

Patientombuddet



Årsberetning 2012

Patientombuddet

Titel: Årsberetning 2012, Patientombuddet

© Patientombuddet, 2013. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

URL: <http://www.patientombuddet.dk>

Format: pdf

Indhold

Forord	4
1 Om os.....	5
2 Patientombuddets aktiviteter i tal og overskrifter	7
2.1 Patientklager.....	7
2.2 Ankesager.....	9
2.3 Læring	9
2.4 International sygesikring	10
3 Læring	11
3.1 Rapportering af utilsigtede hændelser	11
3.2 Læringsaktiviteter	11
4 Dialog.....	13
4.1 Hvad er formålet med dialog?	13
4.2 Hvem får tilbudt dialog?	15
4.3 Hvordan foregår dialogen?	15
4.4 Hvad blev resultatet af dialogerne?	17
4.5 Læring med baggrund i dialog.....	18
5 Patientombuddets afgørelser	19
5.1 Behandlingsklager	19
5.2 Rettighedsklager	21
5.2.1. Tilskud til behandling i udlandet.....	23
5.3 Det Rådgivende Praksisudvalg	28
6 Nævnenes virksomhed	29
6.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	29
6.2 Patientskadeankenævnet.....	30
6.3 Lægemiddelskadeankenævnet	30
6.4 Det Psykiatriske Ankenævnet.....	31
7 International sygesikring	32
7.1 Administration af regler	32
7.2 International Sygesikrings arbejdsområder.....	33
7.3 Udbetalinger og refusioner i International Sygesikring.....	34
Bilag	35

Forord

Afgørelser om erstatning for patientskader og afgørelser på klager fra patienter har stor betydning for mennesket bag den enkelte sag. Både for patienten og for den involverede sundhedsperson. Derfor har Patientombuddet fokus på kvaliteten i afgørelserne.

Det har også stor betydning for patienter og sundhedspersoner, at sagerne afgøres så hurtigt, som det er muligt. Derfor er korte sagsbehandlingstider et mål for Patientombuddet.

Den korte sagsbehandlingstid for erstatningsankesager blev opretholdt i 2012, og sagsbehandlingstiderne blev igen i 2012 kortere på patientklageområdet. Samtidig blev en stor del af de gamle patientklager, som ombuddet overtog fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, afsluttet.

På samme måde lægger vi vægt på at yde kvalificeret og rettidig rådgivning til borgere og myndigheder om international sygesikring.

Kvalitet og sagsbehandlingstider vil også være i fokus for Patientombuddet i 2013.

Samtidig er det vores ønske at bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Det gør vi blandt andet ved at nyttiggøre den viden, vi finder i de mange rapporter om utilsigtede hændelser. Antallet af rapporter steg kraftigt i 2012. Rapporterne giver en vigtig indsigt i risikoområder i det danske sundhedsvæsen. Det stigende antal rapporter må ikke ses som udtryk for flere fejl i sundhedsvæsenet. De er snarere resultatet af et målvidst arbejde med patientsikkerhed i regioner og kommuner.

Vi har på de følgende sider samlet uddrag af de aktiviteter, udfordringer, sager og nyheder, der særligt prægede Patientombuddets arbejde i 2012.

Steffen Egesborg Hansen, Direktør

1 Om os

Patientombuddet er en statslig styrelse under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Patientombuddet blev oprettet som et led i et nyt patientklagesystem ved en sammenlægning af sekretariaterne for det tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Patientskadeankenævnet samt den del af Sundhedsstyrelsen, der varetog driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Samtidig flyttede enheden International Sygesikring fra departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Patientombuddet.

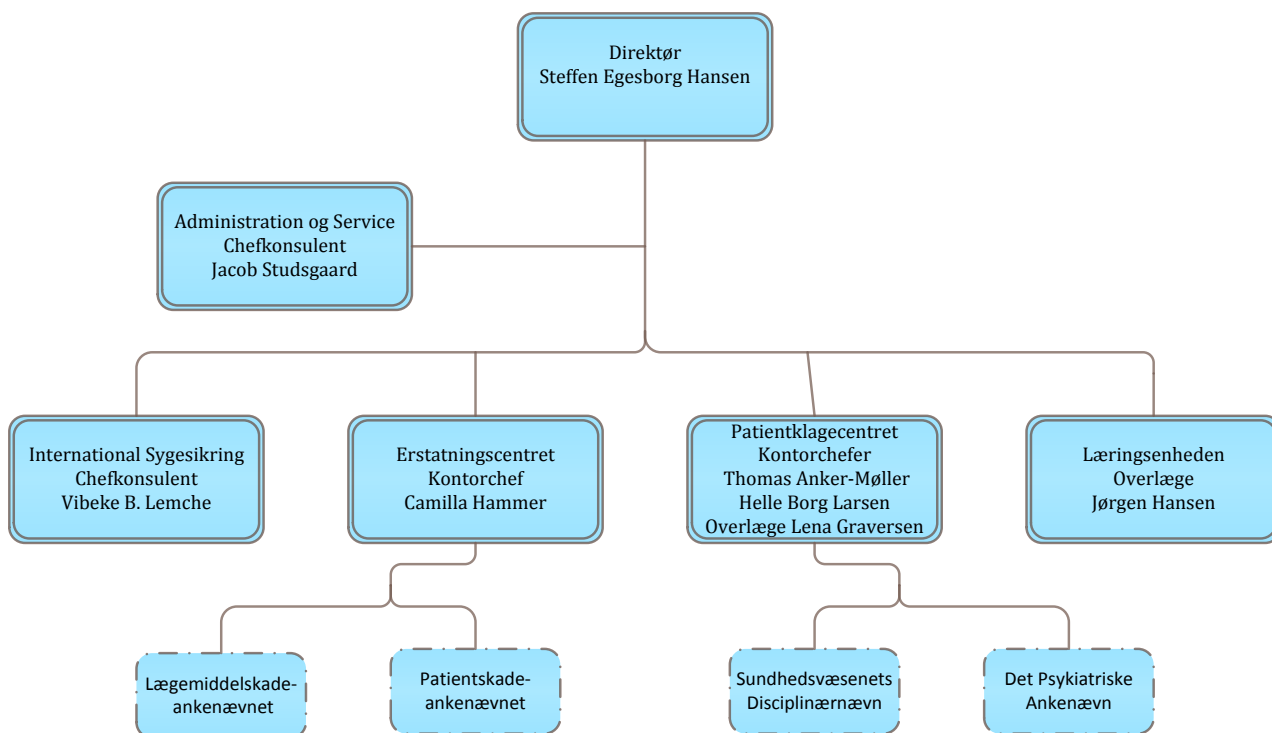
Patientombuddet har adresse på Frederiksberg, hvor vi i et samlet hus beskæftiger omkring 140 årsværk. De fleste er jurister. Herefter følger kontorfunktionærer og ansatte med andre uddannelser, herunder nogle med en sundhedsfaglig baggrund.

Det er Patientombuddets primære opgave at behandle patienters klager og ankesager om erstatninger. Denne opgave forudsætter en omfattende sundhedsfaglig ekspertise. Patientombuddet har derfor tilknyttet omkring 400 eksperter, der virker som sagkyndige konsulenter i alle sager, der kræver sundhedsfaglig ekspertise.

Patientombuddet har både patienternes og sundhedspersonernes retssikkerhed i fokus. Det betyder, at man både som patient og som sundhedsperson kan forvente en grundig og kvalificeret behandling af sagerne.

Patientombuddet er organisatorisk inddelt i fire faglige centre og enheder. De to centre, Patientklagecentret og Erstatningscentret, sekretariatsbetjener hver to nævn. Patientklagecentret sekretariatsbetjener Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Det Psykiatriske Ankenævn. Erstatningscentret sekretariatsbetjener Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet.

Patientombuddets organisation ser således ud:



Patientombuddets vision

Vi vil bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet

Patientombuddets mission

Vi vil træffe korrekte og forståelige afgørelser på patienters klager

Vi vil sikre patienter kortest mulig sagsbehandlingstid

Vi vil formidle vores erfaringer og viden til brug for kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet

Vi vil skabe tillid til Patientombuddet ved et åbent samarbejde med omverdenen

Vi vil være en attraktiv arbejdsplads

Patientombuddets værdier

Engagement, faglighed, effektivitet og åbenhed

2 Patientombuddets aktiviteter i tal og overskrifter

Patientombuddet har mange forskellige opgaver.

Patientombuddet afgør klager fra patienter, sekretariatsbetjener fire nævn, administrerer systemet med utilsigtede hændelser og varetager administration af international sygesikring.

Det er Patientombuddets vision gennem varetagelsen af disse opgaver at bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.

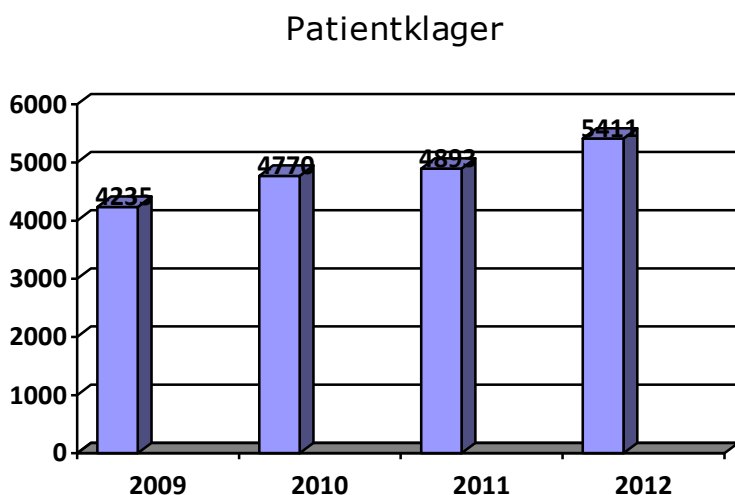
Vores to største opgaver er at behandle patientklager og ankesager om erstatning.

2.1 Patientklager

Sagsbehandling af patienters klager fylder mest. I 2012 oprettede Patientombuddet 5.400 klagesager. De fleste af disse – ca. 4.300 sager – er klager over den sundhedsfaglige behandling, som afgøres af enten Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. De resterende ca. 1.100 sager er klager over tilsidesættelse af patientrettigheder eller over administrative afgørelser om for eksempel befordringsgodtgørelse.

Patientombuddet varetager sekretariatsbetjeningen af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, og Patientombuddet træffer selv afgørelse i de klagesager, hvor patienten ikke ønsker at klage over en bestemt sundhedsperson.

Antallet af patientklager er steget gennem årene.

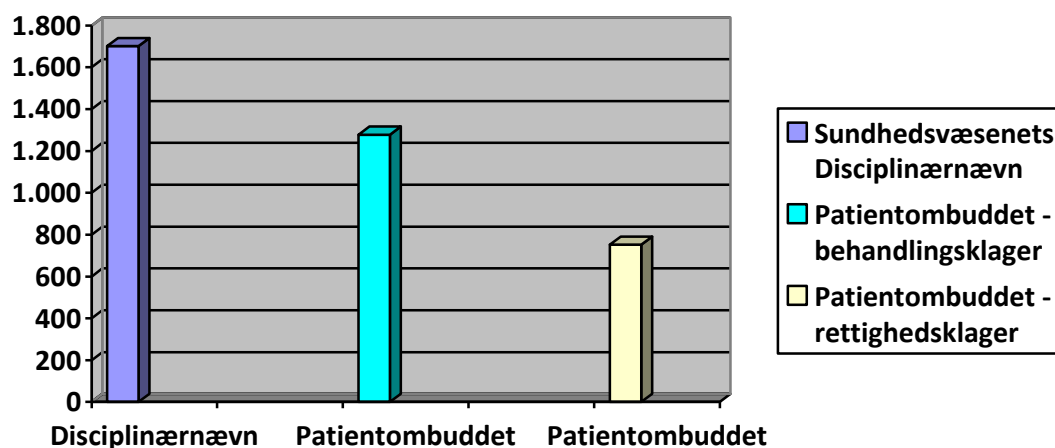


Selv om antallet af patientklager er steget år for år, så er det samlede antal patientklager ikke højt. Antallet af patientklager skal ses i lyset af de mange millioner patientkontakter, der er i sundhedsvæsenet hvert år.

I 2012 blev der afsluttet omkring 5.100 patientklager. Heraf blev godt 3.700 patientklager afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Patientombuddet tilsammen, og knap 1.400 klager blev afsluttet som følge af forældelse, tilbagetrækning af klage og lignende.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for patientklager afgjort af disciplinærnævnet og Patientombuddet blev 10,3 måneder. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid faldt dermed 1 måned fra 2011 til 2012.

Afgørelser i disciplinærnævnet og Patientombuddet



Patienter, der klager over sundhedsfaglig behandling i sundhedsvæsenet, har i de fleste tilfælde mulighed for at vælge at deltage i en lokal dialog om klagen. Regionerne har indberettet, at der blev afholdt 878 dialoger i regionerne, og i 363 tilfælde fandt patienten, at der herefter ikke var grund til at opretholde klagen. Dialogprocessen er mere udførligt omtalt i afsnit 4.

Patienter, der klager over sundhedsfaglig behandling i sundhedsvæsenet, har i de fleste tilfælde også mulighed for at vælge, om deres klage skal afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller Patientombuddet.

Disciplinærnævnet har mulighed for at kritisere en konkret sundhedsperson, mens Patientombuddet har mulighed for at kritisere et behandlingssted, for eksempel et sygehus. Disciplinærnævnet og Patientombuddet anvender samme grundlag for vurderingen, nemlig om behandlingen var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

I 2012 valgte 30 procent af patienterne at få deres klage over sundhedsfaglig behandling afgjort af Patientombuddet, mens 70 procent valgte, at Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn skulle afgøre deres klage. Denne fordeling er stort set uændret fra 2011 til 2012.

Disciplinærnævnet gav kritik til konkrete sundhedspersoner i 31 procent af afgørelserne, mens Patientombuddet gav behandlingsstedet kritik i 38 procent af afgørelserne.

Patientombuddets afgørelser og Disciplinærnævnets virksomhed er mere udførligt omtalt i afsnit 5 og 6.

2.2 Ankesager

Patientombuddet er sekretariat for tre ankenævn: Patientskadeankenævnet, Lægemiddelskadeankenævnet og Det Psykiatriske Ankenævn.

Hvert af de tre nævn udgiver en selvstændig årsberetning.

Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet afgør klager over Patientforsikringens afgørelser om erstatning. Sekretariatsbetjeningen af de to nævn varetages af Erstatningscentret i Patientombuddet.

Det Psykiatriske Ankenævn afgør klager over de lokale psykiatriske patientklagenævnns afgørelser om tvangsanvendelse – fortrinsvis tvangsbehandling. Sekretariatsbetjeningen af dette nævn varetages af Patientklagecentret i Patientombuddet.

Patientombuddet modtog i 2012 i alt 2.617 ankesager.

Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet afsluttede i 2012 i alt 2.391 ankesager.

Det Psykiatriske Ankenævn afsluttede i 2012 i alt 128 ankesager.

De enkelte nævnns virksomhed er mere udførligt omtalt i afsnit 6.

2.3 Læring

Behandlingen af patientklager og ankesager i erstatningssystemet samt administrationen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase er samlet i Patientombuddet. Det giver Patientombuddet en unik mulighed for at videreformidle den viden og læring, der samlet kan udtrækkes af patientklager, erstatningssager og rapporter om utilsigtede hændelser.

Læringsenheden i Patientombuddet har til opgave at sikre, at de mange data, som Patientombuddet har, bliver udnyttet til at udvikle kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne. Disse mål og forventninger kan Patientombuddet indfri ved at formidle viden fra de tre datakilder, ved at udnytte den ekspertise de sagkyndige konsulenter i Patientombuddet har, og gennem et efterspørgselsrelateret samarbejde med sundhedsvæsenets aktører, hvor Patientombuddet stiller data til rådighed.

Læringsenhedens virksomhed er mere udførligt omtalt i afsnit 3.

2.4 International sygesikring

Enheden International Sygesikring varetager en række opgaver i forbindelse med især EU-rettens regler om adgang til sundhedsydelser i et andet medlemsland. Vi vejleder borgere, virksomheder og offentlige myndigheder om forståelsen af disse regler og forestår afregning af sundhedsydelser med andre medlemslande. Opgaverne for International Sygesikring er mere udførligt omtalt i afsnit 7.



3 Læring

Samlingen af patientklager, anker i erstatningssager og rapporter om utilsigtede hændelser i Patientombuddet giver mulighed for et samlet overblik over behandling, som ikke forløb hensigtsmæssigt eller tilfredsstillende. Samtidig giver dialogprocessen i klagesager muligheder for lokal læring, se afsnit 4.

Det er Patientombuddets Læringsenhed, der blandt andet har til opgave at sikre, at denne viden bliver analyseret og dernæst formidlet ud, så den kan benyttes forebyggende i sundhedsvæsenet. Patientombuddets Læringsenhed varetager som sin hovedopgave administrationen af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

3.1 Rapportering af utilsigtede hændelser

Rapporteringen af utilsigtede hændelser har eksisteret i ni år i sygehusvæsenet og godt to år i resten af sundhedsvæsenet. En utilsigtet hændelse kan man betegne som noget, der ikke bør ske, men som er sket eller var tæt ved at ske. Det kan for eksempel være en kirurg, som ved en fejl indsætter en hofteprotese beregnet til venstre side i stedet for en højresidig protese, eller en patient, der får en for høj dosis medicin, fordi en fagperson har lagt tabletter, som kun skulle havde været givet en gang om ugen, i den daglige doseringsæske.

1. september 2011 blev rapporteringssystemet udvidet, således at også patienter og pårørende har fået mulighed for at rapportere, hvis de i deres møde med sundhedsvæsenet opdager eller bliver udsat for utilsigtede hændelser. I 2012 rapporterede patienter og pårørende cirka 2.400 utilsigtede hændelser.

I 2012 blev der rapporteret lidt flere end 155.000 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase mod 98.500 i 2011. Langt den overvejende del af denne stigning skyldes, at kommunerne i løbet af 2012 har styrket deres organisering af patientsikkerhedsarbejdet. Kommunerne modtog således 98.000 rapporter i løbet af året, hvilket er mere end en fordobling i forhold til 2011.

For yderligere information henvises til årsberetningen for DPSD.

3.2 Læringsaktiviteter

Vi har et ansvar for at anvende de mange data om utilsigtede hændelser og klage- og erstatningssager til at skabe viden, der kan bidrage til at forbedre patientsikkerheden og kvaliteten i sundhedsvæsenet. Patientombuddets strategi for læring kan læses på Patientombuddets hjemmeside.

Formidlingen af viden sker på flere måder. Vi publicerer nyhedsbreve, OBS-meddelelser, tema-rapporter, advarsler og pjecer, ligesom vi deltager med oplæg i konference- og undervisningsaktiviteter.

I 2012 udsendte Patientombuddet seks nyhedsbreve, fire OBS-meddelelser og fire tema-rapporter. I to af de fire tema-rapporter indgår data fra såvel Dansk Patientsikkerhedsdatabase som klage- og erstatningssager.

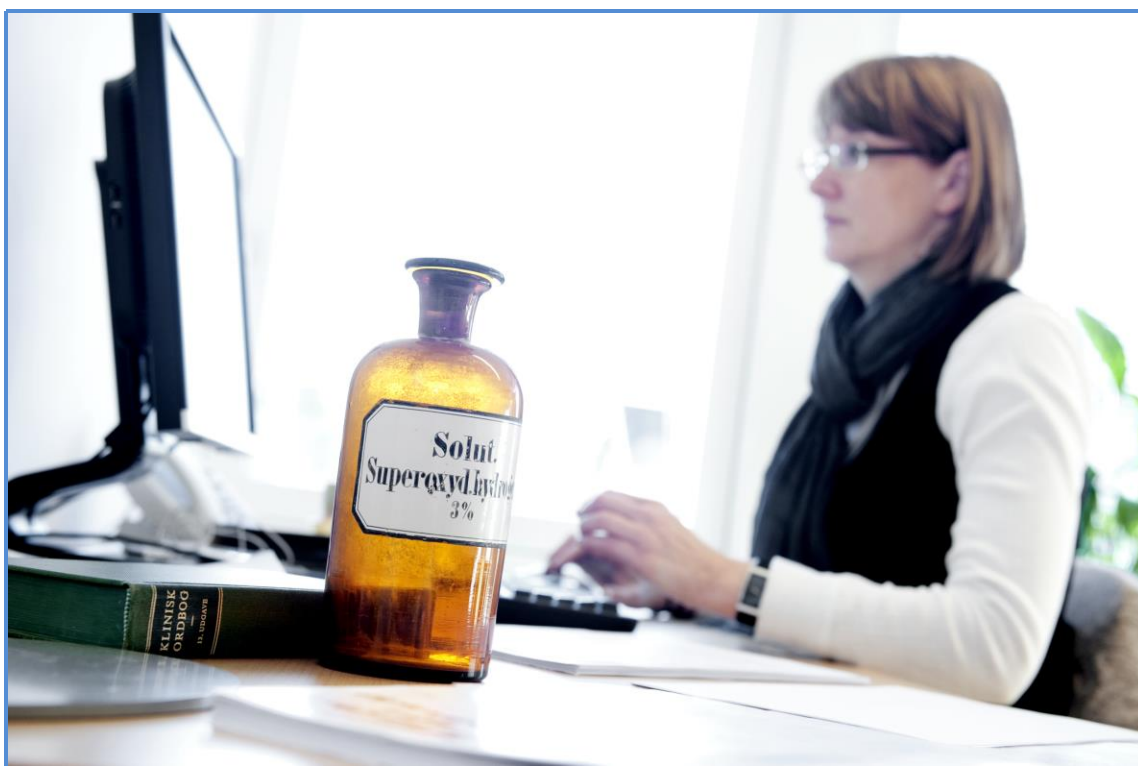
Som en vigtig del af videreformidlingen, har Patientombuddets ansatte i 2012 deltaget som oplægsholdere på mere end 60 kurser og konferencer over hele landet. Herudover har Patientombuddet afholdt to temadage for sundhedspersonalet om henholdsvis rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser (DPSD) og om hændelser i forbindelse med medicinering.

Det er vigtigt, at det arbejde, vi udfører for at udvikle kvalitet og patientsikkerhed, bliver modtaget og opfattet som relevant og velkomment. Det søger vi blandt andet at opnå ved at tilbyde at indgå i partnerskaber med andre aktører i sundhedsvæsenet.

Patientombuddet har i 2012 blandt andet indledt partnerskaber med Dansk Lægemiddelinformation og Amgros om overvågning af utilsigtede hændelser relateret til anvendelsen af medicin. Vi har desuden startet partnerskaber med tre forskellige interessenter om anvendelsen af lægemidlet Methotrexate.

Samlet havde Patientombuddet otte verserende partnerskaber ved udgangen af 2012.

En mere uddybende beskrivelse af Patientombuddets læringsaktiviteter i 2012 kan ses i et bilag til denne årsberetning.



4 Dialog

Mange patienter henvender sig helt naturligt til den sundhedsperson eller det behandlingssted, som har udført en behandling, som patienten er utilfreds med. Patienter har også mulighed for at henvende sig til de regionale patientkontorer, hvor patientvejledere tilbyder hjælp og vejledning. Denne uformelle kontakt til sundhedsvæsenet fører ofte til, at patienten ikke føler behov for at indgive en formel klage.

Det er dog også erfaringen, at ganske mange patienter klager direkte til Patientombuddet uden at have kontaktet det regionale patientkontor eller behandlingsstedet først.

Patienterne fik den 1. januar 2011 en lovbestemt ret til at få tilbudt en dialog om deres klage med regionen.

Pligten til at tilbyde patienter dialog om deres klage understreger, at vi i det ny klagesystem tillægger det stor betydning at give patienter mulighed for en ubureaukratisk kontakt med de ansvarlige for behandlingen samt en mulig afslutning på klagen. Både for patienterne og det sundhedsfaglige personale er det mere tilfredsstillende, hvis der gennem dialog kan opnås en afslutning på en klage frem for gennem en afgørelse i klagesystemet.

Når en patient klager til Patientombuddet, skal han vælge, om han ønsker en dialog om sin klage. Patientombuddet lægger vægt på at vejlede klagere om muligheden for dialog. På klageskemaet skal patienten vælge, om han ønsker at tage imod tilbuddet om dialog. Har man ikke taget stilling, informerer Patientombuddet enten skriftligt eller mundtlig om muligheden for dialog. På Patientombuddets hjemmeside ligger en [pjece om dialog](#) og en udførlig [vejledning om dialog](#).

Alle regioner har indberettet nøgletal om dialogprocessen til Patientombuddet. Det er Patientombuddets opgave at være med til at sikre vidensdeling om dialogprocessen mellem regionerne. Blandt andet derfor lægger Patientombuddet disse indberetninger på hjemmesiden i et særskilt dokument som supplement til denne årsberetning.

4.1 Hvad er formålet med dialog?

Klage- og erstatningsloven pålægger Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn at tilbyde patienter, der klager over den sundhedsfaglige behandling, en dialog med den pågældende region. Indgiver patienten en klage direkte til det regionale patientkontor kan patientkontoret med det samme tilbyde patienten dialog. Patientkontoret skal underrette Patientombuddet om klagen.

Denne ubureaukratiske dialog mellem patienter og sundhedsvæsen giver mulighed for at rette misforståelser og få og give svar på spørgsmål om behandlingen. Dialogen kan betyde, at patientens henvendelse kan løses med en forklaring, en undskyldning eller en vished om, at procedurer på det pågældende sted bliver ændret for fremtiden. Det er nemlig erfaringen, at patienters motiv til at klage oftest er et ønske om, at der drages læring af et utilfredsstillende forløb, så det ikke bliver gentaget for andre pati-

enter. Dialogen giver mulighed for lokal læring det sted, som patienten har klaget over.

Formålet med dialogen er, at der kan blive talt om den sundhedsfaglige behandling, som en patient ønsker at klage over. Patienternes klager indeholder imidlertid ofte delelementer, som omhandler andet end den sundhedsfaglige behandling, såkaldte serviceklager. Denne del af klagen vil ikke blive vurderet af Patientombuddet, men af regionen. Region Nordjylland har oplyst, at de med succes har inddraget servicedelen af klagen i dialogen, idet det giver god mening for patienterne at kunne tale om hele klagen i dialogen, uanset om indholdet er servicerelateret eller sundhedsfagligt.

I maj 2012 udgav Enhed for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, resultaterne af en undersøgelse af patienters og personales erfaringer med dialog. Med tilladelse fra Enheden for Brugerundersøgelser gengives nedenfor nogle enkelte af resultaterne.

Både klagere og personale giver i undersøgelsen udtryk for, at det generelt er en positiv oplevelse at deltage i en dialog. Klagerne fortæller, at de føler sig taget alvorligt, at de bliver lyttet til, og personalet giver udtryk for, at læring fra en dialog ofte kan være med til at ændre på procedurer på en afdeling og dermed bidrage til en øget patientsikkerhed.

En del klagere beskriver følelsen efter en dialog som en blanding af lettelse og glæde. Nogle føler sig mere afklarede, og det kan være med til at give en afslutning på et følelsesmæssigt hårdt forløb.

”Jeg var helt lettet, jeg følge mig næsten træt, fordi det bare havde fyldt så meget, og så var det bare så stille og roligt. Jeg var helt lettet og glad.” KLAGER

”Jeg har fået opklaret nogle ting og fundet ud af, hvordan jeg også selv kommer lidt videre.” KLAGER

Nogle af grundene til, at klagerne vælger at sige ja til en dialog, er, at det samme ikke skal ske for andre, mulighed for at uddybe sin klage, mulighed for at afklare misforståelser, mulighed for at fortælle om oplevelserne ansigt til ansigt, få en forklaring på og en helhedsvurdering af sit forløb.

I undersøgelsen giver nogle af patienterne udtryk for, at de på baggrund af dialogen får en følelse af, at det nytter, og at det vil have en betydning fremadrettet.

”Jeg havde en oplevelse af, at det nyttede. Den dialogsamtale var med til at overbevise mig om, at jeg er blevet hørt.” KLAGER

Hovedparten af sundhedspersonalet mener, at der er læringspotentiale i dialogen. Flere oplever, at de får input med sig, som de kan tage med tilbage til deres afdeling.

”Det jeg som fagperson oplever positivt ved dialogsamtalen er at få tilbagemelding på det, der foregår ude i min afdeling – også selvom den måtte være negativ. Så kan du jo gå ud og arbejde med det.” PERSONALE

Interviewundersøgelsen er som nævnt udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, og den involverer 15 klagerere fordelt på 13 klagesager samt 12 sundhedsfagligt ansatte. Klagesagerne er fra fem forskellige sygehuse fordelt på Øst- og Vestdanmark.

Læs hele undersøgelsen '[Erfaringer med dialogsamtaler ved klager](http://www.patientoplevelser.dk/dialogsamtaler)'. Den findes på hjemmesiden: www.patientoplevelser.dk/dialogsamtaler.

4.2 Hvem får tilbudt dialog?

Patienter, der klager over sundhedsydelse, som regionen helt eller delvist afholder udgifterne til, skal tilbydes dialog. Det betyder, at når patienter klager over behandling på sygehus, herunder private sygehuse og klinikker med aftale med regionen, praksissektoren og den præhospitale indsats, skal de have tilbud om dialog.

Der er derimod ikke en lovbestemt pligt til at tilbyde dialog, når en klage handler om en behandling, som regionen ikke afholder udgifterne til. Vedrører klagen for eksempel den kommunale hjemmesygepleje eller behandling for patientens egen regning på privathospital, har regionen ikke pligt til at tilbyde patienten en dialog.

Det er patienten selv, der afgør, om han ønsker en dialog. Den lokale dialog skal i givet fald gennemføres, inden klagen bliver behandlet i Patientombuddet, og dialogen skal finde sted inden for fire uger, fra regionen modtager klagen fra Patientombuddet.

Tallene neden for er baseret på regionernes indberetninger til Patientombuddet for 2012.

Regionerne holdt i 2012 878 dialoger i 2012. Det er en del flere end de 546 dialoger, regionerne afholdt i 2011.

Der var i 2012 lidt flere kvinder end mænd, der deltog i dialog, dog var forskellen mellem kønnene i 2012 mindre end året før.

Hvis en patient ikke ønsker at tage imod tilbuddet om dialog, vil Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn begynde behandlingen af klagen.

4.3 Hvordan foregår dialogen?

Når patienten tager imod tilbuddet om dialog, skal regionen iværksætte dialogen inden for fire uger efter, at sagen er sendt til regionen. Ifølge lovgivningen skal regionen som minimum kontakte patienten mundtligt eller skriftligt, men loven indeholder ikke mere konkrete bestemmelser om, hvordan regionen skal tilrettelægge dialogen.

Det fremgår af regionernes indberetninger om dialog til Patientombuddet, at langt de fleste dialoger vedrørte behandling på offentlige sygehuse.

Hvor mange dialoger vedrørte behandling	Antal
På offentligt, somatisk sygehus?	459
På offentligt, psykiatrisk sygehus?	32
På privat sygehus?	26
I praksissektoren?	215
Præhospitalet	4
Ikke angivet (foregået i Region Hovedstaden)	142

Omkring to tredjedele af de afholdte dialoger foregik i 2012 som et personligt møde. Den sidste tredjedel blev gennemført ved telefonisk kontakt.

Ved dialog om behandling på et sygehus deltager oftest en repræsentant for afdelingsledelsen samt den eller de involverede sundhedspersoner.

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Nordjylland
Antal tilfælde hvor de behandlingsansvarlige sundhedspersoner deltog i dialogen	151	71	67	55	45
Antal tilfælde hvor afdelingsledelsen på et offentligt sygehus deltog i dialogen	163	74	103	83	61
Antal tilfælde hvor andre fra regionen deltog i dialogen	45	25	33	31	6
Antal tilfælde hvor ledelsen af privat hospital eller klinik i praksissektoren deltog i dialogen	20	2	5	8	2

Patienten har mulighed for at tage en pårørende eller en ven med til dialogen. Det valgte mange af patienterne at have. I Region Nordjylland har de oplevet en fordobling af patienter, der ønsker at have en bisidder med i forhold til året før. Stigningen kan skyldes, at Region Nordjylland i 2012 anbefalede patienterne at tage en bisidder med.

Bisidderfunktionen:	Antal
I hvor mange tilfælde havde klager en bisidder med til dialogmødet?	395
I hvor mange tilfælde havde klager selv fundet sin bisidder?	377

I hvor mange tilfælde ville klager gerne have haft en bisidder med, men havde ikke mulighed for at finde en bisidder?	16
---	----

I 2012 etablerede Danske Patienter en forsøgsordning, der betyder, at patienter i 2013 har mulighed for at få stillet en bisidder til rådighed i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark. Hvis ordningen bliver permanent, vil tilbuddet blive landsdækkende. Mere om ordningen kan ses på Patientombuddets hjemmeside og på www.danskepatienter.dk/bisidder

4.4 Hvad blev resultatet af dialogerne?

Målet er, at patienter i dialog med sundhedsvæsenet kan få rettet misforståelser og få svar på spørgsmål, en forklaring, evt. en undskyldning eller måske en forsikring om, at procedurer ændres for at undgå at fejl gentages i fremtiden.

Indberetningerne om dialog fra regionerne viser, at dialogen havde stor betydning for mange af de patienter, der har klaget.

40 procent af de patienter, der i 2012 deltog i en dialog, valgte at afslutte deres klage efter dialogen, - jf. nedenstående oplysninger fra regionerne.

Udfald af dialog	Antal i alt	Region Hoved.	Region Midt.	Region Syd.	Region Sj.	Region Nord.
Antal sager i dialog	878	305	124	157	172	120
I hvor mange tilfælde blev klagen trukket tilbage efter dialog?	363	111	66	73	64	49
I hvor mange tilfælde blev klagen trukket tilbage fordi:						
<ul style="list-style-type: none"> • Klager fik en forklaring på behandlingen eller afklaret misforståelser? 	266	85	47	61	41	32
<ul style="list-style-type: none"> • Klager fik en undskyldning for behandlingen? 	183	68	36	34	28	17
<ul style="list-style-type: none"> • Klager fik oplysning om den læring, klagen afstedkom og eventuelt ændrede procedurer i fremtiden? 	167	63	26	32	24	22
<ul style="list-style-type: none"> • Andre grunde eller ikke registreret? 	28	10	5	3	8	2

Der er en væsentlig forskel sektorerne imellem. Således har Region Hovedstaden oplyst, at tilbagekaldelsen af klager over praksissektoren var på 18 %, mens den til sammenligning var på 44 % for klager over behandling på regionens hospitaler.

Region Nordjylland oplyser, at det afgørende for, hvorvidt patienterne trækker deres klage tilbage eller oplever dialogen som tilfredsstillende, er oplevelsen af at blive lyttet til og taget alvorligt. Særlig stor betydning har det for patienterne, hvis sundhedspersonalet giver udtryk for, at man 'vil passe bedre på den næste patient' og måske ændre eller forbedre forhold på sygehuset, så et utilfredsstillende behandlingsforløb ikke vil gentage sig.

Selv om en dialog ikke fører til, at en patient trækker sin klage tilbage, har dialogen i flere tilfælde haft indflydelse på selve klagens indhold. I 114 tilfælde ændrede patienten indholdet af klagen efter dialog. I nogenlunde lige mange tilfælde blev klagen mindre eller mere omfattende efter dialogen.

4.5 Læring med baggrund i dialog

Det er forventningen, at dialoger vil øge den lokale læring af klagesager. Dette fordi en dialog kan være afsæt for forbedrede rutiner og behandlinger og dermed være med til at sikre, at det, der skete for én patient, ikke sker for den næste. Denne forventning er blevet indfriet, hvis antallet af ændrede procedurer tages som udtryk for læring. Dette antal er nemlig steget i 2012 i forhold til 2011.

Der var således 361 tilfælde i 2012 mod 126 tilfælde i 2011, hvor klagen, der lå til grund for dialogen, gav anledning til ændrede procedurer eller andre initiativer. Hertil kommer naturligvis den læring, som samtalerne i øvrigt giver anledning til.

5 Patientombuddets afgørelser

I det nuværende patientklagesystem har patienterne indflydelse på, hvordan deres klage over behandlingen skal behandles.

Patienterne har to valg.

Patienterne har for det første mulighed for at vælge en dialog med regionen, før behandlingen af deres klage går i gang. Denne dialog er nærmere beskrevet i afsnit 4.

For det andet kan patienterne vælge, om de ønsker deres behandlingsklage afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (se nærmere om nævnet i afsnit 6.1 eller i nævnets egen årsberetning) eller af Patientombuddet. Afgørelser fra disciplinærnævnet kan gå ud på at kritisere konkrete sundhedspersoner for den sundhedsfaglige behandling af patienten, mens afgørelser fra Patientombuddet kan gå ud på, at behandlingsstedet, for eksempel et sygehus, kritiseres.

Når Patientombuddet behandler klagesager, er Patientombuddet uafhængigt, og er dermed ikke undergivet instruktion om de enkelte sagers behandling og afgørelse.

Patientombuddets afgørelser kan ikke indbringes for andre administrative myndigheder. Patientombuddets afgørelser er 'administrativt endelige'. Når Patientombuddet kritiserer et behandlingssted for en sundhedsfaglig behandling, har patienten dog mulighed for efterfølgende også at få behandlet sin klage i disciplinærnævnet. Der var otte patienter, der benyttede denne mulighed i 2012. Ingen af disse sager blev afgjort i 2012.

Patientombuddet er en klageinstans og har derfor ikke kompetence til af egen drift at iværksætte undersøgelse af sundhedsvæsenets faglige virksomhed eller af regioners eller kommuners efterlevelse af patientrettigheder. Patientombuddet har derfor heller ikke kompetence til at indbringe sager for disciplinærnævnet. Sundhedsstyrelsen har derimod kompetence til at indberette sager for disciplinærnævnet. Sundhedsstyrelsen modtager kopi af Patientombuddets afgørelser af behandlingsklager.

5.1 Behandlingsklager

Patientombuddet afgør klager over den sundhedsfaglige behandling, når patienten har ønsket, at en eventuel kritik skal rettes mod behandlingsstedet og ikke imod en konkret sundhedsperson. Det betyder, at Patientombuddet afgør behandlingsklagen uden forelæggelse for et nævn – det vil sige i modsætning til sager til disciplinærnævnet, der skal forelægges til disciplinærnævnets møder.

Ministeren for sundhed og forebyggelse har nedsat Det Rådgivende Praksisudvalg for at sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge udviklingen af Patientombuddets praksis for afgørelse af behandlingsklager. Det Rådgivende Praksisudvalg er nærmere omtalt nedenfor.

Patientombuddet har kompetence til at afgøre klager over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed i det offentlige sundhedsvæsen. Patientombuddets kompetence afhænger derfor af, om udgifterne til behandlingen helt eller delvist er afholdt af en region, en kommune eller af staten.

Det drejer sig derfor primært om behandling på et offentligt sygehus eller på et privat sygehus efter aftale med regionen, behandling hos alment praktiserende læge eller behandling i den kommunale hjemmesygepleje. Det er i praksis antaget, at også behandling ved fængselslæger er omfattet af Patientombuddets kompetence.

Behandlingsklager oplyses og afgøres i Patientombuddets Patientklagecenter. De sundhedsfaglige vurderinger leveres af de samme sagkyndige konsulenter, som vurderer sager, der skal forelægges for disciplinærnævnet. Det er også de samme jurister i Patientklagecentret, som behandler klager, der skal afgøres af Patientombuddet, og sager, der afgøres af disciplinærnævnet. Denne organisering er valgt for at understøtte, at der anvendes samme faglige norm i behandlingen af disciplinærsager og patientombudssager.

Der gælder samme frister for indbringelse af klager over den sundhedsfaglige behandling for Patientombuddet som for disciplinærnævnet.

Det behandlingssted, som klagen vedrører, får naturligvis lejlighed til at udtale sig om klagen, ligesom de relevante journaler indhentes. I øvrigt foretages partshøring i overensstemmelse med forvaltningslovens bestemmelser.

Både Patientombuddet og disciplinærnævnet skal i klagerne vurdere, om patientbehandlingen har levet op til almindelig anerkendt faglig standard. I modsætning til disciplinærnævnet skal Patientombuddet imidlertid ikke undersøge og tage stilling til, om konkrete sundhedspersoner kan drages til ansvar for, at behandlingen var under almindelig anerkendt faglig standard.

Når Patientombuddet vurderer, at patientbehandlingen var under almindelig anerkendt faglig standard, kan behandlingsstedet kritiseres. Det gælder også, selv om det måtte stå klart, at det ikke var en konkret sundhedsperson, der havde ansvar for den dårlige behandling. Patientombuddet kan nemlig også tage stilling til handlinger, der er foretaget af personer uden sundhedsfaglig uddannelse så som lægesekretærer eller portører, som ikke omfattes af disciplinærnævnets kompetence.

Patientombuddets afgørelser har to mulige udfald: at behandlingen ikke gav anledning til kritik, eller at der var anledning til kritik. Patientombuddet har i modsætning til disciplinærnævnet ikke mulighed for at give alvorlig kritik i form af indskærpelse.

Patientombuddet kan ikke behandle en klage som en patientombudssag, hvis den samtidig er eller har været under behandling i disciplinærnævnet.

Nye sager

Patientombuddet modtog i alt ca. 4.300 nye klager over sundhedsfaglig behandling i 2012, hvilket er en stigning på knap 9 procent i forhold til antallet af nye behandlingsklager i 2011.

Heraf valgte patienterne, at 1.228 klager skulle afgøres af Patientombuddet. De resterende sager afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Fordelingen af behandlingsklager mellem disciplinærnævnet og Patientombuddet har i både 2012 og 2011 ligget på ca. 70 procent til afgørelse af disciplinærnævnet og ca. 30 procent til afgørelse af Patientombuddet.

Afgørelser og kritik

I 2012 afgjorde Patientombuddet 1.278 klager over sundhedsfaglig behandling.

I 483 afgørelser kritiserede Patientombuddet behandlingsstedet for den sundhedsfaglige behandling svarende til 38 procent af alle afgørelser. I 2011 afgjorde Patientombuddet 29 procent af klagerne over sundhedsfaglig behandling med kritik af behandlingsstedet. I 2011 afgjorde Patientombuddet dog kun i alt 252 klagesager om sundhedsfaglig behandling. Det statistiske grundlag for opgørelsen af kritikprocenten var således væsentligt mindre i 2011 end i 2012.

Genoptagelse

I 2012 traf Patientombuddet 22 afgørelser, der vedrørte anmodninger om genoptagelse af behandlingen af klagesager om sundhedsfaglig behandling, som allerede var afgjort af Patientombuddet. Af anmodningerne blev 18 afvist, mens de resterende 4 blev genoptaget til realitetsbehandling. Ingen af genoptagelserne førte til en ændring af afgørelsen.

Sagsbehandlingstid

Den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Patientombuddet i sager om sundhedsfaglig behandling blev 9,4 måneder i 2012.

5.2 Rettighedsklager

Patienter kan klage til Patientombuddet over tilsidesættelse af patientrettigheder som for eksempel frit og udvidet frit sygehusvalg, maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme og refusion af udgifter til behandling i udlandet. Patientombuddet behandler også klager fra personer, der mener, at deres ret til aktindsigt i sundhedsfaglige journaler ikke er blevet imødekommet. I disse tilfælde vurderer Patientombuddet, om regionen eller i nogle tilfælde kommunen har overtrådt lovgivningen.

Disse klager kaldes i Patientombuddet for rettighedsklager.

For afgørelser truffet af regionerne er det muligt at klage over for eksempel befordring og befordringsgodtgørelse til sygehus, retten til frit og udvidet frit sygehusvalg og retten til behandling af visse kræft- og hjertesygdomme inden for de fastsatte maksimale ventetider. Ligeledes er der adgang til at klage for patienter med Sjøgrens Syndrom og patienter, der har fået kemo- eller strålebehandling, som har fået afslag på tilskud til tandbehandling, samt tilskud til behandling i praksissektoren i Danmark og andre EU/EØS-lande.

For afgørelser truffet af kommunerne er det muligt at klage over for eksempel befordringsgodtgørelse til alment praktiserende læge og speciallæge, lægevalg og indplacering i sikringsgruppe samt afgørelser om ret til omsorgs- og specialtandpleje.

Nye sager

Patientombuddet modtog 1.116 nye rettighedsklager i 2012. Der er tale om en stigning i antallet af nye rettighedsklager på 18 procent fra 2011.

Rettighedssager	2011	2012
Oprettede sager	945	1.116
Afviste sager	153	308
Antagne sager	688	1.093
Afgjorte sager	590	752

Afgørelser

I 2012 afgjorde Patientombuddet 752 rettighedsklager. Det er en væsentlig stigning siden 2011, hvor Patientombuddet afgjorde 590 rettighedsklager.

Hovedparten af de afgjorte rettighedssager i 2012 er afgørelser fra regioner og kommuner, som Patientombuddet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve. Andelen af disse rettighedsklager, hvor Patientombuddet har ændret eller hjemvist regionens eller kommunens afgørelse, er fra 2011 til 2012 steget fra 14 procent til 18 procent.

	2011	Procent	2012	Procent
Tiltrådt	432	85,7 %	515	81,8 %
Ændret	28	5,6 %	48	7,6 %
Hjemvist	44	8,7 %	67	10,6 %
Ophævet	0	0 %	0	0 %
I alt	504	100 %	630	100 %

I de resterende rettighedssager – herunder om aktindsigt i patientjournaler, frit og udvidet sygehusvalg samt maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme – efterprøver Patientombuddet, om lovgivningen har været overholdt. Hvis det ikke er tilfældet, afgør Patientombuddet sagen med kritik af regionen eller kommunen. I 2012 afgjorde Patientombuddet 55 procent af disse rettighedssager med kritik af regionen eller kommunen.

Genoptagelse

I 2012 traf Patientombuddet 13 afgørelser, der vedrørte anmodninger om genoptagelse af behandlingen af rettighedsklager, som allerede var afgjort af Patientombuddet. Heraf blev 7 af anmodningerne afvist, mens de resterende blev genoptaget til realitetsbehandling. I 5 af sagerne førte genoptagelsesansøgningerne til en ændret afgørelse.

Sagsbehandlingstid

Den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Patientombuddet for rettighedsklager blev 4,7 måneder i 2012.

5.2.1. Tilskud til behandling i udlandet

Patienter kan klage over afslag på tilskud til behandling i praksissektoren i andre EU-/EØS-lande¹. Siden 1. januar 2011 kan patienter også klage over afslag på tilskud til de udgifter, som patienten har haft til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land. Når patienter klager over disse afgørelser, kan Patientombuddet tiltræde, ændre eller hjemvise regionens afgørelser.

Ved tiltrædelse forstås, at Patientombuddet er enig i regionens afgørelse. Ved ændring forstås en annullering af regionens afgørelse kombineret med en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige. Bliver regionens afgørelse hjemvist betyder det, at Patientombuddet overlader det til det regionen at træffe en ny afgørelse i sagen.

Patientombuddet har i 2012 truffet afgørelse i flere sager, hvor patienter var rejst til et andet EU/EØS-land for at modtage sygehusbehandling. Patienterne søgte regionen om at få betalt udgifterne, men fik afslag. Efterfølgende klagede patienterne til Patientombuddet over regionens afgørelse.

Nedenfor skitseres de regler og forhold, som Patientombuddet lægger vægt på, når Patientombuddet afgør, om en patient har ret til at få sin sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land betalt, eller om patienten selv skal afholde udgiften. En række afgørelser, der ikke tidligere har været offentliggjort, nævnes som eksempler. Disse afgørelser er valgt, fordi de er egnede til at belyse Patientombuddets praksis.

Lovvalg

EU-rettens regler om fri bevægelighed for varer og tjenesteydelser regulerer, hvornår en patient kan rejse til et af EU's 26 andre medlemslande eller et af de 3 EØS-lande, modtage behandling og få sine udgifter betalt af regionen. Reglerne er beskrevet i Traktaten², en forordning³ og er anvendt og fortolket i de domme, som EU-domstolen har afsagt.

Derudover er reglerne beskrevet i to danske bekendtgørelser; ydelsesbekendtgørelsen⁴, som vedrører behandling i praksissektoren, for eksempel hos en praktiserende læge, og sygehusbekendtgørelsen⁵, som vedrører sygehusbehandling.

Om en patient har ret til at få sine udgifter betalt af regionen skal altid afgøres efter den ene eller den anden bekendtgørelse. Det vil sige, at der skal træffes et lovvalg. Det afgørende for lovvalget er, om den pågældende behandling ville være blevet fore-

¹ Belgien, Bulgarien, Cypern, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Holland, Irland, Italien, Letland, Litauen, Luxembourg, Malta, Polen, Portugal, Rumænien, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ungarn, Østrig samt Island, Lichtenstein og Norge.

² Traktaten om Den Europæiske Unions Funktionsområde (tidligere EF-traktaten)

³ Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger.

⁴ Bekendtgørelse nr. 1098 af 19. november 2008 om adgang til tilskud efter sundhedsloven til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS-land.

⁵ Bekendtgørelse nr. 1439 af 23. december 2012 om ret til sygehusbehandling m.v.

taget i praksissektoren eller på et sygehus, hvis behandlingen havde fundet sted i Danmark.

I 2012 har Patientombuddet hjemvist et antal afgørelser til regionen med henblik på, at regionen træffer en ny afgørelse, fordi regionen ikke har forholdt sig til, hvilken bekendtgørelse, der regulerede det konkrete tilfælde.

Nedenstående sag er et eksempel på, at der altid skal foretages et begrundet lovvalg.

Transplantation af hornhinder er sygehusbehandling i Danmark

En patient fik foretaget en hornhindetransplantation hos en privatpraktiserende øjenlæge i Tyskland. Patienten anmodede regionen om tilskud til behandlingen.

Regionen afviste at yde tilskud med den begrundelse, at hornhindetransplantation ikke er omfattet af ydelsesbekendtgørelsen.

Patientombuddet hjemviste afgørelsen og bad regionen at tage stilling til, om patienten var berettiget til tilskud efter sygehusbekendtgørelsen. Det afgørende var, om den behandling, patienten havde modtaget, gives i praksissektoren eller på sygehus i Danmark.

Patientombuddet oplyste hertil, at det fremgik af Sundhedsstyrelsens dagældende specialevejledning for øjensygdomme, at kompliceret diagnostik på det øjenmedicinske område og specialiseret øjenkirurgi i Danmark foretages på sygehus.

Da hornhindetransplantation i Danmark udelukkende er en behandling, som ydes på et sygehus, burde regionen have taget stilling til, om patienten var berettiget til tilskud efter sygehusbekendtgørelsen.

Betingelser for refusion

Regionens forpligtelse til at godtgøre udgiften til en behandling, som en patient har fået i et andet EU/EØS-land, er begrænset til de sundhedsydelser, som patienten har krav på i henhold til lovgivningen i Danmark. Derfor skal den behandling, patienten modtager uden for landets grænser, være *den samme eller en tilsvarende behandling*, som det offentlige sundhedsvæsen tilbyder her i landet.

Patientombuddet bruger sagkyndig bistand til at vurdere dette. En læge indenfor det pågældende medicinske speciale vurderer, om den behandling, patienten har fået i udlandet, også ville være blevet tilbudt herhjemme.

Med andre ord er patienten som udgangspunkt berettiget til at få sine udgifter refunderet, hvis den behandling, der er tale om, tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark. Der gælder dog de samme betingelser og vilkår for at få betalt sin behandling i et andet EU/EØS-land, som hvis ydelsen blev modtaget på et sygehus i Danmark.

Disse betingelser indebærer for det første, at patienten skal være *henvist* til behandling, medmindre der er tale om akut behandling. For det andet skal behandlingen være lægeligt *indiceret*. Det vil sige, at en læge skal have vurderet, at behandlingen er nødvendig. Det behøver ikke være en dansk læge, det kan også være en læge i et andet EU/EØS-land. Det er derfor underordnet, om en dansk læge har fundet behandlingen unødvendig eller ligefrem kontraindiceret.

Hvis ovenstående betingelser er opfyldt, refunderer regionen et beløb, som svarer til, hvad den samme eller en lignende behandling koster i Danmark, se dog følgende afsnit om rettidig behandling og forhåndsgodkendelse.

Nedenstående sag er et eksempel på, at patienten skal være henvist, før regionen er forpligtet til at betale for patientens udgifter.

Patient var ikke henvist til operation for overvægt

En patient blev i oktober 2008 henvist til operation for svær overvægt på et sygehus i Danmark. På grund af reglerne om udvidet frit sygehusvalg blev hun viderevisiteret til et privathospital.

Patienten blev tilbudt operation på privathospitalet i august 2010, men operationen blev udskudt flere gange, da hun ikke havde opnået det påkrævede vægttab. Hun henvendte sig ikke på hospitalet igen.

I maj 2012 ansøgte patienten regionen om refusion af sine udgifter til en gastric bypass-operation planlagt i Belgien.

Regionen afviste at yde refusion, da patienten ikke var i besiddelse af en lægehenvielse til sygehusbehandling.

Patientombuddet tiltrådte regionens afgørelse og fandt, at regionen var berettiget til at afslå patientens ansøgning.

Det var Patientombuddets opfattelse, at patienten ved at søge behandling i Belgien søgte en fornyet vurdering i forhold til den behandling, hun havde søgt i Danmark.

Patientombuddet oplyste, at en patient i Danmark ikke er udelukket fra at anmode om en fornyet vurdering på et andet sygehus, men at en sådan fornyet vurdering vil forudsætte en ny henvisning. Da patienten ikke var berettiget til en fornyet vurdering i Danmark, var regionen ikke forpligtet til at dække hendes udgifter.

Rettidig behandling

Hvis regionen ikke kan yde en rettidig behandling til patienten, og de andre betingelser er opfyldt, skal regionen refundere patientens udgifter til behandling i et andet EU/EØS-land. Det beror på en konkret lægelig vurdering af patientens sygdomstil-

stand, baggrunden for sygdommen samt den udvikling, som den pågældende sygdom må forventes at undergå i forhold til for eksempel smerter eller udvikling af eventuelle handicaps, om behandlingen kan ydes rettidigt.

Nedenstående sag er et eksempel på, at vurderingen af rettidighed ikke alene skal afgøres ud fra, om patienten i Danmark kan behandles indenfor de frister, der er fastsat i sundhedsloven.

Patienten kunne behandles rettidigt i Danmark

En patient blev af sin praktiserende læge henvist til et sygehus med henblik på vurdering af behov for operation for overvægt. Sygehuset returnerede hans henvisning ved en fejl.

Patienten tog efterfølgende til Belgien og fik en gastric bypass-operation for egen regning. Han søgte regionen om refusion.

Regionen afslog at yde refusion til patienten.

Patientombuddet tiltrådte regionens afgørelse. Patientombuddet fandt på baggrund af de foreliggende oplysninger, at patienten kunne være blevet behandlet rettidigt i Danmark.

Patientombuddet lagde vægt på, at patienten kunne være blevet tilbudt behandling indenfor en måned i Danmark, og at der ikke var oplysninger, som tydede på, at det var lægeligt uforsvarligt at behandle ham indenfor en måned, henset til hans tilstand.

Forhåndsgodkendelse

Patientens ret til at få sine udgifter til sygehusbehandling betalt kræver som hovedregel – udover de ovennævnte betingelser - at patienten forinden har fået en forhåndsgodkendelse af sin bopælsregion. Det er regionens samtykke til, at patienten kan tage af sted og blive behandlet for regionens regning.

Godkendelsen skal søges hos patientens bopælsregion. Patienten skal vedlægge kopi af lægehenvielse til sygehusbehandling, sit samtykke til, at der kan indhentes yderligere helbredsoplysninger til brug for vurdering af ansøgningen, et tilbud fra det udenlandske sygehus med beskrivelse af den behandling, som ansøgningen omfatter, pris-tilbud fra det udenlandske sygehus og dato for behandling på det udenlandske sygehus.

EU-domstolen har i en række domme slået fast, at det reelt er en hindring for den frie bevægelighed, at en medlemsstat stiller krav om forhåndsgodkendelse, fordi det forhindrer patienten i umiddelbart at opsøge behandling udenfor landets grænser.

Under visse betingelser vil EU's medlemslande dog være berettiget til at stille krav om en forhåndsgodkendelse som betingelse for at afholde udgifterne. Det gælder, når der er tale om en behandling, hvor der i Danmark gør sig særlige planlægningsmæssige hensyn gældende.

Det planlægningsmæssige hensyn har her til formål at sikre, at der er en tilstrækkelig og stabil adgang til behandling af høj kvalitet. Planlægningshensynet gælder også, når det har til formål at undgå spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer, og når behandlingen kræver anvendelse af specialiseret og omkostningskrævende medicinsk udstyr, som for eksempel scannere og strålekanoner.

Nedenstående sag er et eksempel på, at Patientombuddet vurderede, at det var berettiget at stille krav om forhåndsgodkendelse.

Hjerneoperation kræver planlægning

En patient blev indstillet til operation for en misdannelse i hjernen på et sygehus i Danmark. Operationen blev imidlertid udskudt 16 dage, og patienten søgte regionen om forhåndsgodkendelse til at blive opereret på et sygehus i Tyskland.

Regionen afslog ansøgningen.

Patientombuddet tiltrådte regionens afslag.

Det var Patientombuddets opfattelse, at det var berettiget, at regionen havde krævet en forhåndsgodkendelse. Patientombuddet lagde vægt på, at neurokirurgi er underlagt en høj grad af planlægning for at sikre, at der i Danmark kan tilbydes operationer af høj kvalitet. Operationerne foregår desuden i samarbejde med mange andre medicinske specialer.

Patientombuddet vurderede desuden, at behandlingen kunne være givet rettidigt i Danmark, idet den tilbudte operationsdato lå tidligere end den dato, som sygehuset i Tyskland havde tilbudt.

Efterfølgende refusion

Hvis patienten ikke har fået regionens godkendelse, inden han tager af sted til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land, kan patienten søge refusion efterfølgende. Regionen refunderer udgifterne, hvis det ikke skønnes rimeligt at afslå refusion.

Efter Patientombuddets opfattelse vil det ikke være rimeligt at afslå ansøgningen om efterfølgende refusion, hvis patienten havde fået godkendt en ansøgning sendt på forhånd. Det vil sige i de tilfælde, hvor der ikke kunne stilles krav om forhåndsgodkendelse eller i de tilfælde, hvor behandlingen var planlægningskrævende, men hvor behandlingen ikke kunne ydes rettidigt i Danmark. Med andre ord skal patienterne efter

Patientombuddets opfattelse som udgangspunkt stilles ens uanset på hvilket tidspunkt, de indgiver ansøgningen.

Det er dog Patientombuddets vurdering, at det altid er en god idé for den enkelte patient at søge om forhåndsgodkendelse, inden han rejser til et andet EU/EØS-land for at modtage behandling. Derved kender patienten sin retsstilling på forhånd og ved, om regionen vil dække udgiften til behandling.

5.3 Det Rådgivende Praksisudvalg

Ministeren for sundhed og forebyggelse har nedsat Det Rådgivende Praksisudvalg. Udvalget skal sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge udviklingen af Patientombuddets praksis for afgørelsen af klager fra patienter over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed (behandlingsklager). Praksisudvalget har således til opgave at rådgive Patientombuddet om ombuddets fremtidige afgørelser af sammenlignelige sager.

Udvalget drøfter derfor afgørelser i konkrete udvalgte sager med Patientombuddet. Sagerne anonymises, inden de forelægges for udvalget.

Praksisudvalget har også til opgave at rådgive Patientombuddet om læringen af sagerne og peger i den forbindelse på sundhedsfaglige områder, som efter udvalgets opfattelse kræver en særlig opmærksomhed eller en indsats med hensyn til læring.

Udvalget holdt to møder i 2012, henholdsvis den 26. april og den 25. oktober 2012. Udvalget gennemgik på disse møder et antal afgørelser truffet i sager vedrørende patientinformation og -samtykke samt plejesager og afgørelser, der vedrørte sektorovergange.

Afgørelserne om information og samtykke vedrørte blandt andet kravene til tidspunktet for information af patienten, til samtykkets form og rækkevidde og til information om komplikationer og bivirkninger.

Plejesagerne vedrørte både behandling af tryksår, tilsyn, medicinering, journalføring, brug af dropkanyle, sygepleje på skadestue, sektorskift, glemte instrumenter i patienten og håndtering af smittefare.

Sagerne om sektorovergange vedrørte henvisning mellem sektorer, udskrivelse til primær sektor, prøvesvar ved sektorovergange og behandlingsansvar.

Patientombuddet havde forinden begge møder samlet en række afgørelser om problemstillingerne og på baggrund af disse udarbejdet et notat, som beskrev Patientombuddets praksis. Udvalget var enig i Patientombuddets praksis og i udfaldet af de pågældende sager.

Udvalget tilkendegav på det seneste møde, at journalføring er et emne, som udvalget ønsker behandlet på et møde i 2013. En liste over medlemmerne i Det Rådgivende Praksisudvalg kan ses i et bilag til beretningen.

6 Nævnenes virksomhed

Patientombuddet er sekretariat for fire nævn, hvoraf de tre er ankenævn. Nævnene er: Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, Patientskadeankenævnet, Lægemiddelskadeankenævnet og Det Psykiatriske Ankenævn.

I 2012 traf de fire nævn realitetsafgørelse i 3.976 sager.

Nævnene træffer afgørelse i møder, men for alle nævn er der mulighed for formandsafgørelser. De fire nævn har alle repræsentation for sundhedspersoner og patienter, og nævnene har alle en dommer som formand.

6.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Disciplinærnævnet har til opgave at behandle patienters klager over sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed.

Disciplinærnævnet skal først og fremmest tage stilling til, om en eller flere konkrete sundhedspersoner har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed ved patientbehandlingen. Med andre ord om sundhedspersonen har levet op til normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er disciplinærnævnet sammensat af fem medlemmer, heraf en formand eller næstformand, to fagligt udpegede medlemmer (udpeget ud fra sagens fagområde) og to lægmandsrepræsentanter (patientrepræsentanter). Formand og næstformænd er alle dommere.

Disciplinærnævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse.

Disciplinærnævnets afgørelser er administrativt endelige.

I 2012 afgjorde Disciplinærnævnet 1.702 klagesager. 531 sager gav anledning til kritik svarende til 31 procent.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev 13,5 måneder mod 12,9 måneder i 2011. Stigningen i sagsbehandlingstiden skyldes, at disciplinærnævnet afgjorde et stort antal gamle sager, der var overtaget fra Patientklagenævnet. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for patientklager afgjort af disciplinærnævnet og Patientombuddet blev 10,3 måneder, og dermed 1 måned lavere end i 2011.

Disciplinærnævnet holdt 26 møder i 2012.

Der er gjort nærmere rede for disciplinærnævnets virksomhed i 2012 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside, www.patientombuddet.dk.

6.2 Patientskadeankenævnet

Patientskadeankenævnet er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Patientskadeankenævnet har til opgave at behandle klager over afgørelser fra Patientforsikringen om erstatning for patientskader.

Patientskadeankenævnet tager stilling til, om en patient er kommet til skade som følge af behandling eller undersøgelse i sundhedsvæsenet. Nævnet tager også stilling til udmåling af erstatningen for en anerkendt patientskade.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er Patientskadeankenævnet sammensat af otte medlemmer, heraf en formand eller næstformand, to sagkyndige medlemmer, en advokat, to patientrepræsentanter og to repræsentanter for de driftsansvarlige myndigheder. Formand og næstformænd er alle dommere.

Patientskadeankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Patientskadeankenævnet afgørelser er administrativt endelige.

Antallet af nye ankesager steg fra 2.117 i 2011 til 2.417 i 2012.

I 2012 afsluttede Patientskadeankenævnet 2.273 ankesager, hvoraf 1.885 blev afgjort i nævns møder, 261 sager blev afgjort som formandsafgørelser og 127 blev afsluttet på anden vis. 252 sager gav anledning til ændring af Patientforsikringens afgørelse svarende til 13 procent.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev reduceret med 0,1 måned fra 5,3 måneder i 2011 til 5,2 måneder i 2012.

Patientskadeankenævnet holdt 75 møder i 2012.

Der er gjort nærmere rede for Patientskadeankenævnet virksomhed i 2012 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

6.3 Lægemiddelskadeankenævnet

Lægemiddelskadeankenævnet er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Lægemiddelskadeankenævnet har til opgave at behandle klager over afgørelser fra Patientforsikringen om erstatning for lægemiddelskader.

Lægemiddelskadeankenævnet tager stilling til, om en patient har fået en skade som følge af en sjælden og alvorlig bivirkning af medicin. Nævnet kan også tage stilling til erstatningsudmålingen som følge af en anerkendt lægemiddelskade.

Nævnet består af en formand og otte andre udpegede medlemmer. Nævnet er ved afgørelsen af den enkelte sag sammensat af en formand, der er dommer, og som er udpeget af ministeren for Sundhed og Forebyggelse. Herudover består nævnet af otte medlemmer, hvoraf to repræsenterer patientinteresser, to repræsenterer sundhedsvesenets driftsansvarlige, to repræsenterer sundhedsmyndighederne og to udpeget af ministeren for sundhed og forebyggelse.

Lægemiddelskadeankenævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Nævnets afgørelser er administrativt endelige.

Antallet af nye ankesager faldt fra 115 i 2011 til 105 i 2012.

I 2012 afsluttede Lægemiddelskadeankenævnet 118 ankesager. I cirka 9 procent af afgørelserne ændrede nævnet Patientforsikringens afgørelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 7,6 måneder i 2011, hvilket blev opretholdt i 2012.

Lægemiddelskadeankenævnet holdt seks møder i 2012.

Der er gjort nærmere rede for Lægemiddelskadeankenævnets virksomhed i 2012 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

6.4 Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Ankenævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Det Psykiatriske Ankenævn har til opgave at behandle klager over afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningerne.

Det Psykiatriske Ankenævn tager stilling til, om betingelserne for at udøve tvang (især tvangsbehandling) var opfyldt på det tidspunkt, hvor tvangsindgrebet blev udført.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er Det Psykiatriske Ankenævn sammensat af fem medlemmer. En formand, to speciallæger i psykiatri og to patientrepræsentanter. Formanden skal være dommer.

Det Psykiatriske Ankenævn er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser er administrativt endelige.

Antallet af nye ankesager faldt fra 124 i 2011 til 95 i 2012.

I 2012 afgjorde Det Psykiatriske Ankenævn 110 ankesager. 51 sager gav anledning til ændring af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse svarende til 46 procent. Herudover blev 1 sag svarende til 1 procent hjemvist til fornyet behandling i det psykiatriske patientklagenævn. Af de 95 nye ankesager blev 18 sager afsluttet på anden måde end ved afgørelse, især fordi klager trak sin anke tilbage.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev på 5,9 måneder i 2012.

Det Psykiatriske Ankenævn holdt 10 møder i 2012.

Der er gjort nærmere rede for Det Psykiatriske Ankenævns virksomhed i 2012 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

7 International sygesikring

Enheden International Sygesikring i Patientombuddet har to hovedopgaver: vejledning om EU-rettens regler om behandling og i den forbindelse opkrævninger og betalinger af udgifter til behandling.

7.1 Administration af regler

Regler om koordinering af offentlige sundhedsydelser mellem flere lande findes dels i EU-retten, dels i sociale sikringsoverenskomster som Danmark har indgået med et eller flere andre lande.

I EF-forordning 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger, kaldet grundforordningen, er fastsat regler om koordinering af EU-landenes sociale sikringsordninger, herunder også sundhedsydelser for borgere, der rejser mellem landene. Den mere praktiske gennemførelse af reglerne i grundforordningen er fastlagt i EU-forordning 987/09, kaldet gennemførelsesforordningen.

Grundforordningen indeholder en række fælles regler om generelle principper, for eksempel et princip om ligebehandling af borgerne i EU, og regler om hvilket lands lovgivning der skal finde anvendelse (lovvalgsreglerne). Disse regler gælder for alle typer af sociale sikringsydelser, der er omfattet af grundforordningen, for eksempel pension, børnefamilieydelse, arbejdsløshedsydelser og sundhedsydelser. Derudover er der en række specifikke regler, der knytter sig til de enkelte typer af ydelser.

Når det efter lovvalgsreglerne er fastlagt, hvilket lands lovgivning en person er omfattet af (forsikringslandet), så indebærer koordineringen på sundhedsområdet, at det er dette land, der skal betale for sundhedsydelser, der gives til forsikringstageren og dennes familiemedlemmer. Forsikringslandet er som hovedregel det land, en person arbejder i. Forsikringslandet skal ikke blot betale sundhedsydelser, der gives i forsikringslandet. Forsikringslandet skal også betale sundhedsydelser, der gives til forsikringstageren, hvis han bor og modtager sundhedsydelser i et andet land, typisk en

grænsearbejder, eller hvis forsikringstageren bliver syg under ophold i et EU-land på ferie, uddannelsesophold, erhvervsrejse eller lignende.

EU-forordningen fastlægger desuden regler for, hvilket land der skal betale for sundhedsydelser, der gives til pensionister, der rejser eller flytter mellem EU-lande, for eksempel danske pensionister, der bor i Spanien.

Udover de EU-retlige regler er der fastsat regler om koordinering af sundhedsydelser i Nordisk Konvention om Social Sikring. Danmark har også indgået en række bilaterale socialsikringsaftaler med andre lande.



7.2 International Sygesikrings arbejdsområder

International Sygesikring vejleder kommuner og regioner om EU-rettens regler gennem skriftlige vejledninger og ved rådgivning om behandling af enkeltsager. Vi vejleder borgere, virksomheder og offentlige myndigheder generelt og konkret om forståelsen og anvendelsen af EU-retten. Vi udarbejder information blandt andet om, hvordan det blå EU-sygesikringskort dækker udgifter til læge- og hospitalsbehandling og medicin, hvis man bliver syg eller kommer til skade i et af de 31 lande, hvor kortet kan anvendes. Vi indhenter oplysninger fra andre lande om refusion efter EU-retten af udgifter til behandling og medicin, som danske sikrede har betalt i udlandet. Vi gennemfører kurser primært for ansatte i kommuner og regioner om EU-rettens regler og andre lignende emner.

International Sygesikring fungerer som dansk 'forbindelsesorgan' under EU-forordningerne for så vidt angår koordinering af sundhedsydelse.

International Sygesikring deltager i forhandlingerne i Den Administrative Kommission, Revisionsudvalget og Teknisk udvalg i Bruxelles, alle embedsmandsudvalg, der behandler tiltag til gennemførelse eller fortolkning af EU-forordninger. Udvalgene vurderer løbende behovet for at ændre de gældende forordninger eller udarbejde nye forordninger, og udarbejder konkrete forslag til nye forordningsregler, der skal vedtages i Rådet (af beskæftigelses- og socialministre).

Vi deltager med ekspertviden i den hjemlige proces til forberedelse af Rådsmøder, der behandler spørgsmål om koordinering af EU-landenes sundhedsordninger.

Vi deltager i en nordisk arbejdsgruppe, der behandler tekniske og administrative spørgsmål om anvendelsen af EU-retten og den nordiske konvention.

7.3 Udbetalinger og refusioner i International Sygesikring

Patientombuddet varetager alle opgaver i forbindelse med afregning af udgifter til sundhedsydelser mellem EU-landene samt andre lande – herunder EØS og Norden.

Patientombuddet behandlede flere end 120.000 regninger i 2012.

I 2012 blev der regnskabsført udbetalinger på 425 millioner kroner for danske sikredes behandling i andre EU-lande, hvilket er en væsentlig stigning i forhold til de 246 millioner kroner, Patientombuddet udbetalte i 2011. Stigningen skyldes dog fortrinsvis regnskabstekniske omlægninger.

De største kreditorlande er Spanien, Tyskland og Frankrig.

Danmark modtog godt 26 millioner kroner for behandling her i landet af indbyggere fra andre EU-lande.

Bilag

Bilag 1

Sammensætningen af Det Rådgivende Praksisudvalg

Patientombuddets direktør Steffen Egesborg Hansen er formand for udvalget.

Praksisudvalget er sammensat således:

- Kvalitetsdirektør Peder Ring Danske Regioner
- Konsulent Thilde Lydiksen Kommunernes Landsforening (KL)
- Næstformand Dorte Steenberg Dansk Sygeplejeråd
- Tandlæge Kirsten Melchior Tandlægeforeningen
- Overtandlæge Henning Michael Tønning Tandlægenes Nye Landsforening
- Formand Flemming Finøen Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere
- Afdelingsjordemoder Kit Dynnes Hansen Jordemoderforeningen
- Faglig chef Karen Langvad Danske Fysioterapeuter
- Kiropraktor Lisbeth Hartvigsen Dansk Kiropraktorforening
- Sektorformand Karen Stæhr Fag og Arbejde (FOA)
- Forhenværende sundhedsminister Ester Larsen Danske Patienter
- Sundhedspolitisk medarbejder Sine Jensen Forbrugerrådet
- Udviklingschef Jørgen Lenger Danske Handicaporganisationer
- Overlæge Anja Ulrike Mitchell Lægeforeningen
- Alment praktiserende læge Peter Magnussen Lægeforeningen
- Læge Mette Marklund Lægeforeningen