding til de patienter, der har gjort sig ulejligheden, så patienterne føler, at deres bidrag indgår på rette plads i den fortsatte kvalitetsudvikling.

Læring er en nødvendig forudsætning for en bedre og mere sikker behandling.

Patientklager i et lærende system

Det indebærer, at det nuværende smalle perspektiv med enkeltstående klager over enkeltpersoner fremover vil indgå som en del af en bredere vifte af målrettede redskaber, som patienterne kan benytte. De samme redskaber vil indgå i en tæt sammenhæng med den fortsatte kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet, ikke mindst på grundlag af patienternes erfaringer.

Lægeforeningen foreslår, at der etableres en patientombudsmand, og at der etableres et disciplinærnævn med samme kompetence, som Patientklagenævnet har i dag.

Lovfæstede patientrettigheder bør kunne holdes op mod standarder og indikatorer for god og sikker behandling. Derfor støtter Lægeforeningen arbejdet med den danske kvalitetsmodel og anbefaler yderligere ressourcer til dette arbejde, fordi det sikrer det nødvendige systematiske arbejde med kvaliteten.

Der bør i det hele taget være et tæt samspil mellem på den ene side Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, og arbejdet med den danske model for kvalitetsudvikling og på den anden side patienternes aktive bidrag med at få vurderet indfrielse af deres patientrettigheder. Det er to sider af samme sag.

Den danske model medvirker til at hæve kvaliteten generelt i arbejdet, men selv gode resultater på en afdeling akkrediteret i Den danske model udelukker ikke, at den enkelte patient kan have en dårlig oplevelse på afdelingen. Derfor er der også brug for, at den enkelte patients oplevelser kan inddrages som systemklager i et lærende sundhedsvæsen.

Det lokale niveau - behandlingsstedet

Ved at få afklaret usikkerhed, at få en samtale, evt. gennemført med en uvildig tredje part, eller at få en undskyldning lokalt på behandlingsstederne, vil der normalt kunne ske en afklaring af det reelle indhold i en sag. Lægeforeningen foreslår, at den lokale ledelse får et ansvar for at bringe de rigtige personer sammen med henblik på at afklare forløbet for patienten og sikre feedback til organisationen.

Sagen kan som hovedregel afsluttes ved, at der kan gives forsikring om, at der vil blive rettet op på organisatoriske svagheder eller usikre procedurer, som patienten har bidraget til at påvise, og at der evt. er indrapporteret til patientsikkerhedsdata-basen.

Der er for øjeblikket et forsøgsprojekt om mediation i gang på Gentofte Hospital i et samarbejde med Lægeforeningen. Det undersøges, om mæglingsmøder mellem utilfredse patienter og sundhedspersonale kan være et bidrag til at forbedre det nuværende patientklagesystem ved at være en supplerende mulighed, der kan medvirke til at løse sagen på behandlingsstedet.

Ved mæglingsmøderne deltager en neutral ordstyrer, en såkaldt »mediator«, som har til opgave at sikre, at begge parter får mulighed for at give udtryk for deres syn på det forløb, som patienten er utilfreds med.

Det centrale niveau - patientombudsmanden

Såfremt patienten ikke mener, at sagen er afklaret lokalt, skal patienten have mulighed for at henvende sig til en patientombudsmand, der vil vurdere henvendelsen i forhold til eksisterende patientrettigheder og andre definitioner af sundhedsvæsenets tilbud. En ombudsmandsinstitution for sundhedsvæsenet skal råde over juridisk og medicinsk sagkundskab, men altså først træde til, når patienten har fået behandlet sin henvendelse lokalt.

Ombudsmanden skal udstyres med samme vifte af muligheder som fx Folketingets ombudsmand har i dag. Dvs. han skal kunne: udtale kritik, afgive henstillinger, fremsætte sin opfattelse, optage sager på eget initiativ og foretage inspektion. Han skal kunne modtage og analysere alt relevant materiale, indkalde sagkyndige, være uafhængig og upartisk og opfylde forvaltningsretlige garantier.

En patientombudsmand kan vurdere behandlingsforløbet ud fra en række patientrettigheder i form af politisk fastsatte mål for behandlingen, fx ret til behandling af tidssvarende standard, sammenhæng, sikkerhed, en kontaktlæge og en egentlig behandlingsplan. Derved får patienterne den længe efterspurgte mulighed for fx at få vurderet service-niveau eller dårlige behandlingsforløb.

Der kan ske en vurdering af, om der er sket en tilsidesættelse af patienters formelle og materielle rettigheder, og om behandlingsstedet/regionerne har levet op til sine forpligtelser. Det vil kunne indgå i vurderingen, om dårlig behandling kan

tilskrives manglende ressourcer og ufor-svarlig planlægning. Patientombudsmandens kompetence skal omfatte alle behandlingssteder – private som offentlige – samt det sundhedsmæssige ansvar i regioner og kommuner.

Patientombudsmanden skal kunne give en patient medhold i en klage over et dårligt forløb og dermed udtale kritik over for de(t) ansvarlige behandlingssted(er). I tilfælde af kritik skal såvel det politisk ansvarlige regionsråd, kommune som indenrigs- og sundhedsministeren underrettes. Det er herefter op til regionen og kommunen inden for de gældende ledelsesmæssige rammer at tage ansvar for at rette op på forholdene.

Ombudsmanden skal 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 rent faglige vurderinger henlægges til et særligt sagkyndigt nævn.

Patienten vil fx kunne få oplyst, at:

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

Patientombudsmanden kan dernæst afgøre, om:

- afgørelsen skal sendes til Sundhedsstyrelsen til brug for dennes generelle tilsyn med sundhedsvæsenet, eller om personsager skal bringes for disciplinærnævnet

- behandlingsresultatet indicerer, at Patientforsikringen foretager en vurdering af, om der er grundlag for at yde økonomisk kompensation som følge af påført men, svie og smerte.

Patienten har mulighed for at indbringe afgørelsen for det sundhedsfaglige disciplinærnævn, der tager stilling til, om der er grundlag for disciplinære sanktioner over for enkelte sundhedspersoner.

Patientombudsmandsmodeller er velkendt i en række andre lande, se Bilag 1.

Det centrale niveau – disciplinærnævnet

Sager, der handler om enkeltpersoners ansvar for kritisable forløb i sundhedsvæsenet, skal behandles af et særligt sagkyndigt nævn, et disciplinærnævn for sundhedspersoner. Nævnet skal kunne give påtaler til sundhedspersoner.

Disciplinærnævnet skal have kompetence til at vurdere, om autoriserede sundhedspersoner har udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed eller har begået faglige fejl. Nævnet skal sammensættes af relevante fagpersoner og juridisk sagkyndige. Nævnet kan suppleres med repræsentanter for andre interessegrupper.

Patienter skal til enhver tid kunne anmelde sundhedspersoner til Disciplinærnævnet, men ellers sker indberetninger fra embedslægeinstitutionerne via Sundhedsstyrelsen. Der ændres således ikke på den centrale rolle, som Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionernes hidtil har spillet i sager om enkeltpersoners virksomhed.

Det vil medvirke til at styrke tilliden til patientombudsmanden, at han ikke selv skal behandle sager om sundhedspersoner, men at de bliver sendt til behandling i et disciplinærnævn, der er sammensat af faglige eksperter.

Patientforsikringen

Har patienten oplevet at blive skadet af behandlingen, skal patienten tidligt vejledes om at indbringe sagen til Patientforsikringen. Patientforsikringen vurderer alene, om patienten er påført en skade og har krav på erstatning. Forsikringen tager udgangspunkt i, at patienten kan være berettiget til erstatning uden, at der er en konkret sundhedsperson, der er ansvarlig for skaden. Indbringelse for Patientforsikringen udelukker derfor ikke, at patienten kan gå videre ad anden vej også.

Bilag 1

Erfaringer fra syv andre lande

En patientombudsmand er blevet indført af en række lande de senere år. To forskere, Lars Fallberg fra Nordic School of Public Health og Stephen Mackenny fra NHS Clinical Governance Support Team, gennemgik i 2003 syv af disse institutioner i henholdsvis Østrig, Finland, Grækenland, Ungarn, Israel, Norge og Storbritannien.

De to forskere konstaterer, at der er meget store forskelle på, hvordan en patientombudsmand er etableret i de syv lande. Det afspejler de betydelige forskelle, der er i de nationale sundhedsvæsener og i landenes geografiske udstrækning. I Norge og Finland har det naturlige valg været regionale ombudsmænd, mens andre lande har valgt centrale institutioner.

Konklusionen er, at der ikke findes én ombudsmandsinstitution for sundhedsvæsenet. Hvert land skal udvikle sin egen nationale institution. Men at der er en række forudsætninger for en velfungerende patientombudsmand. Den helt grundlæggende er uafhængighed og at ombudsmanden ikke er nogen sanktionerende myndighed. I flere lande har de sundhedsprofessionelle et anspændt forhold til institutionen på grund af en frygt for at blive indberettet til myndighederne eller kritiseret for dårlig behandlingskvalitet. Det vil sige, at ombudsmanden bliver betragtet på linie med tilsynsmyndigheden. Derved forsvinder muligheden for at bruge ombudsmanden effektivt i kvalitetsudviklingen, og kan vel næppe kaldes en ombudsmand i klassisk forstand.

Det er desuden vigtigt, at institutionen har det tilstrækkelige faglige niveau, dvs. de rigtigt uddannede folk, at der er en konsistent sagsbehandling, at ombudsmanden har den tilstrækkelige autoritet og har adgang til alle relevante sager.

Patients Ombudsmen in Seven European Countries: an Effective Way to Implement Patients Rights? Lars Fallberg & Stephen Mackenny, European Journal of Health Law 10: 343-357 2003.

Bilag 2

Udgifter til nuværende klagesystem

Det nuværende klagesystem lægger beslag på betydelige samfundsressourcer. Alene de direkte udgifter til drift af Patientklagenævnets sekretariat udgjorde i 2005 24,9 mio. kr. svarende til 9.024 kr. per sag, der blev antaget til behandling og 13.217 kr. per afgjort sag. Patientklagenævnet drives fra 1. januar 2006 delvis for indtægter fra et takstfinansieringssystem, hvorefter regioner/amter betaler et fast beløb per antaget sag.

I 2005 antog Patientklagenævnet 2.423 til behandling.

Ifølge den nugældende finanslov udgør udgifterne til drift af embedslægeinstitutionerne kr. 65 mio. på årsbasis. Behandlingen af klage- og tilsynssager er en af deres vigtigste funktioner. Hvis det antages, at blot en tredjedel af embedslægeinstitutionernes tid bruges på klagesagsområdet, er der tale om en samfundsudgift på tæt ved 22 mio. kr. på årsbasis, svarende til ca. 9.000 kr. sag, der er antaget af Patientklagenævnet.

Hertil kommer, at klagesystemet lægger beslag på enorme mængder af de indklagede sundhedspersoners arbejdstid. Hvis man går ud fra, at der i hver tredje sag er 2 læger involveret, har 3.222 læger været involveret i en klagesag i 2005. Hvis disse læger i gennemsnit bruger 5 timer på at læse sagerne, finde journalmateriale frem, afgive udtalelser og partshøringssvar m.m., vil de i alt have brugt 16.110 timer, sva-

rende til 8,4 årsværk. Det bemærkes, at Patientklagenævnet i 2005 brugte 33,4 årsværk.

Samfundet har således en klar interesse i, at klager kun underkastes en formel klagebehandling ved et centralt klagenævn, når det er relevant.