

FEBRUAR 2015  
MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE

# EVALUERING AF SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGESYSTEM



FEBRUAR 2015  
MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE

# EVALUERING AF SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGESYSTEM

PROJEKTNR. A056838  
DOKUMENTNR. 2  
VERSION 3  
UDGIVELSESDATO 24.02.2015  
UDARBEJDET CCRN, BLIN, ROKR, SOST  
KONTROLLERET KIGN/KBJO, Mette Hartlev  
GODKENDT CCRN



## INDHOLD

1	Indledning	7
2	Evalueringens fokus og tilgang	8
3	Baggrund	11
4	Resultat og analyse	13
4.1	Bedre klagemuligheder, lettere og éntydig klageadgang	13
4.2	Udvikling i antal klager og sagsbehandlingstider	35
4.3	Læring	38
4.4	Særligt om tandklagesystemet	42
5	Konklusion og behov for justeringer	49
5.1	Overordnet konklusion	49
5.2	Detaljerede konklusioner og behov for justeringer	50
5.3	Konklusioner vedrørende tandklagesystemet	53

## BILAG

Bilag A	Liste over interviewpersoner	55
Bilag B	Liste over respondenternes begrundelser for ikke at bruge patientvejlederens rådgivning	57

Bilag C	Hvem hjalp dig med at afklare, hvor du skulle henvende dig med din klage? (kryds i "andet")	58
Bilag D	Grafik med Tandklagesystemet	60
Bilag E	Statistisk test af spørgeskemadata	61

# 1 Indledning

Den 1. januar 2011 trådte ændringerne til lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet i kraft (lov nr. 706 af 25. juni 2010). Med loven trådte en række ændringer i patientklagesystemet i kraft. Med lovændringerne blev det samtidig besluttet, at ændringerne skulle evalueres efter nogle år for at vurdere om ændringerne har virket samt pege på behovet for eventuelle justeringer. Det er den evaluering der nu foreligger. Evalueringen er udarbejdet af COWI A/S for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Hovedformålet med evalueringen er jf. evaluators kommissorium (se kap. 2 nedenfor) at belyse, om ændringerne har virket efter hensigten om (i) at give patienterne bedre klagemuligheder og lettere klageadgang, (ii) kortere sagsbehandlingstider og (iii) at skabe bedre forudsætninger for læring, samt at (iv) undersøge om ændringerne i tandklagesystemet, herunder nævnssammensætningen med forbruger- og patientrepræsentanter fungerer efter hensigten.

Patientklagesystemet tiltrækker sig af naturlige årsager offentlig opmærksomhed. Området er karakteriseret ved at være genstand for forskellige interesser, som kan være modstridende. Sundhedsprofessionelle, patienter, sundhedsmyndighedspersoner, statslige, regionale og sygehus repræsentanter og patientrepræsentanter har alle interesser i området. Området og derfor også evalueringen opererer dermed i et sammensat aktør-landskab.

Rapporten er opbygget i fem kapitler. Udover nærværende indledningskapitel præsenteres

- › i kapitel 2 evalueringens fokus og tilgang.
- › i kapitel 3 baggrunden for lovændringerne
- › i kapitel 4 evalueringens resultater og analyse og
- › i kapitel 5 konklusioner og behov for justeringer

Rapporten indeholder tre bilag: Bilag A er en oversigt over interviewpersoner, Bilag B indeholder resultater vedrørende respondenternes begrundelser for ikke at bruge patientvejledere, Bilag C en oversigt over respondenternes bemærkninger til hvem der hjalp dem at indgive klagen og Bilag D en grafisk fremstilling af tandklagesystemet.

## 2 Evalueringens fokus og tilgang

Evalueringen er en del af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses samlede belysning af ændringerne i patientklagesystemet opfølgning på L 130/2010.

Med evalueringen skal det undersøges *om formålene med loven er opfyldt, eller om der er områder inden for patientklagesystemet, hvor der er behov for justeringer* (jf. Evaluering af sundhedsvæsnets patientklagesystem - opgavens omfang og vilkår (af 4. juni 2014), s. 2). Ifølge Bemærkninger til lovforslag L 130 (2009-10), afsnit 2.3, side 16), har etableringen af Patientombuddet følgende hovedformål<sup>1</sup>:

- › patienterne får en udvidelse af deres klagemuligheder og en lettere og entydig klageindgang, herunder indføres dialogsamtaler med det formål hurtigt at få rettet misforståelser og fejl og give mulighed for en dialog med patienten for at undersøge, om spørgsmålet kan løses med f.eks. en undskyldning, en forklaring eller oplysning om, at procedurene ændres,
- › patienterne får kortere sagsbehandlingstider og samtidig
- › med etableringen af Patientombuddet skabes en ordning, der kan tilgodese sundhedsvæsenets behov for læring.

Evalueringen skal afdække hvorvidt disse tre hovedformål og de tre punkter udgør hver især overskrifter for henholdsvis afsnit 4.1, 4.2 og 4.3 i evalueringsrapporten.

Dertil skal evalueringen dække ændringer i relation til tandklagesystemet og undersøge (hvilket er indholdet i rapportens afsnit 4.4):

- › hvorvidt ændringerne i tandklagesystemet generelt fungerer efter hensigten, herunder
- › hvorvidt sammensætningen med forbruger- og patientrepræsentanter er udtryk for en fornuftig balance mellem hensynet til systemets tandlægefaglige ekspertise og forbruger-/patientinteresser?

---

<sup>1</sup> Bemærkninger til lovforslag nr. L 130, afsnit 2.3.3, Folketinget 2009-10.



- › hvad de foreløbige erfaringer viser om tandklagesystemets styrker og svagheder? Og hvilke tilpasninger og ændringer kan overvejes, hvis man vælger at videreføre tandklagesystemet?

Evalueringen omfatter ikke Patientombuddets rolle i relation til utilsigtede hændelser, erstatningssager, rettighedsklager, erstatningsankesager eller sager under det psykiatriske ankenævn. På tandklageområdet beskæftiger evalueringen sig ikke med tandskadeerstatningen, ankesystemet og serviceklager.

I overensstemmelse med evalueringens kommissorium, tilbuddet og de efterfølgende aftaler indgået med evalueringens styregruppe og følgegruppe er data indsamlet som følger:

- › Gruppeinterview med de fem regioner er gennemført som videokonference. Regionerne har dermed haft mulighed for at samle et team, der dækker emnerne bredt, inklusive medarbejdere ved regionen, ved et patientkontor, ledende overlæger og andet sundhedspersonale.
- › Telefoninterview med faglige organisationer (Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Tandlægeforeningen) samt med patientorganisationer (Danske Patienter, Forbrugerrådet Tænk, Danske Handicaporganisationer) og med Danske Regioner. Flere af disse repræsentanter sidder samtidig i enten Disciplinærnævnet og/eller Det Rådgivende Praksisudvalg og/eller Kontaktforum
- › Besøg ved og interview med ledende medarbejdere ved Patientombuddet
- › Interview med centrale sundhedsmyndigheder, dvs. ministerie og styrelse
- › Interview med fire patienter der har fået sager behandlet i Tandklagesystemet

I alt har vi interviewet 54 personer ved i alt 35 forskellige interviews (enten individuelle, telefoniske, videokonferencer og/eller gruppeinterview)<sup>2</sup>. 42 interviewpersoner vedrører patientklagesystemet og 12 interviewpersoner vedrører tandklagesystemet (se Bilag A). Patientklagesystemet er karakteriseret ved at være genstand for forskellige interesser, som kan være modstridende. Sundhedsprofessionelle, patienter, sundhedsmyndighedspersoner, statslige, regionale og sygehus repræsentanter og patientrepræsentanter har alle interesser i området. Vi har bevidst gengivet mange af de modstridende interesser ved brug af interview citater. Mange af standpunkterne vil naturligt nok være kendte.

Der er gennemført en omfattende patienttilfredshedsundersøgelse med spørgsmål til belysning af de tre hovedspørgsmål<sup>3</sup>. Skemaet blev drøftet med styregruppen og følgegruppen og følgegruppens medlemmer kommenterede efterfølgende på ske-

<sup>2</sup> Rapporten gør udstrakt brug af citater fra interviewene. Citaterne er tilpasset for at sikre anonymitet og læsbarhed. F.eks. har vi ikke medtaget "æh" og "øh", ligesom citatet kan være kortet ned. Jvf. anbefalinger fra Steiner Kvale, Nake B. (1997). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels forlag, København. Alle citater kan henføres til referater, som kun COWI har adgang til.

<sup>3</sup> Det skal bemærkes at patienttilfredshedsundersøgelsen ikke omfatter tandklagesystemet. Der er derfor – og på grund af forskellige antal interview - på mange måder tale om to forskellige metodiske tilgange til de to dele af evalueringen.

maet. Det tilpassede skema blev pilottestet blandt fire udvalgte patienter og tilpasset igen jævnfør deres kommentarer.

Vi efterspurgte en liste fra Patientombuddet over afgjorte sager oprettet efter 1.1.2011. Vi fik tilsendt en liste med 8.263 sager fra Patientombuddet. Den liste rensede vi først for dubletter: Nogle af klagerne havde mere end en sag, men vi kunne kun spørge ind til én sag pr. klager. Dette reducerede antallet til 7.497 unikke klager. Listen over disse blev efterfølgende kørt op mod CPR registeret for at kontrollere aktuel adresse og fjerne eventuelt afdøde, emigrerede og firma adresser (advokatkontorer og lignende). Dermed blev antallet reduceret til 6.641 klager. Heraf udtrak vi tilfældigt 3.600. Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført blandt dem.

Skemaet blev postomdelt til klagerne som havde mulighed for at besvare og returnere i vedlagt, frankeret svarkuvert – eller besvare skemaet online via et link til en internet hjemmeside med en unik og personlig kode<sup>4</sup>.

Til rapporten har vi anvendt svar fra respondenter, der opfylder følgende krav:

- › Sagsgruppe: Disciplinærsager // Patientombudssager // Afgjort ved dialog
- › Afgørelseskategori: Adm. afgørelse // Afsluttet i dialogfase // Formand // Nævn
- › Sager afgjort

Af de oprindelige 3.600 respondenter opfyldte 1.936 disse krav og fra dem modtog vi besvarelser fra 687 respondenter. Det giver en svarprocent på 35%, hvilket er fuldt tilfredsstillende for denne type undersøgelse<sup>5</sup>.

Der er afholdt fem møder i evalueringens styregruppe (Ministeriet og evaluator, samt Patientombuddet som observatør) i løbet af evalueringsprocessen. Derudover er der afholdt to møder i evalueringens følgegruppe som ud over evaluator, ministeriet og ombuddet tæller repræsentanter for hver af de fem regioner, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet Tænk, Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd, Tandlægeforeningen og Lægeforeningen. Et udkast til evalueringsrapport har derudover været sendt til kommentering i følgegruppen med henblik på at korrigere faktuelle forhold.

Endelig anvender evalueringen data, som præsenteres årligt i Patientombuddets *Statistiske oplysninger om patientklager*.

---

<sup>4</sup> Vi modtog i alt 1123 svar, svarende til en svarprocent på 32%.

<sup>5</sup> Frafaldsanalysen viser, at klager under 30 er lettere underrepræsenteret og dem over 70 er lettere overrepræsenteret blandt svarene i forhold til populationen. Vi har testet svarene for variationer relateret til alder – og fundet, at der ikke er forskel i hvordan personer under 30 år og personer over 70 år svarer. Svarere er repræsentative hvad angår afgørelsestyper, region og sagskategori ift. populationen. Både blandt population og svarere er der en over-repræsentation af kvinder: 2/3 af alle klager er kvinder. I Bilag E præsenterer vi herudover den statistiske test af data fra spørgeskemaundersøgelsen

### 3 Baggrund

Patientombuddet blev oprettet som en entydig klageindgang inden for sundhedsvæsenet fra 1. januar, 2011. I Patientombuddet samlede man således en række funktioner, der indtil oprettelsen blev varetaget af forskellige myndigheder, herunder sekretariatsbetjening af forskellige nævn (Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, Patientskadeankenævnet, Lægemiddelskadeankenævnet og Det Psykiatriske Ankenævnet), oplysning af klagesager, selvstændig klagebehandling af en række nye områder samt rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser.

Bemærkningerne til lovforslaget redegør for de officielle begrundelser for at ændre det tidligere klagesystem, herunder bl.a.:

- › Det tidligere patientklagenævn kunne alene behandle klager over konkrete sundhedspersoner. Hvis man f.eks. ikke kunne identificere hvilken sundhedsperson, som havde lavet en fejl, eller hvis sundhedspersonen var afgået ved døden, var det som hovedregel ikke muligt at udtale kritik, selvom patienten havde fået en behandling i strid med sædvanlige faglige standarder.
- › Desuden var der sager, hvor der sådan set ikke var noget at bebrejde konkrete sundhedspersoner (i hvert tilfælde ikke tilstrækkeligt til at give kritik), men hvor man, hvis man i stedet vurderede det samlede forløb, måtte konstatere, at det ikke var i overensstemmelse med den standard, der burde præge sundhedsvæsenet.
- › Desuden var der en række mere konkrete rettigheder og hvor man tidligere alene kunne klage til regionerne og ikke til en uvildig klageinstans.
- › Det tidligere klagesystem var ikke tilfredsstillende for såvel patienter som personale, når det f.eks. var arbejdstilrettelæggelse, organisatoriske og økonomiske forhold, som var en del af årsagen til et utilfredsstillende forløb, uden at patienten i realiteten kunne klage over dette.

Med lovændringen om et nyt klagesystem blev flere af disse uhensigtsmæssigheder adresseret:

- › Det blev muligt for patienter at klage over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed, de såkaldte forløbsklager. Disse klager adskiller sig fra klager, der behandles ved Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, derved at klagen rettes imod behandlingsstedet og ikke imod konkrete sundhedspersoner.
- › Der blev indført en ordning for patienter, der ønsker at klage over den modtagne behandling i regionen, ved at regionen tilbyder at indgå i en dialog.
- › Ændringerne medførte ligeledes en øget indstillingsret for forbruger- og patientrepræsentanter til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn - det uafhængige nævn, der behandler klager over konkrete sundhedspersoners faglige virksomhed.
- › Endelig blev mulighederne for at klage over myndigheders manglende efterlevelse af visse patientrettigheder udvidet.

## 4 Resultat og analyse

Patientklagesystemet dækker både sygehussektoren, den kommunale sektor (hjemmesygepleje, etc.), privatpraktiserende speciallægger, almen praksis og den øvrige praksissektor med undtagelse af praktiserende tandlæger. Nedenfor beskriver vi evalueringens resultater i relation til de overordnede målsætninger, dvs. i afsnit 4.1 hvorvidt der er opnået bedre klagemuligheder og lettere og mere éntydig klageadgang, 4.2 opnået kortere sagsbehandlingstider, 4.3 hvorvidt læring er blevet forbedret og 4.4 resultater i relation til tandklagesystemet.

### 4.1 Bedre klagemuligheder, lettere og éntydig klageadgang

Afsnit 4.1 indeholder en gennemgang af evalueringens resultater i relation til

- 1 Indførelsen af forløbsklager – og klagesagernes opstart
- 2 Indførelsen af dialogordningen
- 3 Indførelsen af bisidderordningen
- 4 Klagesagernes behandling og afslutning
- 5 Det Rådgivende Praksisudvalg og
- 6 Kontaktforum

#### 4.1.1 Disciplinærnævnssager og de nye forløbsklagesager

Alle patienter i det danske sundhedssystem har mulighed for at klage til Patientombuddet over såkaldt faglig virksomhed. Det vil sige det arbejde, som udføres af forskelligt sundhedspersonale, f.eks.

- > undersøgelser
- > behandling
- > pleje
- > information og samtykke
- > udfærdigelse af lægeerklæringer
- > videregivelse af helbredsoplysninger.

Der er to muligheder. Patienter kan klage over:

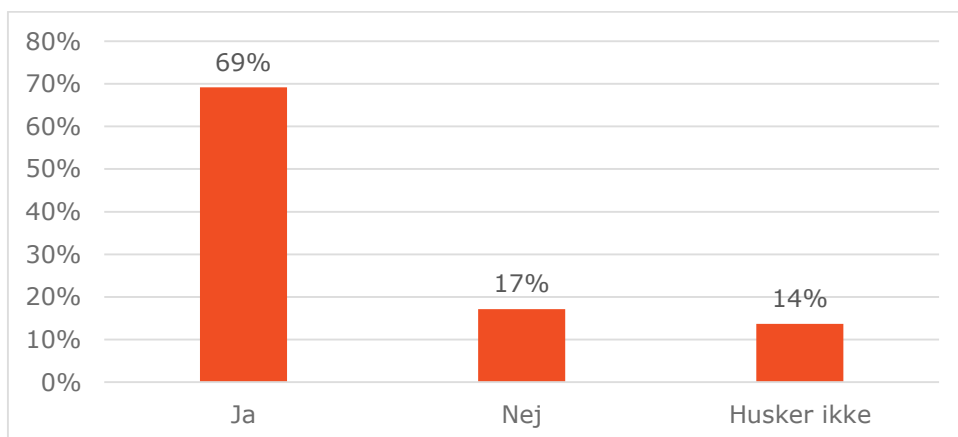
- › en konkret sundhedspersons faglige behandling – disse klager behandles af Disciplinærnævnet.
- › et samlet behandlingsforløb eller et behandlingssted, uden at klagen rettes mod en navngiven sundhedsperson. Det sidste er forløbsklager (også kaldet Patientombudssager eller klager mod et behandlingssted), som behandles og afgøres af Patientombuddet.

Overordnet er alle aktører, der er interviewet, godt tilfredse med forløbsklage muligheden. Følgende udsagn går igen i interview med regioner, sundhedspersoner, patientforeninger og faglige repræsentanter:

- › *"Forløbsklager er noget af det bedste, der er indført".*
- › *"På mange måder er det sket en forbedring ved at man kan klage over forløb".*
- › *"Det er en styrkelse, at der både er mulighed for behandlingsforløbsklager og disciplinærklager. Mange patienter føler ikke behov for at gå efter enkeltpersoner, men ønsker i højere grad at klage over hvordan systemer er skruet sammen".*
- › *"Det forpligter på en anden måde når der er forløbsklager, fordi det er det samlede system der kigges på frem for enkeltpersoner. Sandsynligheden for at sikre positive forandringer er større".*

Også patienterne bakker op om de nye muligheder. Det kan man se af patienttilfredsundersøgelsen, hvor patienterne blandt er spurgt til hvorvidt vedkommende var tilfreds med, at kunne vælge mellem at klage over en konkret sundhedsperson eller over et behandlingssted (se figur nedenfor).

Figur 1 - Var du tilfreds med, at du kunne vælge, om du ville klage over en konkret sundhedsperson eller om du ville klage over et behandlingssted? (n=687)



Figuren viser, at 69% af respondenterne overordnet set er tilfredse med valgmuligheden.

Data peger altså på, at aktørerne generelt mener, at klagemulighederne er blevet bedre. Hvorvidt de også er blevet lettere og mere éntydige – og hvordan de forbedrede muligheder fungerer i praksis, det er en anden sag. Som én aktør formulerer det: "På mange måder er der sket en forbedring ved at man kan klage over forløb. Det er også en fordel, at der er mulighed for dialog. Det er ikke alle patienter, som tager imod det, fordi de ikke ønsker det. Så tingene er gode – men spørgsmålet er så om der leveres på den bedst mulige måde? Det er svært for p.t. at gennemskue hvad konsekvens det har om man vælger den ene eller anden type sag".

De fleste aktører vurderer, at det nuværende patientklagesystem er komplekst. Følgende udtalelser går igen i interviewene:

- › *"Det er svært for patienter at vurdere hvornår det er forløbsklage og hvornår det er disciplinærklage. Og generelt er der ikke sket en forenkling af systemet, fordi det også kan være svært at vurdere hvornår man hellere skulle indberette en UTH i stedet for at klage".*
- › *"De forskellige klagetyper har ikke ført til en forenkling af systemet. Både borgere og sundhedspersoner er forvirret".*
- › *"Der er megen begrebsforvirring omkring POB sager, ombudsklager, disciplinær sager, utilsigtede hændelser, hvordan man søger erstatning, patientskadeankenævnet og så videre. Der er plads til forbedring. Det forklares ikke hvad det samlede tilbud omfatter".*
- › *"Vi oplever ikke at systemet er blevet mere enkelt set med patientøjne".*
- › *"Der er mange indgange – det er ikke entydigt".*
- › *"De har fået flere klagemuligheder. Det giver et mangestrengt system og gør det svært for patienterne at forstå systemet".*

Set med aktørernes øjne – og det drejer sig igen både om sundhedspersoner, patientvejledere, myndighedspersoner og faglige organisationer – og som vi skal se senere – også patienterne selv, har patienterne ikke fået et lettere og mere éntydigt system.

Evalueringen viser også, at de fem regioner varetager klagesystemet forskelligt. De fleste regioner har uddelegeret administrationen af klagesystemet til sygehusene i regionen, mens klagesystemet i relation til praksissektoren styres fra mere centralt regionalt hold. Region Nordjylland har forsøgt at etablere en ensartet udmøntning af ordningen på tværs af sygehusene i regionen<sup>6</sup>.

Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd mener, at offentligørelsesordningen bør afskaffes idet det ikke bidrager til læring, hvorfor det ikke er i overensstemmelse med intentionerne med det nye klagesystem om øget læring (se også afsnit 4.3).

---

<sup>6</sup> Det skal understreges, at loven ikke stiller krav til regionernes organisering. De forskellige tilgange er alle helt i overensstemmelse med lovgivningen.

Mens patientorganisationerne mener den skal opretholdes – og at systemet (arbejdsgiverne) i højere grad skal sikre en egentlig opfølgning over for de pågældende sundhedspersoner, som går udover at blive nævnt på ombuddets hjemmeside ved navns nævnelse<sup>7</sup>.

Ligeledes er der forskellige holdninger mellem aktørerne til klage- og ankesmulighederne. Det er kun, når der er udtalt kritik i en forløbsklage, at klageren efterfølgende kan klage til Disciplinærnævnet. Patient- og forbrugerorganisationer mener, man burde kunne klage til Disciplinærnævnet, også selvom der ikke er udtalt kritik. Danske Handicaporganisationer har f.eks. det synspunkt, at der retssikkerhedsmæssigt bør være adgang til at klage videre. Derudover finder repræsentanter for sundhedsprofessionelle, at sundhedspersoner bør have ankeadgang.

### Sagsforløbets opstart

I det mere formelle klagesystem har en potentiel klager en række muligheder i forbindelse med at starte en klagesag – og søge vejledning til dette. Der er som minimum følgende muligheder: afsøgning af officielle relevante hjemmesider, læse klagevejledninger, dialog med en patientvejleder og/eller Patientombuddet, hvor man kan spørge om gode råd, udfyldelse af klageskemaet og eventuel deltagelse i den tilbudte dialog. Nedenfor gennemgår vi patienternes tilfredshed med de forskellige muligheder.

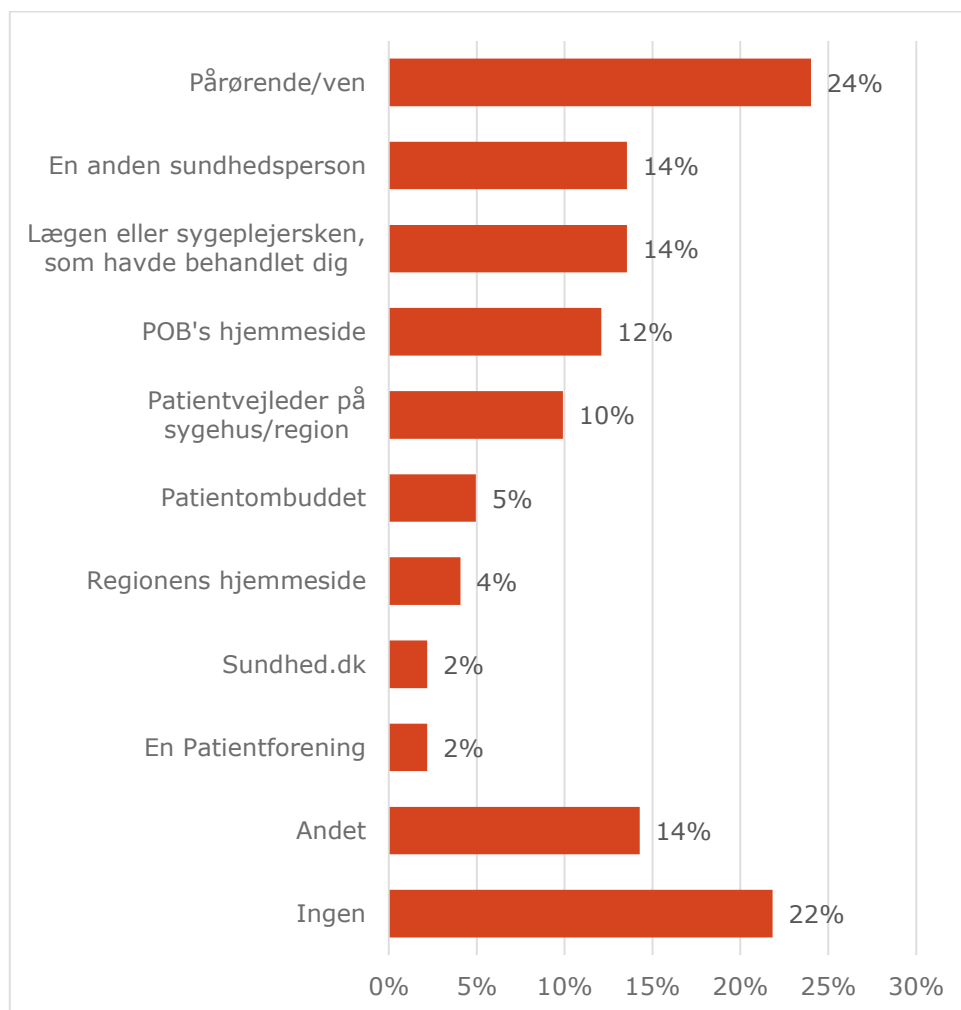
I den første figur nedenfor, viser vi hvem der hjælper klagerne i gang med at afgive klagen. Det mest hyppige er en pårørende/ven (24%). Det er ikke specielt ofte, at patienten henvender sig til patientvejlederen for at få støtte i afklaringsprocessen (10%). Ombuddet og ombuddets hjemmeside anvendes i tilsammen 17% af tilfældene. En gennemgang af listen over bemærkninger tilføjet af de respondenter, der har krydset af i "andet" viser dog, at patientvejleder, patientkontorer og "sygehuset" og/eller en sundhedsperson i flere tilfælde har været involveret i afklaringsprocessen (se Bilag C for en liste over bemærkningerne).

---

<sup>7</sup> Ved afgørelser hvor Disciplinærnævnet har givet 'kritik med indskærpelse' offentliggøres navnet på den indklagede. Det samme gælder, når sundhedspersoner har fået tre afgørelser med kritik inden for fem år eller har fået kritik for kosmetisk behandling. Det skal bemærkes, at evalueringen ikke har haft til opdrag at undersøge offentliggørelsesordningen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse foretog selv en evaluering af ordningen (Ministeriets Notat af 20. december 2012, doknr 1121134), hvori det vurderes, at der stadig er behov for ordningen af hensyn til åbenhed og gennemsækelighed. Det er dog alligevel refereret her, for at vise et helhedsbillede af de synspunkter evalueringen har afdækket.



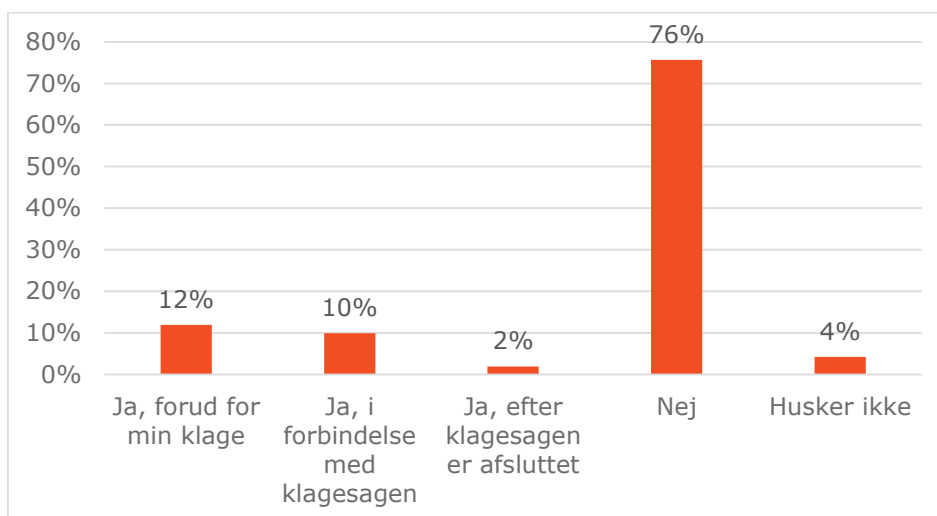
Figur 2 - Hvem hjalp dig med at afklare, hvor du skulle henvende dig med din klage?



Note: 687 respondenter. Mulighed for at sætte mere end ét kryds.

Den næste figur tyder på, at der reelt er lidt flere der bruger regionens/sygehusets patientvejleder i forbindelse med at forberede sig på at klage. Figuren nedenfor viser, at 12% af klagerne modtager rådgivning fra en patientvejleder forud for afgivelsen af klagen, mens 10% får rådgivning under klagesagsbehandlingen. Til gengæld er der rigtig mange (76%) respondenter, der ikke har modtaget rådgivning fra en patientvejleder. I Bilag B har vi listet svarene fra de respondenter, som har angivet en grund til ikke at anvende en patientvejleder.

Figur 3 - Har du modtaget rådgivning fra regionens/sygehusets patientvejleder i forbindelse med din klage? (n = 687, mulighed for at sætte mere end ét kryds)



Der er relativt store regionale forskelle på, hvor meget man anvender patientvejlederne; som det fremgår af figuren nedenfor.

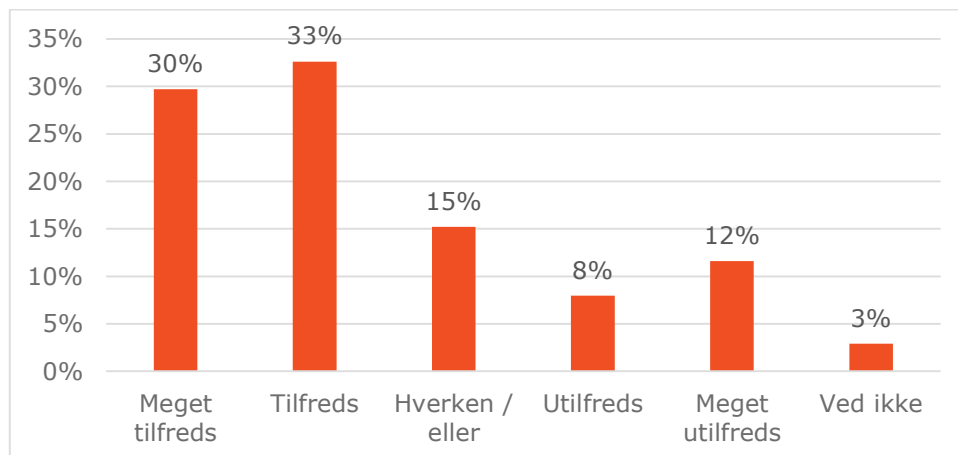
Figur 4 - Har du modtaget rådgivning fra regionens/sygehusets patientvejleder i forbindelse med din klage? (mulighed for at sætte mere end ét kryds)

Region	Midt-jylland	Nord-jylland	Sjælland	Syd-danmark	Hoved-staden	Total
Ja, forud for min klage	8	21	14	12	11	12
Ja, i forbindelse med klagesagen	9	13	11	10	9	10
Ja, efter klagesagen er afsluttet	2	0	2	1	3	2
Nej	79	70	72	75	78	76
Husker ikke	6	2	2	6	4	4
<b>Antal</b>	<b>n = 142</b>	<b>n = 53</b>	<b>n = 122</b>	<b>n = 153</b>	<b>n = 217</b>	<b>n = 687</b>

Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"

De klagerere der vælger at henvende sig til en patientvejleder er relativt tilfredse med den rådgivning de modtager. Det kan man se af figuren nedenfor, som viser, at 63% er enten meget tilfredse eller tilfredse. I Bilag B har vi vedhæftet en liste over de begrundelser respondenterne anfører til, hvorfor de valgte ikke at bruge patientvejledernes rådgivning.

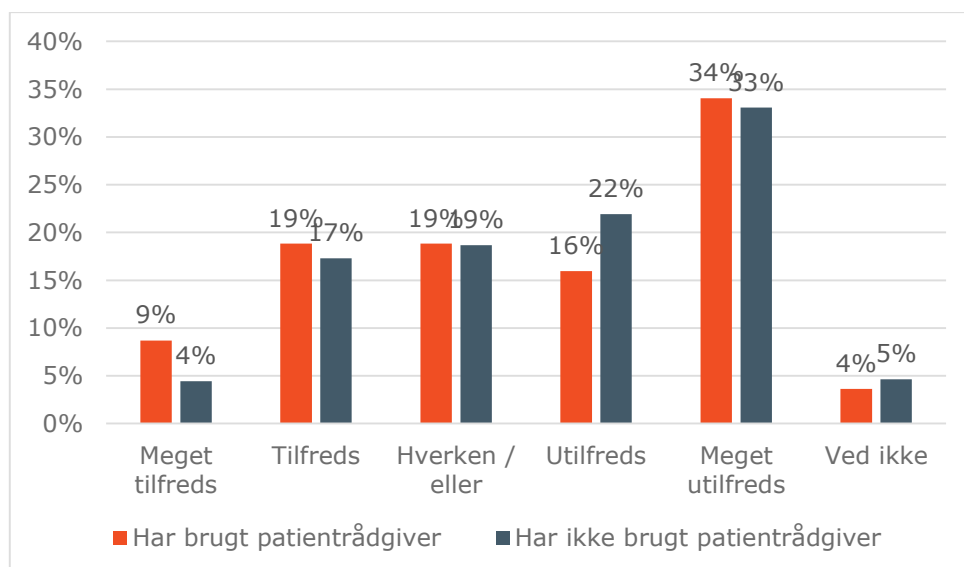
Figur 5 - Hvor tilfreds er du med den rådgivning du modtog fra regionens/sygehusets patientvejledere?



Note: 138 svar

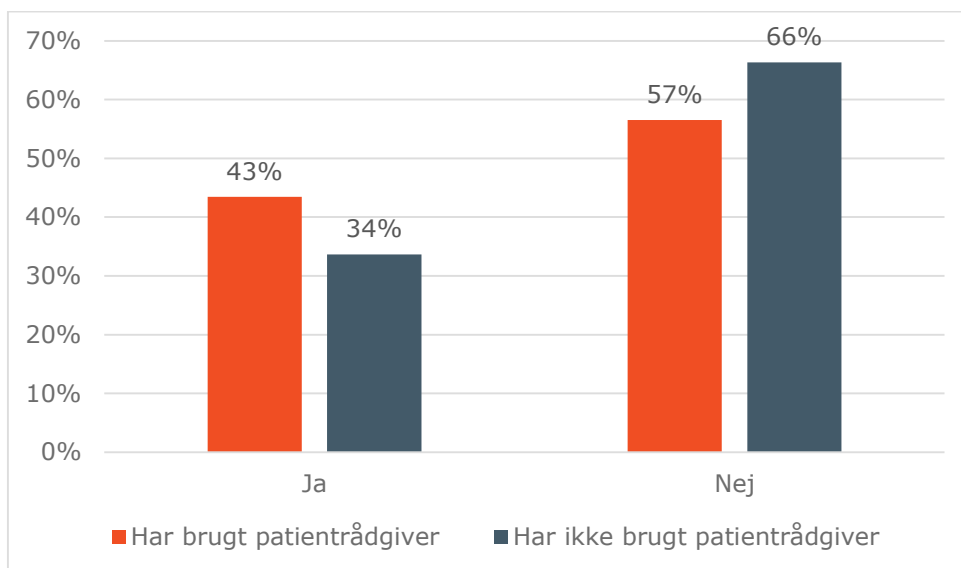
At det kan have relativt stor betydning for det samlede forløb, hvorvidt man har haft kontakt til en patientvejleder eller ej, viser vi i de kommende tre figurer, hvor vi sammenligner svarene fra klagerne der har brugt henholdsvis ikke brugt en patientvejleder. Af figuren nedenfor fremgår det for eksempel, at 28% af klagerne der har brugt en patientvejleder er tilfredse eller meget tilfredse med sagsbehandlingstiden, hvorimod det kun gælder 21% af dem der ikke har brugt en patientvejleder.

Figur 6 – Hvor tilfreds er du med sagsbehandlingstiden fra du indgav din klage til du modtog afgørelsen?



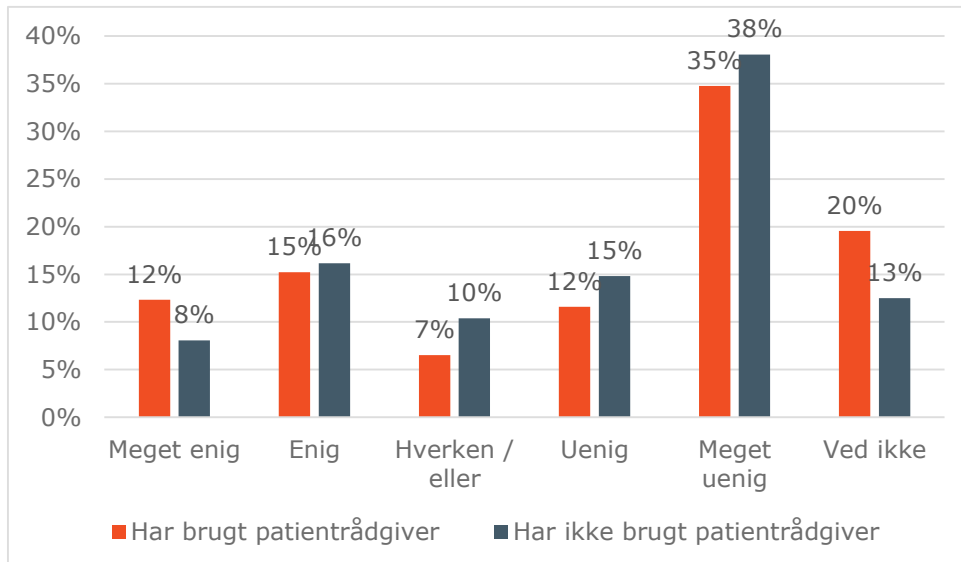
Tilsvarende ser man i figuren nedenfor, at 43% af klagerne, der har anvendt en patientvejleder føler sig hørt/inddraget, mens det for de, der ikke har anvendt en patientvejleder, kun er 34%

Figur 7 - Har du følt dig tilstrækkeligt hørt/inddraget i selve klagesagsbehandlingen?



Endelig ser man i den næste figur, at dem der anvender en patientvejleder også er mere enige i at de har forstået begrundelsen for afgørelsen af deres sag. 27% er enige eller meget enige. For dem der ikke har anvendt en patientvejleder er 24% enige eller meget enige.

Figur 8 - Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn? – Jeg forstod begrundelsen for afgørelsen



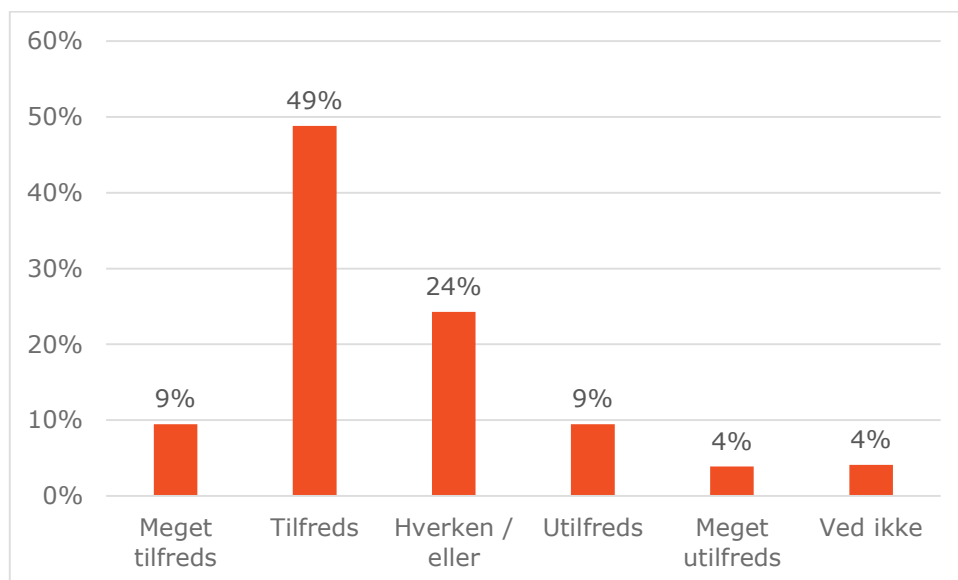
Meget tyder altså på, at det giver værdi at anvende patientvejlederne og at det derfor kan betale sig at arbejde for at flere klager kommer i kontakt med den regionale patientvejleder før eller under klagesagsbehandlingen.

Patienterne får tilsyneladende et bedre forløb, hvis de har været i kontakt med en patientvejleder. Et andet aspekt af en tidlig kontakt, er det forhold, at flere aktører herunder Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen og medlemmer af det Rådgivende Praksisudvalg m.fl. nævner behovet for at klagetemaet ved antagelse af en klage

skal præciseres. Det kan blandt andet ske ved, at klagerne får hjælp ved udfyldelse af klageskemaet, således at klagen bliver klart præciseret, tematiseret og fokuseret. Disse aktører antager, at øget kontakt til en patientvejleder eller ombuddet når klagen formuleres, vil bidrage i denne retning. For mange klager handler om for mange ting på én gang – og uden at det er gjort klart hvilket forhold patienten især finder kritisabelt. Klagetemaet ved antagelse af en klage skal præciseres. Bedre fokuserede klager giver mulighed for en mere fokuseret klagesagsbehandling, bedre grundlag for at træffe afgørelser og bedre grundlag for at begrunde afgørelserne.

Vi vender os nu med andre aspekter af en klages tidlige fase. I figuren nedenfor gengiver vi svarene på tilfredsheden med Patientombuddets hjemmeside. 58% er enten tilfredse (49) eller meget tilfredse (9) med de informationer de fandt på hjemmesiden. Det skal her tilføjes, at regionerne finder, at hjemmesiden bør forbedres og at det er vanskeligt at navigere på hjemmesiden.

Figur 9 - Hvor tilfreds er du med de informationer du fandt på Patientombuddets hjemmeside?



Note: 412 svar

Ved klageudformningen henvender en række patienter sig telefonisk til ombuddet. Gennemsnitligt er 52% tilfredse eller meget tilfredse med den telefoniske rådgivning de modtog. Der er dog plads til forbedring idet 22% er enten utilfredse eller meget utilfredse. Ligeledes i figuren nedenfor ser man et træk der går igen i mange forhold. De klager hvis sager bliver afsluttet ved dialog er gennemgående mere tilfredse end de øvrige, ligesom de klager i hvis sager der afgives kritik af den påklagede også er mere tilfredse end de i hvis sager, der ikke afgives kritik.

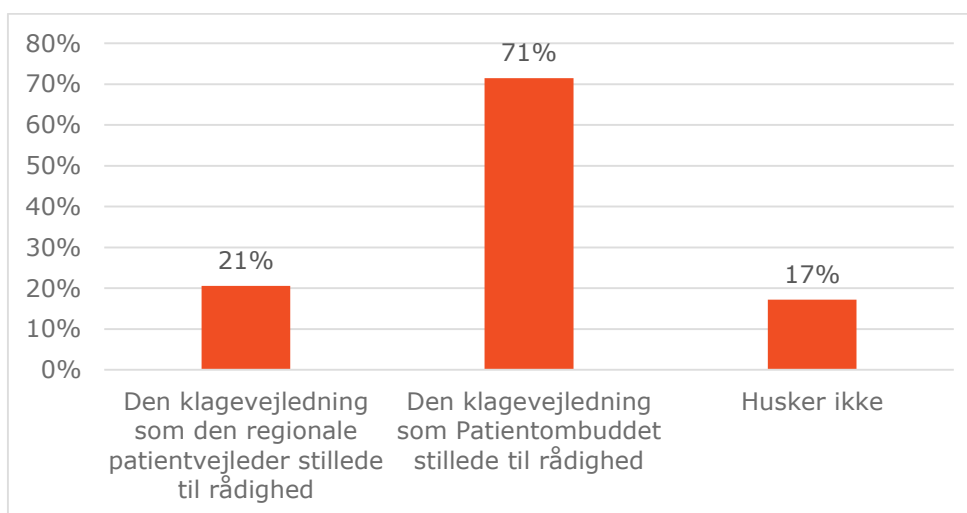
Figur 10 - Hvor tilfreds er du med den telefoniske rådgivning som du modtog fra Patientombuddet? (opgjort ift. afgørelseskategori).

Afgørelse	Afsluttet ved			Total
	dialog	Ingen kritik	Kritik	
Meget tilfreds	25	13	21	18
Tilfreds	38	31	38	34
Hverken / eller	20	22	21	21
Utilfreds	11	16	9	13
Meget utilfreds	1	14	7	9
Ved ikke	4	5	4	5
Total	100	100	100	100
Antal	n = 71	n = 184	n = 97	n = 352

Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"

Ved den første kontakt til en patientvejleder eller til ombuddet kan det være man blive rådgivet om at læse en klagevejledning. I figuren nedenfor, kan man se, at langt de fleste anvender ombuddet klagevejledning (71%).

Figur 11 - Hvilken klagevejledning læste du?

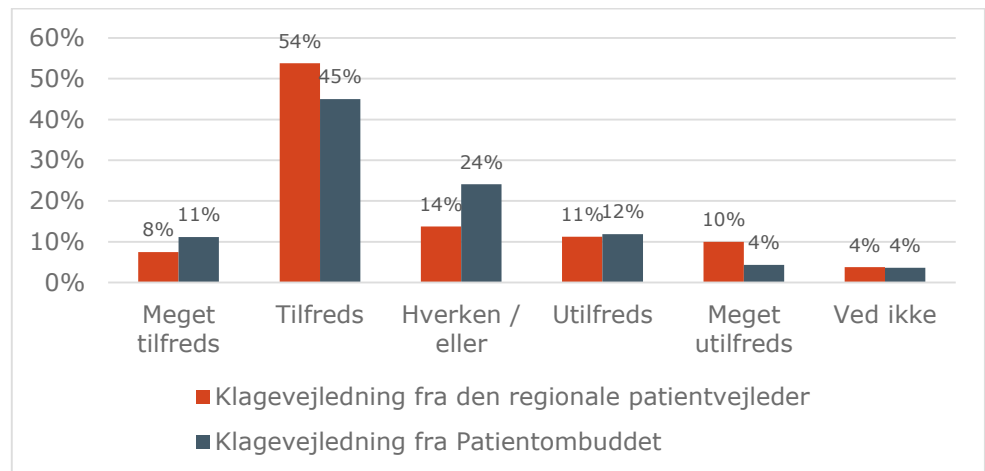


Note: 389 svar. Mulighed for at sætte mere end ét kryds

Når man sammenligner tilfredsheden med de to<sup>8</sup> klagevejledninger, er der ikke nævneværdig forskel. 62% er tilfreds eller meget tilfreds med den regionale klagevejledning (se figuren nedenfor). For ombuddets vejledning er det tilsvarende tal 56%.

<sup>8</sup> I virkeligheden er der seks klagevejledninger. Hver region har én og ombuddet har én.

Figur 12 - Hvor tilfreds var du med de(n) klagevejledning(er) som du læste?



Note: 80 har svaret på spørgsmålet om klagevejledningen fra den regionale patientvejleder og 278 har svaret på spørgsmålet om klagevejledningen fra Patientombuddet

#### 4.1.2 Dialogordningen

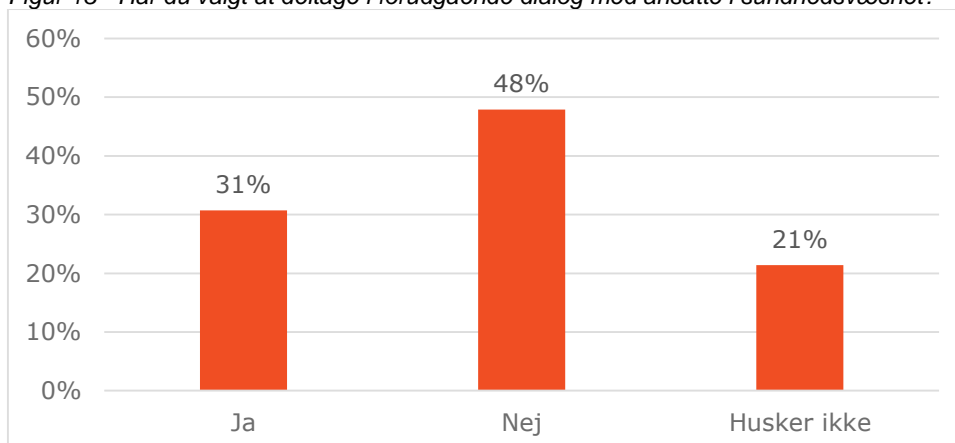
Inden Patientombuddet behandler en klage vedrørende en sundhedsydelse, tilbyder ombuddet patienten en dialog med vedkommende region. Hvis patienten tager imod tilbuddet, sendes klagen til regionen, som tager kontakt til patienten og indgår aftale om afholdelse af en dialogsamtale. Inden fire uger efter Patientombuddets fremsendelse af klagen til regionen giver regionen meddelelse til Patientombuddet om udfaldet af dialogen. Hvis patienten ikke ønsker yderligere behandling af sin klage, meddeler regionen med patientens accept dette til Patientombuddet, hvorefter klagen anses for bortfaldet. I modsat fald skal regionen derefter så hurtigt som muligt sende relevante oplysninger i sagen til Patientombuddet til brug for ombuddets behandling af sagen (se også afsnit 4.1.4 om klagesagsbehandling).

Der er fra alle parter, der indgår i interviewene, givet udtryk for at dialogordningen er et godt og vigtigt nyt tilbud til patienten og sundhedsvæsenet selv:

- > "Set fra klinikerens synspunkt har dialog en klageafbødende effekt. Som en lynafleder der kan være med til at afklare forløb. Vi har mange eksempler på dialoger, hvor patienten og personalet går fra samtalen i god stemning".
- > "Det er en fordel at der er mulighed for dialog".
- > "Dialogsamtalerne er også rigtig, rigtig godt"

Patienterne har også taget dialogordningen til sig (se figur nedenfor).

Figur 13 - Har du valgt at deltage i forudgående dialog med ansatte i sundhedsvæsenet?



Note: 687 respondenter.

31% af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen har valgt at deltage i en forudgående dialog med ansatte i sundhedsvæsenet. Tallet er naturligvis åbent for fortolkning. Vi vælger her den tolkning, at når en tredjedel tager imod et nyt tilbud, så er det fordi der er en efterspørgsel efter det – at der er et behov, hvorfor det er godt, at muligheden nu er tilstede. At man på sigt måske gerne ser, at flere tager imod tilbuddet – og at tilfredsheden med tilbuddet stiger – det er et andet forhold.

Patientombuddets egne tal, som er baseret på regionernes indberetninger vedrørende dialog, viser, at ombuddet i 2013 sendte 937 klager i dialog. Regionerne afholdte i alt 765 dialoger (se figur nedenfor). Heraf blev 369 klager afsluttet efter dialog svarende til 43% af de dialoger, der blev afholdt.

Figur 14 – Begrundelser for at trække klager tilbage efter dialog, 2013.

	Total	Region H	Region Midt	Region Syd	Region Sjælland	Region Nord
Afholdte dialoger totalt	765	295	130	142	110	88
Klager trukket tilbage efter dialog fordi						
Klager fik en forklaring eller afklaret misforståelse	279	103	45	54	41	36
Klager fik en undskyldning	172	72	29	31	23	17
Klager fik oplysning om den læring klagen afstedkom og om evt. ændrede procedurer	161	68	24	29	24	16
Andre grunde/ikke registreret	22	7	3	6	0	6

Kilde Årsberetning, Patientombuddet, 2013, p.16. Tallene kan ikke summeres, da der flere begrundelser kan forekomme samtidigt.

Tallene for 2014 (ikke i figur) viser, at flere sager blev sendt til dialog og flere blev afsluttet efter dialog sammenlignet med 2013. I alt blev 511 sager afsluttet efter dialog i 2014. I 2014 sendte ombuddet i alt 1564 sager ud til dialog i regionerne.

Evalueringsdata viser, at dialogordningen er et koncept, som er vel modtaget i sektoren. Alle parter finder dog 4-ugers fristen for afholdelsen af dialog samtalen for ufleksibel – og ønsker den ændret til 6 uger. Derudover er der enighed om at ordningen



er god – men udførelsen i praksis kunne være bedre<sup>9</sup>. Det fremgår ikke mindst af følgende udtalelser fra et bredt udsnit af aktører:

- › *"Tilbuddet om dialog bliver administreret forskelligt. Og det er forskelligt hvem du kommer til at tale med forskellige steder. Når man siger ja til dialog har man ikke en jordisk chance for at vide hvordan det skal foregå og med hvem".*
- › *"Der mangler information om, hvad det er man kan forvente. Det er forskelligt, hvordan regionerne har grebet det an. Vi har ikke et samlet overblik over variationerne".*
- › *"Mange dialogsamtaler foregår telefonisk".*
- › *"På enkelte hospitaler er det meget professionaliseret – på andre er det ikke. De sundhedsprofessionelle står også tit lidt famlende, hvis de ikke har deltaget i dialoger før eller ret mange gange".*

I flere regioner forklarer man en del af udfordringerne med, at der ikke fulgte ressourcer med til at løse opgaven. Samtidig – og heroverfor – kan man konstatere, at regionerne/kommunerne har en interesse i og et incitament til at informere om og gennemføre dialogen og gennemføre den således, at patienten er tilfreds nok til at vedkommende afslutter klagesagen efter dialogen, blandt andet fordi man derved kan spare de ca. 12.000 kr. pr. klagesag, der skal betales til Patientombuddet for at få en klagesag behandlet.

Der er da også flere aktører, der nævner, at regionerne med fordel kan lære af hinanden. Og at det er muligt fremadrettet, at arbejde mere med at gennemføre flere dialogsamtaler.

At der er relativt store regionale forskelle på dialogsamtalernes anvendelse, kan man se af patienttilfredshedsundersøgelsen. Det er gennemsnitligt 30% af respondenterne, der har fået vejledning om hvad en dialog med ansatte i sundhedsvæsenet indebærer. Region Nordjylland, Syddanmark og Sjælland er med til at trække dette gennemsnit op.

Figur 15 - Har du fået vejledning om hvad en dialog med ansatte i sundhedsvæsenet indebærer?

Region	Midt- jylland	Nord- jylland	Sjælland	Syd- danmark	Hoved- staden	Total
Ja	27	38	34	31	28	30
Nej	58	58	52	61	62	59
Husker ikke	15	4	13	8	10	11
Total	100	100	100	100	100	100
Antal	n = 142	n = 53	n = 122	n = 153	n = 217	n = 687

<sup>9</sup> Loven foreskriver ikke krav/retningslinjer vedrørende regionernes måde at håndtere dialogsamtalerne på.

*Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"*

Endelig viser tilfredshedsundersøgelsen også, patienternes tilfredshed hænger sammen med deres sags afgørelseskategori. 57% er meget tilfredse/tilfredse hvis deres sag er afsluttet ved dialog – sammenlignet med et gennemsnit for alle afgørelseskategorier på 40%

Figur 16 - Hvor tilfreds har du været med dialogsamtalerne? (opgjort på afgørelseskategori)

Afgørelse	Afsluttet ved			Total
	dialog	Ingen kritik	Kritik	
Meget tilfreds	22	5	0	12
Tilfreds	35	22	26	28
Hverken / eller	16	13	15	15
Utilfreds	9	29	15	18
Meget utilfreds	12	27	41	22
Ved ikke	5	5	3	5
Total	100	100	100	100
Antal	n = 98	n = 79	n = 34	n = 211

*Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"*

Både interview- og tilfredsundersøgelsen tyder altså på, at der er muligheder for at anvende dialogredskabet i højere grad – og at der er en grund til at gøre det, nemlig ikke mindst fordi patienterne/klagerne bliver mere tilfredse end hvis deres sag bliver til en egentlig klage.

Med henblik på at fremme dialogordningen, peger de interviewede aktører på forskellige muligheder. Ét forslag går på harmonisering af regionernes tilgange, herunder at tage de gode praksisser til sig, som de bedst performende regioner har vist virker. Et andet forslag er, at alle klagere som udgangspunkt er tilmeldt en dialog, medmindre man aktivt ved at krydse af i klageskemaet fravælger dette. Det vil sætte dialogsamtalerne i system – og få flere igennem en dialog.

Endelig viser evalueringen, at det samlede klagesystem fortsat indeholder en helt lokal klagehåndtering. Det kan være klager, der afleveres direkte til en overlæge eller sygehusledelsen eller lægges i sygehusets *Ris & Ros postkasse*. De klager henvises ikke nødvendigvis til Patientombuddet, men løses ofte lokalt igennem dialog<sup>10</sup>. I alle regioner og på alle sygehuse er man tilfredse med, at denne mulighed fortsat eksisterer:

- › *"Vores erfaringer er, at det hjælper, at vi blot hører på klagerne. Vi undskylder, hvis vi kan og opklarer misforståelser".*

<sup>10</sup> En del af disse vedrører egentlige klage over forløb- eller forhold som falder under disciplinær- og tvangsreglerne – andre vedrører serviceklager/rettighedsklager, som skal afgøres lokalt.

- › "I patientvejledningen 'fanger' vi mange før de klager. Det er vigtigt at holde fast på, at tingene kan løses på lavest mulige niveau".

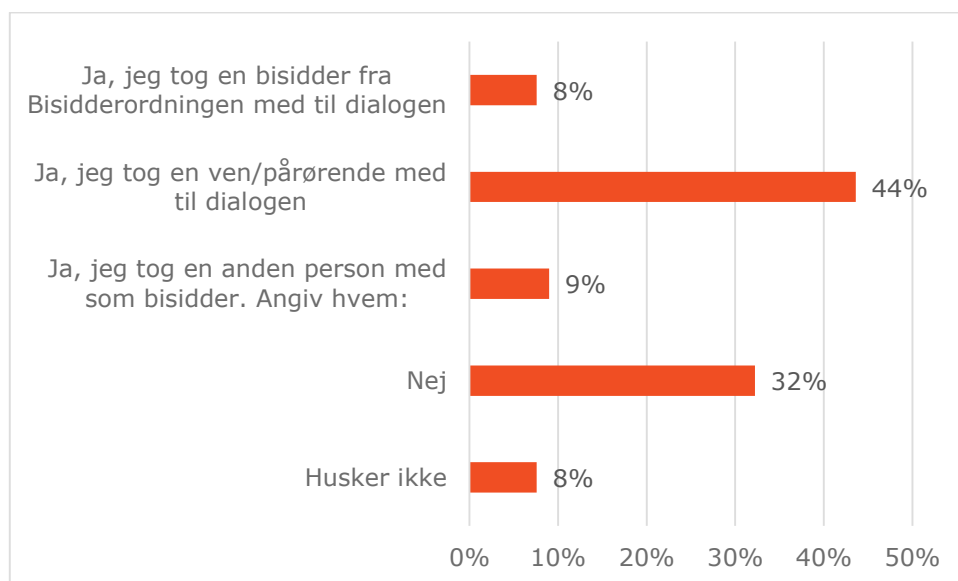
Dette lokale system er altså en del af det samlede system. Vi kender ikke patienternes tilfredshed med systemet, men sundhedspersoner og myndighedspersoner i alle regioner er glade for denne mulighed.

### 4.1.3 Bisidderordning

Alle patienter, der klager til Patientombuddet og ønsker en dialog med en sundhedsperson eller en ledelsesperson, der har relation til klagen, har ret til at tage en bisidder med til samtalen. Bisidderen skal agere støtte under samtalen. Patienterne kan tage en pårørende, and advokat eller en anden selvvalgt person med.

Patienttilfredsundersøgelsen i forbindelse med evalueringen har også undersøgt anvendelsen af bisidderordningen<sup>11</sup>. 32% af respondenterne har ikke haft en bisidder med (se figuren nedenfor), 61% har haft en bisidder med fra enten bisidderordningen, en ven/pårørende eller en anden person – som ofte er en patientforenings- eller en fagforeningsrepræsentant

Figur 17 - Valgte du at gøre brug af en bisidder? (n=211)



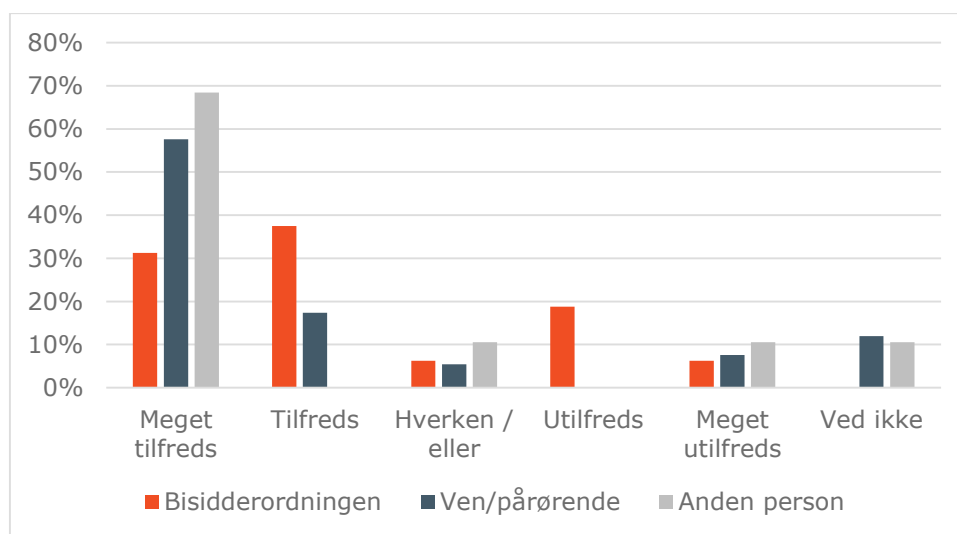
Patienter der ikke ønsker eller ikke kan vælge en bisidder blandt sine pårørende eller fra sit eget netværk, kan få en bisidder fra *Bisidderordningen til brug ved lokal dialog i Sundhedsvæsenet* med til dialog samtalen. Ordningen har været planlagt og gennemført af Danske Patienter fra februar 2013. Fra starten og frem til udgangen af 2013 blev ordningen finansieret af tips- og lottomidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og siden da har Danske Patienter valgt i en periode at videreføre ordningen for egne midler.

<sup>11</sup> Bemærk at vi i besvarelserne relateret til figurerne 17, 18 og 19 behandler bisidderordningen samlet – der differentieres således ikke specifikt i forhold til Bisidderordningen til brug ved lokal dialog.

Danske Patienters egen evaluering af ordningen (*Bisidderordningen til brug ved lokal dialog i Sundhedsvæsenet, Evalueringsrapport*. Danske Patient, marts 2014) viser, at ordningen er blevet anvendt i 11 procent af alle dialogsamtaler og at antallet har været stigende i evalueringsperioden. Både klagere og de ansatte i sundhedsvæsenet har vurderet, at bisidderens tilstedeværelse har skabt en mere ligeværdig situation under dialogsamtalen.

Generelt er respondenterne tilfredse med bisidderordningen, jf. figuren nedenfor. Gennemsnitligt er 73% meget tilfredse/tilfredse med at støtten fra bisidderen. Der er generelt lige mange meget tilfredse/tilfredse på tværs af de tre typer bisiddere.

Figur 18 - Hvor tilfreds var du med den støtte som du modtog fra bisidderen? (n=127)



Evaluatoren har også sammenlignet graden af tilfreds med dialogsamtalerne i forhold til, hvorvidt man havde en bisidder eller ikke havde en bisidder med til samtalen. Tilfredsheden er lige høj.

Bisidderordningen får også gode skudsmål i interviewundersøgelsen – selvom det også skal bemærkes (hvilket jo så også bekræftes af tallene ovenfor), at langt de fleste har bisiddere med fra eget netværk. Men generelt er det holdningen, at bisidderordningen bør videreføres.

Der er mulighed for fremadrettet at udvide brugen af bisidder og af bisidderordningen. Det tyder tallene fra tilfredsundersøgelsen i forbindelse med evalueringen i hvert fald på. Som man kan se af figuren nedenfor er det gennemsnitligt 28% af respondenterne, der har fået information om, at de kunne få en bisidder med til dialog samtalen<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Der er dog mange der svarer "husker ikke", som eventuelt kan have fået information – men simpelthen ikke husker det. Noget tyder på det, når man sammenligner med svarene på hvor mange der har meldt sig til dialog samtale, nemlig 31%.

Figur 19 - Fik du information om at du kunne få en bisidder med til dialog samtalen?

Region	Midt- jylland	Nord- jylland	Sjælland	Syd- danmark	Hoved- staden	Total
Ja	28	40	27	33	21	28
Nej	44	36	44	43	47	44
Husker ikke	28	25	29	24	32	28
Total	100	100	100	100	100	100
Antal	n = 142	n = 53	n = 122	n = 153	n = 217	n = 687

Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"

#### 4.1.4 Klagesagsbehandlingen og -afgørelsen

Klagen skal indgives/oprettes, den skal behandles og den skal afgøres<sup>13</sup>. Nedenfor redegør vi for evalueringens data relateret hertil.

Hvad angår selve oprettelse af sagen, viser tilfredshedsundersøgelsen, at der er mulighed for at gøre selve klageadgangen lettere. 44% af respondenterne i gennemsnit finder det meget svært/svært at oprette klagen (se figur nedenfor). Naturligt nok finder man det mindre svært, når klagen afsluttes ved dialog og man husker det som mindre svært, når sagen afsluttes med, at der gives kritik.

Figur 20 - Hvor let eller svært synes du det var at indgive din klage? (opgjort på afgørelseskategori)

Afgørelse	Afsluttet ved dialog	Ingen kritik	Kritik	Total
Meget let	14	7	14	10
Let	29	20	27	23
Hverken / eller	22	19	19	20
Svært	21	27	22	25
Meget svært	12	23	15	19
Ved ikke	2	4	2	3
Total	100	100	100	100
Antal	n = 140	n = 378	n = 169	n = 687

Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"

Patientombuddet indhenter herefter det fornødne sagsmateriale. Vedrører klagen sygehusbehandling anmoder ombuddet regionen om at fremsende de fornødne dokumenter inden for en fire ugers frist. Hvis ombuddet (eller de sagkyndige eksperter) efterfølgende anmoder om yderligere materiale efterspørges dette fra regionerne med to ugers frist. Det var fra starten af ombuddets virksomhed aftalen med regio-

<sup>13</sup> Bemærk: sagsbehandlingstiden er dækket i afsnit 4.2.

nerne, at sådanne anmodninger skal sendes direkte til det relevante sygehus. Anmodningerne sendes dog ofte til regionshuset, som så efterfølgende skal videresende. Dette kan dermed også bevirke en forlængelse af den samlede sagsbehandlingstid.

Ved klagesageres oprettelse i Patientombuddet fremsendes klagen vedhæftet en e-mail til Sundhedsstyrelsen. Styrelsen kan således holde sig opdateret om status på nye klager og deres indhold. Ligeledes fremsendes afgørelsen, når den foreligger. Styrelsen efterlyser i den forbindelse mulighed for at journalsystemerne i henholdsvis ombuddet og styrelsen kan korrespondere med hinanden, således at Sundhedsstyrelsen ikke behøver også at oprette klager i eget journalsystem og så styrelsen løbende og online kan følge med i når noget rør sig (f.eks. særlige sygehuse eller sundhedspersoner, der får mange klager aktuelt) og så de kan følge med i Patientombuddets behandling af sagerne. Styrelsen og Patientombuddet er enig om, at dette skal etableres og arbejder på sagen.

Evalueringen viser, at behandlingen af klagesagerne – sagsoplysningen - giver Patientombuddet udfordringer. Ved lovændringen blev embedslægernes rolle blandt andet ændret, således at de ikke længere deltager i sagsoplysningen. Det blev besluttet, at Patientombuddet skal forestå dette arbejde. Da Patientombuddet ikke i udgangspunktet har sundhedsfaglige kompetencer, trækker ombuddet på 300 sagkyndige, eksterne konsulenter, når de sundhedsfaglige aspekter skal belyses. Når disse sagkyndige får forelagt sagerne efter den indledende sagsoplysning efterspørger de ofte yderligere sundhedsfaglige informationer, som ombuddet så skal tilbage til regionerne for at fremskaffe. Det er blandt andet dette 'ekstra' data indhentningstrin, som er tidskrævende – og dermed har man ikke opnået de effektiviseringer, som man ellers havde håbet på.

Det Rådgivende Praksisudvalg øjne, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og flere regionale aktører ser også sagsoplysningen som en udfordring. Man efterlyser en proces, som sikrer, at de kliniske aspekter er godt belyst. Samt en proces hvor man får skåret klagen nøjagtig til, hvor den bliver præciseret og hvor det bliver gjort fuldstændig klart fra starten hvad klagen indeholder.

Repræsentanter for Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer og Forbrugerrådet Tænk har i interviewundersøgelsen udtrykt bekymring for, hvorvidt ombuddets administrative afgørelser af forløbsklager yder klageren den samme retssikkerhed som for eksempel disciplinærnævnsagerne, som afgøres af et nævn, med en dommer for bordenden. De ønsker at forløbsklager også skal afgøres af et nævn. Andre aktører er ikke bekymret for dette. Ombuddet fungerer som sekretariat for Disciplinærnævnet. Det bidrager til at sikre, at retningslinjerne – og den linje der lægges i det hele taget i nævnet – efterleveres i forløbsklagesammenhæng. Det Rådgivende Praksisudvalg (se også afsnit 4.1.5 nedenfor) kigger ombuddet "over skuldrene". I praksis foregår dette blandt andet ved, at udvalget systematisk får forelagt eksempler på sager. Referater fra udvalgets møder viser, at udvalget tilslutter sig ombuddets afgørelser.

Samtidig er det sådan, at det er de samme sagkyndige konsulenter, der anvendes i både forløbs- og disciplinærnævnsager og det er de samme sagsbehandlere i ombuddet, som sidder med begge type sager. Begge dele bidrager også til en ensartet

sagsbehandling. Der er flere personer, som sidder både i praksisudvalget og i Disciplinærnævnet, hvilket igen bidrager til videndeling og ensartet behandling af de to forskellige sagstyper og patienterne er repræsenteret begge steder.

I spørgeskemaundersøgelsen har vi spurgt til, hvorvidt patienterne har følt sig inddraget i klagesagsbehandlingen. Svarene fremgår af de to næste figurer. Størstedelen af patienterne føler sig ikke inddraget (65%) i klagesagsbehandlingen.

*Figur 21 - Har du følt dig tilstrækkeligt hørt/inddraget i selve klagesagsbehandlingen? (opgjort per afgørelseskategori)*

	Afsluttet ved dialog	Ingen kritik	Kritik	Total
Ja	56	23	46	35
Nej	44	77	54	65
Total	100	100	100	100
Antal	n = 140	n = 378	n = 169	n = 687

*Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"*

Det er gennemsnitligt (jævnfør figuren nedenfor) 39% af respondenterne i tilfredshedsundersøgelsen, som er meget uenige/uenige i at de følte sig velinformeret om forløbet i klagesagen.

*Figur 22 - Hvor enig eller uenig er du? - Jeg følte mig velinformeret om forløbet i klagesagen, fra jeg indgav klagen til jeg modtog afgørelsen (opgjort på afgørelseskategori)*

	Afsluttet ved dialog	Ingen kritik	Kritik	Total
Meget enig	15	5	13	9
Enig	29	16	23	20
Hverken / eller	16	20	18	19
Uenig	16	16	16	16
Meget uenig	11	30	18	23
Ved ikke	11	13	11	12
Total	100	100	100	100
Antal	n = 140	n = 378	n = 169	n = 687

*Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"*

Endelig er det en udfordring, at begrunde klageafgørelserne. Hele 51% er i gennemsnit meget uenig/uenig i at de forstod begrundelsen for afgørelsen af deres klagesag. Igen er de klagere hvis sager blev afsluttet ved dialog og de hvis sager endte med at der blev givet kritik ikke i samme grad uenige.

Figur 23 - Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn? – Jeg forstod begrundelsen for afgørelsen (opgjort på afgørelseskategori)

	Afsluttet ved dialog	Ingen kritik	Kritik	Total
Meget enig	11	2	22	9
Enig	26	7	26	16
Hverken / eller	16	8	8	9
Uenig	11	16	12	14
Meget uenig	15	53	20	37
Ved ikke	21	14	12	15
Total	100	100	100	100
Antal	n = 140	n = 378	n = 169	n = 687

Note: Tallene i tabellen er opgjort i procent, med undtagelse af rækken "Antal"

At dette er en udfordring, som der er arbejdet meget med i gennem ombuddets første tre år fremgår også af interviewundersøgelsen. Flere interviewede giver udtryk for, at klagesagsbehandlingen og afgørelserne ofte lægger vægt på at de sundhedsfaglige og kliniske aspekter er fuldstændig klarlagte – men at dette ofte ikke nødvendigvis er afgørende for patienten. Det kan i stedet være nogle langt mere jordnære, relationelle eller kommunikative forhold, som betyder noget – og som er den egentlige årsag til klagen. Og hvis dette ikke berøres tilstrækkeligt i sagsbehandling og i begrundelserne for afgørelsen, er det ikke tilfredsstillende for patienten.

#### 4.1.5 Det Rådgivende Praksisudvalg

Det Rådgivende Praksisudvalg blev oprettet i forbindelse med etableringen af Patientombuddet. Udvalgets kommissorium følger bemærkningerne til loven. Der er tre hovedformål: at følge Patientombuddets praksis for afgørelser, at rådgive Patientombuddet om dets faglige virksomhed og at rådgive om ombuddets fremtidige afgørelser i sammenlignelige sager. Udvalget har endvidere til opgave at rådgive ombuddet om læringen af sagerne.

Der er siden etableringen af det Rådgivende Praksisudvalg afholdt seks møder i udvalget, det seneste d. 12. november, 2014. Udvalgets formand er Direktøren for Patientombuddet. Praksisudvalget har repræsentanter for Danske Regioner, KL, Dansk Sygeplejeråd, Tandlægeforeningen, Tandlægenes Nye Landsforening, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Jordmoderforeningen, Danske Fysioterapeuter, Dansk Kiropraktorforening, FOA, 3F, Danske Patienter, Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Lægeforeningen.

Som det fremgår af afsnit 4.1.4 ovenfor, kigger udvalget ombuddet "over skuldrene" og spiller en rolle i at sikre, at ombuddets afgørelser i forløbssagerne både tager hensyn til patienternes retssikkerhed og er afstemt med afgørelserne i Disciplinærnævnet. Dette sker blandt andet ved, at udvalget følger forløbssager, som afgøres med at Patientombuddet udtaler 'Kritik' - og hvor klageren efterfølgende vælger at



fortsætter sagen som en Disciplinærnævns sag (se bl.a. referat fra det 5. møde, 20.5.2014, ad pkt. 4). Ved at følge disse sager – og deres efterfølgende afgørelse i nævnet, kan man konstatere om vurderinger og afgørelser i de to typer sager foregår ensartet. Udvalget har tilsluttet Patientombuddets praksis i de sager, udvalget har fået forelagt.

Udvalget følger ligeledes kritikprocenten i de to typer sager: "*Videre oplyste formanden, at kritikprocenten i 2012 for Patientombudssager var 38, mens den tilsvarende procent for disciplinærnævns sager var lige under 31*" (Ref. fra 4. møde i Det Rådgivende Praksisudvalg, 29.5.13, ad pkt. 3).

Udvalget har blandt andet fulgt anvendelsen af dialogsamtalerne og deres udfald. Den uensartede tilgang til dialog mellem regionerne, som evalueringen beskriver ovenfor i afsnit 4.1.2 har også været berørt af udvalget, idet det noteres:

*"Det er endvidere forventningen, at cirka 450 af disse klagere [som har valgt dialogsamtale (red)] efter gennemført dialog vælger ikke at gå videre med deres klage. Måske kan denne andel af klagere øges. Der er formentlig et behov for, at dele viden lokalt omkring tilrettelæggelsen og gennemførelsen af dialoger og særligt viden om, hvad der i de konkrete sager er gjort, således at klageren har fået en tilfredsstillende forklaring og begrundelse for det skete, hvorefter vedkommende har besluttet ikke at gå videre med klagesagen"* (Ref. fra 6. møde i Det Rådgivende Praksisudvalg, 12.11.14, ad pkt. 3).

Interview foretaget i forbindelse med evalueringen viser, at arbejdet i Det Rådgivende Praksisudvalg nu giver anledning til, at danske regioner ved Sundhedsdirektørkredsen sætter sig i spidsen for et arbejde med at etablere en mere ensartet tilgang til dialogsamtalerne i regionerne, herunder at opsætte mål for ønsket antal dialoger primært i sygehussektoren.

#### 4.1.6 Kontaktforum - samarbejdet mellem Patientombuddet og de regionale patientkontorer

I forbindelse med etableringen af det nye patientklagesystem og oprettelsen af Patientombuddet blev det forudsat, at der etableres et tæt samarbejde mellem patientkontorerne og Patientombuddet for at understøtte patientkontorenes vejledning af patienterne om deres rettigheder og om klage- og erstatningssystemet. Med henblik på at styrke samarbejdet mellem de regionale patientkontorer og Patientombuddet nedsættes et Kontaktforum, der overordnet set har to formål:

- › At sikre en ensartet vejledning til patienter om deres rettigheder og muligheder
- › At indgå aftaler om registrering m.v. af henvendelser til patientkontorerne bl.a. til brug for Patientombuddets årsberetning

Det var tanken, at man i Kontaktforum kan udveksle information om Patientombuddets praksis og sagsbehandlingsprocedurer og om hvilke emner der i praksis rejses over for patientkontorerne. Via Kontaktforum kan patientkontorerne ideelt set pege på områder, hvor der er særligt behov for tilgængelig information fra ombuddet.

Kontaktforum blev sammensat med to repræsentanter for hver region, en repræsentant for Danske Regioner samt et antal repræsentanter for Patientombuddet. Kontaktforums formand er Direktøren for Patientombuddet. Møder i Kontaktforum forventes afholdt 1-2 gange årligt. Det første konstituerende møde fandt sted d. 31. maj, 2012. Der er afholdt i alt fem møder i Kontaktforum. Det seneste fandt sted d. 23. oktober, 2014.

Evalueringen viser, at der med det nye klagesystem er et særligt behov for, at patienterne også hos patientkontorerne kan få vejledning om tilbuddet om dialog i forbindelse med klagesager og om muligheden for at vælge mellem at få sagen behandlet af Patientombuddet (forløbsklage) eller af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

På det første møde d. 31. maj, 2012 oplyste regionerne: "*...., at der er store forskelle regionerne mellem på, hvor detaljeret en henvendelse dokumenteres. Grundstammen i registreringer stammer fra den tidligere Amtsrådsforening, så der er dog en fællesnævner*" (Referat, pkt. 6).

Citatet illustrerer således én af de udfordringer man stod med da lovændringerne blev vedtaget – og som man har stået med i forhold til at gøre klagesystemet mere ensartet og entydigt regionerne imellem. For eksempel havde ombuddet fra begyndelsen et ønske om at hver region etablerede én indgang for kontakten til ombuddet (jf. referatet fra det 3. møde i Kontaktforum: "*Steffen Egesborg Hansen opfordrede til, at patientvejlederne i de regioner, der har mere end 1 indgang, om at bringe problemet videre lokalt. Dette blev aftalt*". (Referat, Kontaktforum, 16.5.2013, pkt. 4).

I det hele taget har frit sygehusvalg, behandling i udlandet og international sygesikring fyldt meget på møderne i forummet, mens etablering af ensartet vejledning af patienterne (jf. forums formål citeret ovenfor) har fyldt knapt så meget. Data refereret i afsnittene i evalueringen ovenfor viser da også, at der er et stykke vej før der er en ensartet tilgang til patientvejledning i regionerne.

Regionerne har i forbindelse med evalueringen udtrykt ønske om at få '*kiggeadgang*' til sagsgangen i Patientombuddet og i disciplinærnævnet. Dette vil muliggøre, at de kan følge med i "egne" sager og svare på eventuelle henvendelser fra konkrete klagere.

Parterne giver i interview i øvrigt udtryk for tilfredshed med arbejdet i forum – og for dialogen mellem ombuddet og regionerne. Begge parter udviser lydhørhed over for de udfordringer, problemer og ønsker der bliver rejst fra respektive aktørers side.

#### 4.1.7 Opsamling

Data fra evalueringen viser, at der generelt er tilfredshed med de muligheder der ligger i ændringerne i patientklagesystemet, det vil sige indførelsen af forløbsklager og dialogsamtaler. Data viser samtidig, at systemet ikke er fuldt og tilfredsstillende implementeret i praksis.

Både interviewdata og patienttilfredshedsundersøgelsen viser, at patienterne ikke har fået et mere enkelt system med lettere klageadgang. Samtidig finder evaluatoren det vigtigt at understrege som en analytisk pointe, at det næsten heller ikke ville kunne lade sig gøre i praksis. Lovændringerne har netop gjort systemet mindre enkelt, simpelthen fordi der er sket en serviceforbedring eller -udvidelse. Som det også udtrykkes i et par interview:

- › *"Det er et dilemma: Komplexiteten kommer også af at der nu er forløbsklager – og det er jo godt vi har fået det! Vi drømmer os ikke tilbage til et "forenklet" system, hvor der kun er disciplinærklager".*
- › *"Der bliver brugt flere ressourcer nu end tidligere – ikke mindst fordi patienterne får en anden og bedre service end før".*

## 4.2 Udvikling i antal klager og sagsbehandlingstider

Ser man på hændelsesstedet for de afgjorte sager ved henholdsvis Disciplinærnævnet og Patientombuddet, er sygehusene det hændelsessted hvor langt de fleste klager retter sig (56.3% af alle afgørelser i 2013). Dernæst kommer almen praksis (13,8% i 2013), speciallægepraksis (6.7% i 2013) og skadestuer (3.8% i 2013) (se Tabel 9, i *Statistiske oplysninger om patientklager 2013*, Patientombuddet). Kigger man på de kommunale sundhedsydelser og ser på hændelsessteder "Anden behandling i kommunalt regi", "Hjemmepleje" og "Plejehjem" udgør de tilsammen 2.5% af samtlige afgjorte sager i 2013 – eller i alt 75 afgørelser af totalt 3.105 afgørelser.

Patientombuddet opgør den samlede klagemængde og afgørelsesmængde samlet for forløbsklager, disciplinærnævnsager<sup>14</sup>, rettighedssager og psykiatriske ankesager jf. tabellen nedenfor.

---

<sup>14</sup> Det er ikke muligt på baggrund af tal fra ombuddet, at vide præcis hvor mange disciplinærnævnsager og forløbsager der er tale om. Ved oprettelse er der et større antal sager, hvor klager endnu ikke har valgt, om der skal være tale om en disciplinærnævnsag eller forløbsklagesag. Disse sager figurerer elektronisk som "sagstype uafklaret". Når klager har valgt sagstype ændres denne registrering. Ved udgangen af 2014 havde Patientombuddet lidt over 800 sager, som figurerede som "sagstype uafklaret". På grund af denne tidsmæssige forskydning er det derfor ikke allerede ved sagsoprettelsen præcist at opgøre, hvor mange disciplinærnævnsager henholdsvis forløbsager der er tale om.

Figur 24 – Udviklingen i antal verserende sager, 2010 - 2014<sup>15</sup>

	2010	2011	2012	2013	2014
Nye klager og indberetninger	4770	4896	5411	6123	6926
Afviste sager og tilbagetrækninger*	949	1350	1576	1630	1885
Antagne sager	3910	3104	4676	4377	4446
Afgjorte sager	4221	3276	3732	3901	3742
Verserende sager ultimo året	3045	3235	3663	4255	5137

Kilde: Statistiske oplysninger om patientklager 2013, Patientombuddet. Tabel 3. \* Afviste sager og tilbagetrækninger omfatter forældelse, klager trukket tilbage (herunder trukket tilbage efter dialog) og sager trukket tilbage p.gr.a. manglende kompetence.

Som det ses af figuren ovenfor, er mængden af nye og antagne sager steget fra 2010 til 2014. Antallet af afgjorte sager er derimod faldet fra 4.221 i 2010 til 3.742 i 2014. Med stigende sagsmængde og samtidig faldende mængde afgjorte sager, stiger antallet af verserende sager ultimo året naturligvis også. De er steget fra 3.045 i 2010 til 5.137 i 2014.

Patientombuddets egne tal viser da også en stigende sagsbehandlingstid, jævnfør figuren nedenfor. Sagsbehandlingstiden for forløbsklager er steget fra 9,4 måneder i 2012 til 13,3 måneder i 2014, mens disciplinærnævnsager er steget fra 12,9 måneder i 2011 til 17,4 måneder i 2014.

<sup>15</sup> Bemærk afgørelsestallet er foreløbigt, men bliver konsolideret i løbet af februar. Bemærk at tallet for verserende sager vil være lidt højere end det reelle antal verserende sager. Det skyldes, at tallet er trukket på alle sager, som står åbne, uanset om der udestår egentlige sagsskridt i sagen eller ej (sager kan for en kort periode blive genåbnet, hvis der f.eks. bliver anmodet om aktindsigt i en afsluttet sag).

Figur 25 – Gennemsnitlige sagsbehandlingstider, 2011 - 2014

	2011 <sup>16</sup>	2012	2013	2014
	Måneder	Måneder	Måneder	Måneder
<b>Afgørelser af forløbsklager</b>	--	<b>9,4</b>	<b>13,6</b>	<b>13,3</b>
<b>Disciplinærnævnsafgørelser</b>	<b>12,9</b>	<b>13,5</b>	<b>17,2</b>	<b>17,4</b>
Disciplinærnævnets afgørelser i sager modtaget 1. januar 2011 eller senere	--	9,7	14,2	15,6
Alle afgørelser af patientklager (inkl. rettighedssager/adm. ankesager)	11,3	10,3	13,2	13,4
Alle afgørelser i sager modtaget 1. januar 2011 eller senere (inkl. rettighedssager/adm. ankesager)	--	8,4	11,7	-- <sup>17</sup>

Kilde: Tal fra Patientombuddet. Bemærk: Jf. ombuddets resultatkontrakt fratrækkes 0.1 måned fra den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for de sager som har været i dialog samtale og hvor klageren efterfølgende har fastholdt sin klage. Klager der er afsluttet efter dialog er ikke medtaget i gennemsnittet.

Der kan være en lang række årsager til den stigende sagsbehandlingstid. Som nævnt ovenfor (afsnit 4.1.4) er sagsoplysningen i sig selv tidskrævende. En anden årsag er, at ombuddet i 2013 indførte et nyt elektronisk sagsbehandlingssystem, som voldte problemer: *"Årsagen til den øgede sagsbehandlingstid skyldes overgangen til nyt ESDH-system, som forsinkede antallet af afgørelser i den første del af året betydeligt."* (Patientombuddet, Årsrapport 2013, p. 7). Denne forsinkelse skubber ombuddet foran sig – og den påvirker således også resultatet for 2014.

Den stigende sagsmængde er naturligvis en anden del af forklaringen – som dog i nogen grad skulle være balanceret af, at ombuddet løbende er tildelt flere ressourcer. Ombuddets budget justeres løbende i forhold til sagsmængden i det foregående år, dog fratrukket den forventede almindelige effektivitets- og produktivitetsgevinst på 2%, for eksempel: *"På baggrund af vækst i antal sager... er antallet af årsværk i 2013 øget fra 145 i 2012 til 152 årsværk i 2013"* (Patientombuddet, Årsrapport 2013, p. 11). Dermed skulle der således også være flere ressourcer til rådighed.

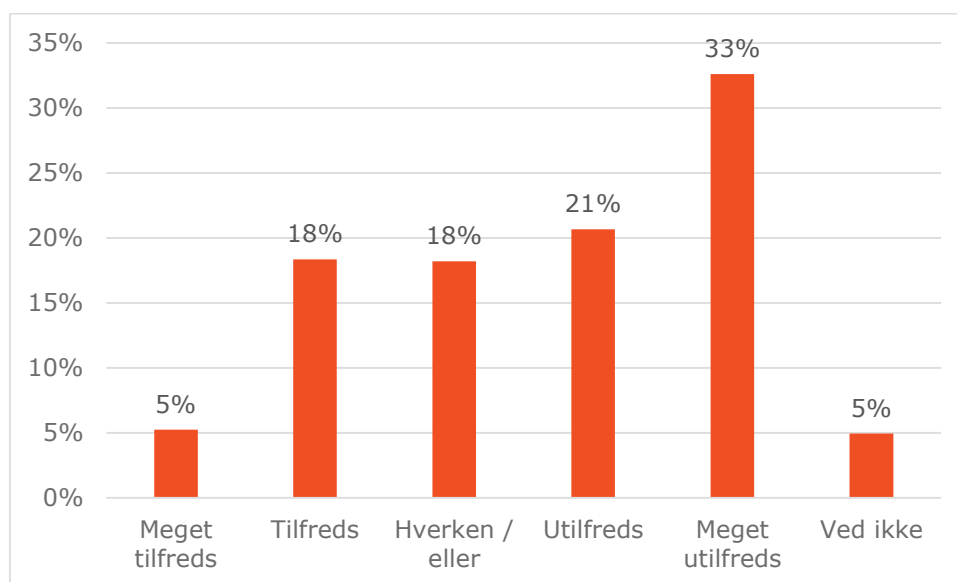
Uanset forklaringerne på sagsbehandlingstiden konstaterer evalueringen, at sagsbehandlingstiden ikke er blevet kortere, hvilket var en af målsætningerne med lovændringen. Tværtimod er den blevet længere. Om den er for lang er vanskeligt at vide. Ombuddet orienterer klagerne om den gennemsnitlige sagsbehandlingstid, når klagesagerne oprettes. Derudover noterer evalueringen, at der ikke offentligt er udmeldt servicemål (*key performance indicators, kpi*), som regioner og klagerne kan relatere sig til. Og dermed er det ikke muligt at vide, hvad en realistisk eller 'ønsket' sagsbehandlingstid er.

<sup>16</sup> For 2011 har Patientombuddet alene opgjort den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid og den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for disciplinærnævns-sager.

<sup>17</sup> Patientombuddet har ikke for 2014 foretaget en beregning af den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for afgørelser i sager modtaget efter 1. januar 2011

Klagerne selv er ikke tilfredse med sagsbehandlingstiden. Som det ses af figuren nedenfor er gennemsnitligt 54% af respondenterne utilfredse/meget utilfredse med sagsbehandlingstiden. De bagvedliggende tal viser, ikke overraskende at for de klager, vis sager afgøres med 'Ingen kritik' er det tilsvarende tal oppe på 63%, mens kun 27% er utilfredse/meget utilfredse hvis sagen er afsluttet efter dialogsamtalen.

Figur 26 – Hvor tilfreds er du med sagsbehandlingstiden fra du indgav din klage til du modtog afgørelsen? (n=687)



En række interviewpersoner finder ligeledes, at sagsbehandlingstiden er et problem: *"Vi ved jo at sagsbehandlingstiden er belastende for folk – også for personalet der klages over. Der kan således frigives mange ressourcer – ikke mindst mentalt – hvis tiden nedbringes."*

### 4.3 Læring

Det var et af formålene med lovændringen og etableringen af Patientombuddet, at *skabe en ordening, der kan tilgodese såvel patienternes som sundhedsvæsenets behov for læring.*

Evalueringen viser, at der på sygehusene generelt igennem de lokale kvalitetssystemer sker systematisk og løbende opfølgning på "egne" klager – både dem man selv modtager lokalt og dem som håndteres igennem Patientombuddet. I tekstboksen nedenfor har vi lavet en sammenskrivning af karakteristiske interview udtalelser.

### **Tekstboks – Lokal læring af lokale sager er systematisk og struktureret**

Vi tager stilling til sagsafgørelser i sygehusets QA team. Både fra forløbs og disciplinær-nævnssagerne.

Resultatet af dialogsamtaler tages op i auditmøder i afdelingerne, hvor vi som personale har lejlighed til at diskutere både forløbet af samtalen – og hvilke konsekvenser vi skal drage i forhold til eventuelt at ændre vores praksis. Kan vi forebygge at det forhold en given klage har påpeget sker igen, så gør vi det.

Som patientvejleder tager vi rundt i region og underviser; her anvender vi afgørelserne fra afgjorte klagesager som eksempler. Vi anvender især afgørelser, hvor der er udtalt kritik. UTH og klager ser vi ikke helt som det samme. Men vi ser at de supplerer hinanden. Vi skal både bruge klager og utilsigtede hændelser til at lære af. Risk managers bruger begge dele som sin videnskilde.

Der hvor læring nok halter mest er i almen praksis. Hvor meget lærer de praktiserende læger af hinandens klageafgørelser? De er jo næsten altid disciplinærnævnssager – og derfor meget personlige.

Klager i relation til kommunale sundhedsydelser udgør ca. 2.5% af samtlige klager ved Patientombuddet. Kommunerne lærer systematisk af disse klagesager.

I nn (anonymiseret af red.) samler den ledende overlæge alle klager op og systematiserer dem. På vores hospitaler har vi styr på UTH etc. og kender efterhånden sagerne. Så vi følger op ift. vores egne erfaringer.

Læring lokalt på flere sygehuse er således professionaliseret. Kvalitets- og risk managers arbejder struktureret med at lære fra UTH, fra egentlige fejl og fra klagerne som vedrører eget sygehus.

Evalueringen viser, at der er ét område, hvor læring er blevet forbedret med lovændringen og etableringen af Patientombuddet. Der er bred enighed om blandt aktører, som er interviewet i forbindelse med evalueringen, at læringspotentialet for forløbs-sager er større end det er for disciplinærnævnssager. Følgende citater underbygger pointen:

- › *"Jeg tror, at når man kan klage over forløb er der bedre mulighed for læring. Det er lettere at klage, fordi du ikke behøver pin-pointe ved navns nævnelse – men man kan klage over det samlede forløb. Enkelt personer behøver derfor heller ikke gå i forsvar. Man er mere parat til at sige: der er muligheder for at vi som system kan blive bedre".*
- › *"Vi har tilbagemelding fra overlæger om at forløbs-sager giver god læring på afdelingerne. De tager læringsshatten på. Meget handler jo om organisation, ledelse og struktur. Det er i virkeligheden "lette" ting, som man gerne vil ændre".*

Evalueringens data viser samtidig, at der mellem sygehuse og mellem regioner på tværs ikke foregår tilstrækkelig læring. Man lærer af egne UTH'er, fejl og patientklager – men ikke nødvendigvis af de klager, der er rejst mod andre behandlingssteder

og personer fra andre sygehuse. Det var netop et af formålene med lovændringen, at Patientombuddet ville kunne bidrage til at forbedre læringen. Evalueringen viser, at ombuddet gør en indsats for at formidle erfaringer fra afgørelserne via for eksempel Nyhedsbreve, praksissammenfatninger og temarapporter, men de anvendes langt fra altid systematisk i sektoren – og de har heller ikke altid den efterspurgte kvalitet:

- › *"Jeg ved godt at alle disse ting findes – og nogle vil også se det og læse det. Men det er jo ikke det man lærer af på de enkelte afdelinger. Der bruger man jo egne auditerings-, akkrediterings- og kvalitetssystemer og UTherne. Det er de gode til at lære af – men det andet fra POBer kan jeg godt tvivle på om bliver brugt – og det er ikke altid lige godt".*
- › *"POB arbejder med data aggregering og formidling – ikke med læring".*
- › *"Vi har beskrevet, hvad vi gerne vil med de ting vi får fra POB. Dermed er vi også opmærksom på det. Men der er rigtig meget materiale, der kommer ud fra alle kanter. Kvalitet, rettigheder, vejledninger, retningslinjer. Det skal indgå i uddannelse af personalet. Ved ikke om større samarbejde med SST ville give større gennemslagskraft over for sektoren. Man skal jo selv hente info også fra styrelsen".*
- › *"Dem der interesserer sig for klagesager, det er de fagpersoner, der sidder med kvalitet og risiko – og dem der sidder med økonomi. Måske skal man målrette noget til dem".*
- › *"Vi kunne godt tænke os flere og bedre praksissammenfatninger på tværs af et fagspeciale eller et behandlingsområde. Vi vil gerne vide, hvilke erfaringer andre har gjort sig, så vi selv eventuelt kan ændre vores procedurer og retningslinjer".*

Evalueringen viser altså, at læring finder sted, men også at der er 'information overload' i systemet – og manglende strategisk overblik over mængderne af information – samt koordinering mellem afsenderne. Evaluators analyse viser, at Patientombuddet gør en indsats for at offentliggøre afgørelser og syntetisere erfaringer fra afgørelser i nyhedsbreve, praksissammenfatninger, temarapporter, artikler i fagtidsskrifter og afholdelse af temadage for at udbrede læring på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner. Problemet med at omsætte disse erfaringer til læring og eventuel justering af procedurer, retningslinjer mm. er dobbelt: Dels reducerer den lange sagsbehandlingstid mulighederne for at lære af afgørelserne, fordi syntetiseringerne bygger på "gamle" hændelser. Dels har regionerne og sygehusene ikke altid systemer, der sikrer at Patientombuddets publikationer systematisk bearbejdes i de lokale kvalitetsudviklingssystemer.

Dertil viser evalueringen, at relationen mellem Patientombuddet og Sundhedsstyrelsen ikke efter de første tre år er fuldt udbygget – og det fremstår uklart for aktørerne, hvilken rolle de to har i forhold til hinanden. Dette er erkendt fra flere hjørner af systemet:



- › *"Vi kender Patientombuddets materiale: De er ofte ikke specifikke nok. Deres seneste publikation (AK behandling) kan vi ikke anvende til noget. POB mangler at finde deres ben op imod Sundhedsstyrelsen. De to overlapper".*
- › *"Samspillet har ikke været optimalt – og det er ikke fremmede for tilsynsopgaven"*
- › *"Vi kunne have bedre samspil ift. kritiske data".*
- › *"Man bør se på samspillet mellem ombuddet og styrelsen".*

Problemstillingerne er kendte og har været drøftet i diverse fora, inkl. i Kontaktforum – og på bilaterale møder mellem styrelsen og ombuddet<sup>18</sup>. Evaluators analyse viser, at udfordringerne dels er fagligt indholdsmæssige:

- › Sundhedsstyrelsen udstikker som myndighed anbefalinger og retningslinjer, som sundhedsvæsenet skal følge. Ombuddet er ligeledes en statslig styrelse, men erfaringsopsamlinger og sammenfatninger her fra har mere formidlende karakter. Men det faglige indhold bør alligevel være koordineret – og timingmæssigt bør det koordineres hvornår publikationer fra de to styrelser udkommer.
- › En anden problemstilling vedrører hastigheden hvormed styrelsen får adgang til klagerne der modtages i ombuddet. Styrelsen ønsker online adgang til at monitorere hvilke sygehuse (forløbsklager) og/eller sundhedspersoner (disciplinærnævnsager), der på givne tidspunkter især får klager imod sig, således at en tilsynsindsats eventuelt kan tilrettelægges i relation til disse. Ligeledes ønsker styrelsen løbende indsigt i sagsbehandlingen og sagsmaterialerne, som kan være nyttige ved eventuelle tilsyn (se også afsnit 4.1.4).

Evalueringen viser endeligt, at der er udfordringer hvad angår læring fra klagesagerne i praksissektoren. Der er ikke overblik over i hvilken udstrækning de almen praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger lærer af de afgjorte klager. Ligeledes fremhæves det, at dialogordningen giver læringsmæssige udfordringer. Det kan være vanskeligt at udbrede erfaringerne fra den enkelte dialog uden for det lokale den finder sted i (se også afsnit 4.1.2).

### 4.3.1 Serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser<sup>19</sup>

Rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser er et af flere redskaber, der anvendes i det danske sundhedsvæsen som led i arbejdet med kvalitet og patientsikker-

<sup>18</sup> Og i Serviceeftersynet, se afsnit 4.3.1 nedenfor.

<sup>19</sup> Utilsigtede hændelser er ikke omfattet af evalueringen, netop fordi Serviceeftersynet nyligt er gennemført. Der refereres kort til det her, da der er en række paralleller af generisk karakter på læringsområdet, som kan anvendes i relation til den måde patientklagesystemet fungerer på.

hed. Evalueringen dækker ikke denne del af læringssystemet, udover at anvende og referere til det allerede gennemførte serviceeftersyn af ordningen<sup>20</sup>.

Et rapporteringssystem og en landsdækkende database, vurderes i serviceeftersynet til at være helt central. Det er Patientombuddets overordnede opgave at vedligeholde og udvikle rapporteringssystemet i DPSD (Dansk Patientsikkerheds Database) og stille dataudtræk til rådighed for patientsikkerheds- og kvalitetsarbejde samt at samle op på mønstre og tendenser, der gør sig gældende på nationalt niveau. Derudover skal Patientombuddet sprede viden om nationale mønstre.

Den helt overordnede konklusion på baggrund af serviceeftersynet er, at "*rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser er et velfunderet og efter aktørernes opfattelse nyttigt system, der er med til at understøtte patientsikkerhedsarbejdet i det danske sundhedsvæsen*" (rapporten s. 6). Serviceeftersynet viser også, at der er områder, hvor systemet kan forbedres, herunder for eksempel:

- › Der er behov for at styrke samarbejdet mellem det nationale, kommunale og regionale niveau.
- › Der er behov for at styrke samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og Patientombuddet. Det kan bidrage til yderligere at kvalificere udmeldinger og rapporter fra Patientombuddet og Sundhedsstyrelsen, samt til at udvælge fokusområder samt understøtte læringsaktiviteter. Det er i den forbindelse vigtigt, at Sundhedsstyrelsen bidrager med vejledende eller afklarende afsnit til Patientombuddets udmeldinger, når det kan være relevant. Det anbefales, at Patientombuddet tager initiativ til en drøftelse og afklaring med Sundhedsstyrelsen.
- › Det anbefales, at Patientombuddet tager initiativ til en dialog med Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL om, hvordan læring og viden mest hensigtsmæssigt formidles. Der skal derudover generelt skabes en tættere inddragelse af regioner og kommuner i forbindelse med udarbejdelse af Patientombuddets publikationer.

Konklusioner og anbefalinger i serviceeftersynet er analoge til de resultater evalueringen har dokumenteret i relation patientklagesystemet.

## 4.4 Særligt om tandklagesystemet

Klageadgangen på tandlægeområdet omfatter klager over tandlægefaglige forhold, serviceklager og klager der vedrører skader.

Klagesystemet på tandområdet jf. overenskomst med Tandlægeforeningen har ikke siden 1987 været inkluderet i det øvrige<sup>21</sup> offentlige klagesystem på sundhedsområdet.

---

<sup>20</sup> Afsnittet bygger på *Rapport om Serviceeftersyn af Rapporteringssystem for Utilsigtede Hændelser*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Patientombuddet, juli 2014.

<sup>21</sup> Bemærk metodekommentarerne i Kapitel 2

det. I forbindelse med vedtagelsen af ændringerne i patientklagesystemet, som trådte i kraft den 1. januar 2011 – og som er genstand for den øvrige del af evalueringen – blev følgende argumenter fremhævet til støtte for at bevare tandklagesystemet<sup>22</sup>:

- › Tandområdet er karakteriseret ved, at ydelser (delvist) betales af patienten selv, mens langt hovedparten af øvrige sundhedsydelser er vederlagsfri.
- › Mangelfuldt tandlægearbejde vil i langt de fleste tilfælde kunne afhjælpes fuldstændigt ved en fornyet tandbehandling, men det vil som udgangspunkt medføre merudgifter for patienten til betaling af ydelsen. Øvrige sundhedsydelser, der ikke har levet op til normen for almindelig anerkendt faglig standard, vil også i nogle tilfælde kunne afhjælpes ved fornyet behandling, men her vil behandlingen i langt hovedparten af tilfældene være vederlagsfri for patienten. Der er derfor på tandområdet helt særlige muligheder for at søge klager afsluttet ved forlig eller afgørelser, hvor patienten helt eller delvist får tilbagebetalt sine udgifter til behandlingen eller får betaling for omgørelse, og disse muligheder benyttes med det nuværende tandklagesystem.
- › Tandklagesystemet er overordnet set velfungerende og indebærer fordele for patienterne på grund af de særlige muligheder, systemet giver for tilbagebetaling af honorar eller betaling for omgørelse af tandbehandlingen.
- › Både patienters og sundhedspersoners retssikkerhed er grundlæggende sikret i tandklagesystemet med ankeadgangen over Regionstandlægenævnets afgørelser til Landstandlægenævnet, hvis formand er landsdommer.
- › Det er sikret, at alle tandklagesystemets forlig og afgørelser sendes til Sundhedsstyrelsen.
- › Der er i tandklagesystemet de samme regler om offentliggørelse af klagesager som for øvrige klager.

Der var altså en række argumenter for at bevare det eksisterende tandklagesystem. Nogle få ændringer blev dog gennemført pr. 1. januar 2011:

- › der blev fastsat regler om *deltagelse af patientrepræsentanter* i hhv. regions-tandlægenævnene og Landstandlægenævnet.
- › klager over privatpraktiserende tandlæger – ud over at kunne indgives til regionstandlægenævnene via regionen – kan nu også indgives til Patientombuddet, som i givet fald videresender sagen til vedkommendes Regionstandlægenævn, men således at klagefristen regnes fra indgivelse af klagen til Patientombuddet. Patienterne vil dermed opleve *samme lette klageadgang* på tandområdet som i øvrigt.

---

<sup>22</sup> Argumenterne er baseret på forarbejderne til klage- og erstatningsloven (L 139/2009) og her gengivet fra et notat af 14.11.2014 fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Se i øvrigt Bilag D for en grafisk illustration af tandklagesystemet fra tandklage.dk.

- › Der er i afgrænsningsbekendtgørelsen fastsat regler om, at regionstandlægenævne og Landstandlægenævnet skal *underrette Patientombuddet om alle forlig og afgørelser*, således at disse kan indgå i grundlaget for de praksissammenfatninger og lignende, som Patientombuddet vil udarbejde og formidle til sundhedsvæsenets aktører som led i læring.

Evalueringen skal ifølge kommissoriet belyse om ændringerne i tandklagesystemet fungerer efter hensigten, det vil sige jævnfør de tre punkter ovenfor om sammensætningen med forbruger- og patientrepræsentanter fungerer efter hensigten (afsnit 4.4.1 nedenfor), om der er let klageadgang (afsnit 4.4.2) og hvorvidt underretning om forlig og afgørelser i regionstandlægenævne og Landstandlægenævnet som tilsigtet tilgår Patientombuddet (afsnit 4.4.3). Evalueringen skal belyse erfaringerne med ændringerne med henblik på at kunne danne grundlag for stillingtagen til, om tandklagesystemet skal videreføres.

#### 4.4.1 Sammensætning med patientrepræsentanter i nævn

For så vidt angår sammensætningen af de forskellige tandlægenævn, finder de fleste interviewpersoner, at det har styrket nævnene, at der er blevet indsat patientrepræsentanter i de regionale nævn og i Landstandlægenævnet. Følgende citater er udtryk for aktørernes generelle opfattelse:

- › *"Det er godt, at vi har fået en repræsentant ind fra Forbrugerrådet Tænk."*
- › *"Vi er glade for Forbrugerrådsrepræsentanten."*
- › *"Regionstandlægenævne er sammensat på en god måde".*

Der er interviewpersoner, som mener, at det er svært for patientrepræsentanter at gøre sig gældende i nævnene, hvis de ikke besidder en stærk faglig ekspertise. Og i det hele taget går det igen i kommentarerne fra interviewpersonerne, at kompetencerne hos nævnsmedlemmerne er afgørende for hvor godt nævnene fungerer. Flere nævner, at det er vigtigt, foruden tandlægefaglig ekspertise også at inkludere juridisk ekspertise i alle nævn. Derudover giver interviewerne udtryk for enkelte betænkeligheder og opmærksomhedspunkter:

- › *"Mht. forbruger- og patientrepræsentanter, er der stor forskel på viden mellem politiker og tandlæge. Svært at få regionspolitikere til at forholde sig til konkrete sager. Formålet er, at de repræsenterer borgerne og at de repræsenterer regionen. Løsningen er, at sætte en dommer for bordenden og at der er deltagelse af en tandlæge og Forbrugerrådet Tænk."*
- › *"Ser gerne en dommer som formand og at nævnet udgøres af fem personer: En dommer, to tandlæger, en fra Forbrugerrådet Tænk og en politiker."*

Der er dermed en bekymring for nævns sammensætningen, som svarer lidt til bekymringen over Patientombuddets administrative afgørelser i forløbsklager i det generelle patientklagesystem (se afsnit 4.1.4 og 4.1.5). Samtidig er alle dog tilfredse

med den balance, som deltagelsen af patient/forbrugerinteresser giver i de regionale tandlægenævn.

#### 4.4.2 Klageadgang

Med ændringerne i patientklagesystemet pr. 1. januar 2011 blev det sikret, at klager over privatpraktiserende tandlæger ud over at kunne indgives til regionstandlægenævnene via regionen også kan indgives til Patientombuddet. Sådanne klager sender ombuddet videre til Regionstandlægenævnet i klagerens region, således at klagefristen regnes fra indgivelse af klagen til Patientombuddet. Hensigten var, at patienterne dermed vil opleve samme lette klageadgang på tandområdet som i øvrigt.

De interviewede repræsentanter giver overordnet udtryk for, at de regionale klageinstanser fungerer relativt godt. Det nuværende klagesystem har en række styrker. Særlig visitationsudvalg og den tandlægefaglige besigtigelse af klagere med deltagelse af en bisidder fungerer godt. Der er nem adgang til at klage, klageformularen (på tandklage.dk eller via Patientombuddets hjemmeside) er let at udfylde.

Det er forhold man også kan genkende hos de – ganske vist få – patienter, som er interviewet i forbindelse med evalueringen. I eksemplet i tekstboksen nedenfor, ses det således hvordan patienten er tilfreds med både klageskemaet, visitationen/besigtigelsen og inddragelsen i processen.

##### **Tekst boks – Patientcase 1**

Jeg blev besigtiget af uvildigt udvalg. Både det og hele klageprocessen var tilfredsstillende. Det var en anden tandlæge som hjalp mig med klagen. Jeg anvendte ikke en klagevejledning og heller ikke ombuddets hjemmeside eller tandklage.dk i forbindelse med din klage? Til gengæld talte jeg med sekretariatet for visitationsudvalget i min region. Jeg fik vejledning om dialog eller bisidder men havde reelt den anden tandlæge til at hjælpe mig. Sagsbehandlingstiden var OK. Det tog fire måneder fra start til slut. Jeg følte mig tilstrækkeligt hørt i klagesagsbehandlingen. Og jeg fik medhold.

*Kilde: Interview i forbindelse med evalueringen*

Som i patientklagesystemet (se afsnit 4.1) er der med tandklagesystemet tale om et system, der ikke er éntydigt. Der er flere klagemuligheder, hvilket ikke af aktørerne nødvendigvis opfattes som et problem i selv. Der er let klageadgang (se også tekstboks med Patientcase 2 nedenfor). Men de mange klageadgange kan gøre det vanskeligt for både patienter og andre aktører at afgøre, hvor en given klage hører hjemme<sup>23</sup>. Systemet opfattes som komplekst og aktørerne har en række synspunkter på dette:

- › "Jeg forstår ikke, at erstatningssystemet er delt, decentralt og at nævn er forskellige. Klagere kan ikke finde ud af, hvad der er forskel mellem klage-, pris-

<sup>23</sup> Jf. problemstillingen i patientklagesystemet, hvor der er mulighed for at melde ind i UTH systemet, lokal klage i f.eks. "ris og ros" boks, forløbsklage- og/eller disciplinærnævnssystemet og/eller i patientskadeerstatningen.

og erstatningssystem. Skal du klage over f.eks. tandteknikere, skal du til Patientombuddet/Disciplinærnævnet. Vi ser ofte, at sager behandles parallelt i de forskellige instanser. Selv på møder kan vi diskutere, hvor en klage skal behandles. Det ville være bedre at klage ét sted".

- › "Det er svært at finde rundt i klagesystemet. Der er ikke én indgang".
- › "Sagsbehandling er ikke ens for alle i landet. Det giver usikkerhed om patienten får samme behandling. Det handler om patient retssikkerhed".
- › "Delingen mellem forskellige instanser forsinker muligvis sagsbehandlingen."
- › "Sagsbehandlingen i Patientombuddet er mere struktureret. Samtidigt er der svært at finde ud af, hvornår det er Patientombuddets kompetence eller det regionale systems".

### **Tekst boks – Patientcase 2**

Et uvildigt udvalg besigtigede min skade – og det fungerede godt. Det var min nye tandlæge det hjalp med at afklare, at jeg skulle klage. Jeg har ikke fået vejledning fra Patientombuddet eller tandklage.dk, hverken hjemmeside telefonisk eller læst klagevejledning. Det var let at udfylde klageskemaet. Det var let at klage – og jeg fik medhold, men syv måneder er lang tid at vente på afgørelsen.

*Kilde: Interview i forbindelse med evalueringen*

### **Antal klager og sagsbehandlingstider**

I det offentlige klagesystem kan behandles klager over tandlæger, der ikke er omfattet af den private overenskomst, dvs. typisk offentligt ansatte tandlæger, -teknikere og -plejere. Nedenstående tabel viser antallet af oprettede, antagne og afviste klager ved disciplinærnævnet ved Patientombuddet. Tallet for afgjorte sager har svinget fra 77 i 2010 til 38 i 2013. Tallet er ikke opgjort for 2014.

*Figur 27 – Afgjorte tandklagesager i Disciplinærnævnet, 2011 - 2013*

Disciplinærnævns afgørelser	2011	2012	2013
Tandlæger	54	62	28
Tandteknikere	22	16	10
Tandplejere	1	1	0

Hertil kommer et antal forløbsklagesager om tandpleje afgjort af Patientombuddet. Der var 4 i 2011, 18 i 2012 og 18 i 2013.

Derudover viser opgørelsen over klager over privat praktiserende tandlæger med overenskomst med Tandlægeforeningen, at der her blev modtaget 481 klager i

2010, 526 i 2011, 551 i 2012 og 542 i 2013. Tallet er altså steget fra 481 til 542 fra 2010 til 2013<sup>24</sup>.

Der foreligger ikke statistiske oplysninger om sagsbehandlingstiderne. Aktørernes egne vurderinger svinger fra: "Sagsbehandlingstiden er uhørt lang i nogle sager og i nogle regioner" til "Sagsbehandlingstiden i de fleste regioner er kortere end i Patientombuddet". I tre ud af de fire patientcases, var patienterne tilfredse med sagsbehandlingstiden, som for de fire eksempler lå på mellem fire og syv måneder. I to af de fire patientcases (Patientcase 3 i tekstboks nedenfor) var patienten utilfreds med sagsbehandlingstiden.

#### **Tekst boks – Patientcase 3**

Klagede primo april og var først til visitationseftersyn 27 august. Besigtigelse var tilfredsstillende og processen tilfredsstillende, men sagsbehandlingstiden tog for lang tid. Jeg søgte på nettet da jeg ville klage og tog først kontakt til regionen og til Tandlægenes forsikring. Jeg brugte også tandklage.dk. Det var let at finde det jeg skulle bruge og let at gå til klageskemaet. Jeg er godt tilfreds med den telefoniske rådgivning jeg fik fra regionen. Jeg har følt mig hørt i klagesagsbehandlingen og jeg fik medhold, men har alligevel anket, fordi tandlægen ikke fik påtale og fordi vi vil have dem til at dække eventuelt fremtidige skader.

*Kilde: Interview i forbindelse med evalueringen*

Data vedrørende antal klager og sagsbehandlingstid er til information og giver efter evaluators vurdering ikke grundlag for at konkludere vedr. disse forhold.

### **4.4.3 Videreformidling om forlig og afgørelser**

Ved lovændringen fastsattes regler om, at regionstandlægenævnene og Landstandlægenævnet skal underrette Patientombuddet om alle forlig og afgørelser, således at disse kan indgå i grundlaget for de praksissammenfatninger og lignende, som Patientombuddet vil udarbejde og formidle til sundhedsvæsenets aktører som led i læring<sup>25</sup>.

På baggrund af interviewdata med de relevante aktører, kan evaluator konstatere, at der er mulighed for at forbedre dette læringsaspektet. Den læringspraksis man havde villet indføre med lovændringen er ikke fuldt udbygget. De generelle problemer hermed ligner meget udfordringerne på patientklageområdet. Følgende citater fra interviewpersonerne er karakteristiske:

› "Det er svært at vidensdele på tværs af regioner. "

<sup>24</sup> Totalt blev der altså i 2012 (som er det seneste år hvor der foreligger tal) oprettet i alt 732 nye klager - 181 ved Disciplinærnævnet og 551 ved de regionale tandlægenævne. Hvilket er en stigning fra 2010, hvor tallet var 677 (196+481).

<sup>25</sup> Tandlægeforeningen har i evalueringens høringsrunde peget på, at der gennemføres kalibreringskurser og andre arrangementer for besigtigelse og klagesagstandlæger med henblik på at videndele og skabe læring. Samt at alle vejledninger fra Landstandlægenævnet og en samlet oversigt over tandklageretten findes på tandklage.dk, hvor der dermed er mulighed for at danne sig et overblik over systemet.

- › "Patientombuddet bidrager ikke til læring".
- › "Blandt andet finder der meget lidt vidensdeling sted mellem regioner og mellem regioner og patientombuddet og der bliver ikke lavet praksisnotater."

Helt specifikt kan der være problemer forbundet med overholdelse af reglen om at gentagen kritik af en tandlæge efter tre gange inden for fem år skal føre til en offentliggørelse af vedkommendes navn. Patientombuddet offentliggør konsekvent sådanne sager, der kommer til ombuddets kendskab. Men der kan være 'koordineringsproblemer' da en tandlæge kan have modtaget kritik to gange i et givet regionalt nævn og den tredje gang kan være i en sag afgjort ved et andet regionalt nævn. Patientombuddet har ikke etableret et indrapporteringssystem, der sikrer en systematisk registrering af sådanne sager og regionerne koordinerer ikke oplysningerne.

Ligeså kan der være problemer med ankesager som fører til kritik og som skal tælle med i reglen om tre gange inden for fem år. Disse optællinger foregår ligeledes ikke systematisk. Resultatet er, at offentliggørelsesordningen ikke fungerer tilstrækkeligt.



## 5 Konklusion og behov for justeringer

1. januar 2011 trådte en række ændringer af sundhedsvæsenets patientklagesystem i kraft. Hovedfokus i denne evaluering har været på indførelsen af dialogsamtaler og forløbsklager – samt på om der er områder inden for patientklagesystemet, hvor der er behov for justeringer.

### 5.1 Overordnet konklusion

Det er evalueringens hovedkonklusion, at med lovændringerne gennemført i 2011 har patienterne fået et væsentligt forbedret patientklagesystem, som giver særdeles gode muligheder for at komme i dialog med og eventuelt klage over behandling i sundhedssystemet. Indførelsen af forløbsklager og dialogsamtaler hilses velkommen af både patienter, sundhedsprofessionelle og myndigheder. Patienterne har fået *en udvidelse af deres klagemuligheder*. Forløbsklager giver et bedre grundlag for læring relateret til procedurer, arbejdsgange, ledelse og organisering sammenlignet med disciplinærklagerne. Dialogsamtalerne giver mulighed for dialog mellem parterne, og det fører i mange tilfælde til afslutning af klagen på baggrund af gensidig forståelse og sparer dermed både patienten og sundhedssystemet for et langvarigt klageforløb.

Patientombuddet er en ny institution, som blev oprettet fra januar 2011. Interne procedurer og arbejdsgange skulle etableres samtidig med at en lang række funktioner blev samlet under ét tag. Udover at være sekretariat for disciplinærnævnet og træffe myndighedsafgørelser for forløbsklagerne, træffer ombuddet ligeledes afgørelse i sager vedrørende tilsidesættelse af patientrettigheder. Derudover er ombuddet sekretariat for det Psykiatriske Ankenævn, Ankenævnet for Patienterstatningen og varetager den centrale administration af det nationale rapporteringssystem for utilsigtede hændelser. Det har været en krævende etableringsfase, hvor relationerne til de fem regioner og Sundhedsstyrelsen skulle etableres – herunder to nye fora for samarbejde: Kontaktforum og Det Rådgivende Praksisudvalg. Evalueringen viser, at Patientombuddet i etableringsfasen har udvist lydhørhed og fleksibilitet i forhold til løbende at justere i processerne og udvikle et smidigt sagsbehandlingsforløb.

## 5.2 Detaljerede konklusioner og behov for justeringer

Den positive, overordnede hovedkonklusion skal ses i sammenhæng med en række forhold som fortsat giver udfordringer og hvor der fremadrettet er behov for justeringer og forbedringer af selve implementeringen. Forbedringer som alle parter i systemet har et fælles ansvar for bliver gennemført, det vil sige både Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Patientombuddet, Danske Regioner, regionerne, de sundhedsfaglige organisationer og patientorganisationerne. Evalueringsrapporten peger nedenfor på disse forhold, som vedrører henholdsvis

- 1 sagsbehandlingstiden
- 2 systemets éntydighed
- 3 læring
- 4 relationen mellem forløbsklager og disciplinærnævnsager
- 5 klager i relation til de kommunale sundhedsydelser
- 6 sagsbehandlingen/sagsoplysningen
- 7 dialogsamtaler og bisidderordning og
- 8 forhold i relation til Det Rådgivende Praksisudvalg og Kontaktforum.

1. Det første og vigtigste forhold er sagsbehandlingstiden. Forløbsklager havde i 2014 en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på 13.3 måneder, disciplinærnævnsager på 17.4 måneder. Og for begge typer klager gælder det, at sagsbehandlingstiden i 2014 er længere end i 2012. Det er ikke tilfredsstillende set i forhold til lovgivningens målsætning om kortere sagsbehandlingstid. Det belaster klageren og de implicerede sundhedsprofessionelle. Patienterne har altså ikke fået *kortere sagsbehandlingstider*. Vi anbefaler, at Patientombuddet udvikler *servicemål* for henholdsvis disciplinærnævnsager og forløbsklager. De nuværende krav i ombuddets resultatkontrakt med ministeriet er ikke tilstrækkelige. Dels skal målene specificeres i forhold til sagstype og dels skal målene kommunikeres til klagerne, så klagerne og offentligheden i øvrigt ved hvad de kan forvente.

2. Et andet forhold vedrører systemets kompleksitet. Patienterne har ikke fået *en lettere og mere éntydig klageindgang*. Selve udvidelsen med dialogsamtaler og forløbsklager har gjort systemet mere sofistikeret. Dette er naturligvis et dilemma. Det er politisk vedtaget, at patienterne skal have bedre klagemuligheder. Loven er udtryk for at patienterne har fået nogle serviceforbedringer, som samtidig – og næsten uundgåeligt – fører til at systemet ikke er lettere og mere éntydigt. Tværtimod er systemet avanceret, giver flere muligheder – og er samtidig komplekst. Kompleksiteten er i virkeligheden et kvalitetsstempel. Problemet er snarere, at det stiller større krav til, hvordan systemet introduceres for og kommunikeres til patienter og pårørende:

- › Patientombuddet, Danske Regioner og de fem regioner har generelt ikke i tilstrækkelig grad introduceret og forklaret de nye muligheder for borgerne og for det sundhedsprofessionelle personale, patientvejledere, m.fl. Kommunikationen

har til dato været karakteriseret ved et juridisk embedsmandssprog<sup>26</sup>. Vi anbefaler, at nuancerne og forskellene mellem de forskellige klagemuligheder og deres fordele og ulemper introduceres og forklares for borgerne og de sundhedsprofessionelle og at der løbende – også fremadrettet – arbejdes med denne kommunikation.

- › Den manglende entydighed hænger ligeledes sammen med at dialogordningen administreres forskelligt mellem de fem regioner - og inden for regionerne, mellem de forskellige sygehuse. Vi anbefaler, at Danske Regioner, regionerne og Patientombuddet fremadrettet sikrer en større harmonisering af tilgangen, som lader sig inspirere af praksisser, som har vist sig at virke.
- › Et komplekst system kræver uddannelse og efteruddannelse af både sundhedsprofessionelle, patientvejledere og myndighedspersoner, så de er i stand til at vejlede patienterne. Der har ikke i tilstrækkelig grad været fokus på denne opgave.
- › Ud over det overordnede klagesystem koordineret igennem Patientombuddet eksisterer der fortsat "lokale" klagesystemer. Patienter klager både direkte til afdelinger, til hospitalsledelser, til regioner og til regionsrådspolitikere. En del af disse klager afklares ved lokal dialog – uden at det nødvendigvis koordineres igennem Patientombuddet. Evaluator vurderer, at det er værdifuldt at bevare denne fleksibilitet, men at det er meget vigtigt at sikre at de patienter, der vælger denne model, får den nødvendige information om det samlede klagesystem, bisidderordningen og andre muligheder/rettigheder inden den lokale dialog finder sted, så de kan træffe et informeret valg om i hvilket system, de ønsker klagen behandlet. Samtidig er det vigtigt at lokale klager også registreres systematisk, så man kan bevare et overblik over den samlede klagemængde – og lære også af denne type sager.
- › Patienterne har mulighed for at rapportere hændelser i UTH systemet og/eller i klagesystemet. Det samlede system indeholder dermed både mulighed for at rapportere til UTH, klage lokalt, klage mere centralt igennem ombuddet (inkl. at deltage i dialog) og søge erstatning. Vi anbefaler, at det samlede system forklares for patienter og pårørende (og sundhedsprofessionelle).

3. Det tredje forhold vedrører læring. Forløbsklagerne giver generelt bedre læringsmuligheder end disciplinærnævnsagerne. Men det er ikke med lovændringen og etableringen af Patientombuddet lykkes at *skabe en ordening, der kan tilgodese såvel patienternes som sundhedsvæsenets behov for læring. Det skyldes flere ting:*

- › Patientombuddet gør en ihærdig indsats for at offentliggøre afgørelser og syntetisere erfaringer fra afgørelser i nyhedsbreve, praksissammenfatninger, temarapporter, artikler i fagtidsskrifter og afholdelse af temadage for at udbrede læ-

---

<sup>26</sup> Et lille eksempel på manglende éntydighed, men dog værd at nævne i denne forbindelse, er det forhold, at dele af den nye ordening går under mindst fem forskellige betegnelser i officielle skrivelser: forløbsklager, behandlingsklager, Patientombuds-sager, POB sager og klager over behandlingssted.

ring på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner. Problemet med at omsætte disse erfaringer til læring og eventuel justering af procedurer, retningslinjer mm er dobbelt: Dels reducerer den lange sagsbehandlingstid mulighederne for at lære af afgørelserne, fordi syntetiseringerne bygger på "gamle" hændelser. Dels har regionerne og sygehusene generelt ikke systemer, der sikrer at Patientombuddets publikationer systematisk bearbejdes i de lokale kvalitetsudviklingssystemer.

- › Koordineringen mellem Patientombuddet og Sundhedsstyrelsen omkring læring af klagesagerne har ikke været tilstrækkelig. Evaluator anbefaler, at ministeriet fremadrettet sikrer en større koordinering af de to styrelses rolle i forhold til at kommunikere generel læring ud i sundhedssystemet. Her er vi helt på linje med konklusion og anbefalinger fra ministeriets/Patientombuddets serviceeftersyn af de utilsigtede hændelser.
- › Koordineringen mellem de to institutioner gælder også i relation til Sundhedsstyrelsens tilsynsrolle. Vi anbefaler, at det sker en forbedret adgang for Sundhedsstyrelsen til at følge aktuelle trends i ny-oprettede klagesager, sådan at der er mulighed for hurtigt at sætte ind og føre tilsyn i forhold til enkeltpersoner og/eller behandlingssteder, der får mange klager imod sig.
- › På flere sygehuse er der systematisk og løbende opfølgning på "egne" klager (og utilsigtede hændelser) i de lokale kvalitetssystemer. Men mellem sygehuse og mellem regioner på tværs foregår der ikke tilstrækkelig læring. Vi anbefaler, at regionerne sammen med Sundhedsstyrelsen og Patientombuddet udarbejder en strategi og praksis for hvordan denne læring sikres fremadrettet.

4. Et fjerde forhold vedrører relationen mellem forløbsklager og disciplinærævnsager på den ene side og for eksempel utilsigtede hændelser på den anden. Sidstnævnte har ikke været en del af evalueringen, men det er vigtigt, at medtænke relationen også til denne del af det samlede system. Med henblik på at optimere læring, anbefaler vi, at undersøge mulighederne for at klagesystemet spiller mere systematisk sammen med systemerne for håndtering af UTHer.

5. Et femte forhold vedrører klager relateret til de kommunale sundhedsydelse (ikke mindst hjemmesygeplejen, genoptræning, rehabilitering, etc.). I forhold til samlet antal kontakter i sundhedssystemet er der relativt få klager relateret til disse sektorer. Vi anbefaler, at det fremadrettet kommunikerer til relevante myndighedspersoner, sundhedspersoner og borgere, hvilke muligheder klagesystemet giver også i disse sektorer.

6. Et sjette forhold vedrører indholdet af sagsbehandlingen/sagsoplysningen:

- › Det er kompliceret at forklare de forskellige klagemuligheder for patienten og indholdet i klagerne er også ofte meget kompliceret. Det er vigtigt at patienten også får assistance til at præcisere, fokusere og formulere klagerne, så det fra starten bliver tydeligt og præcist hvad klagen handler om. Det vil lette den efterfølgende sagsoplysning. Vi anbefaler, at denne opgave prioriteres.

- › Den sundhedsfaglige oplysning af sagerne foregik indtil 2011 ved embedslægerne. Sagsoplysningens sundhedsfaglige aspekter udgør i dag en udfordring for Patientombuddet. Ombuddet trækker på et omfattende eksternt panel af sagkyndige fagpersoner. Patientombuddet har således ikke internt tilstrækkelig adgang til sundhedsfaglig ekspertise. Vi anbefaler, at ombuddets juridiske ekspertise suppleres med intern sundhedsfaglig ekspertise.
- › Især patientorganisationerne, men også de faglige organisationer var indledningsvist bekymrede for at Patientombuddet nu er ansvarlig for at foretage administrative afgørelser af forløbsklager. Patientorganisationerne foretrækker fortsat at forløbsklagerne – af retssikkerhedsmæssige årsager – træffes af et nævn, hvor patientinteresserne er repræsenteret. Dialogen i det Rådgivende Praksisudvalg, viser at praksis for de administrative afgørelser følger udvalgets anbefalinger. I dag er flere medlemmer af Disciplinærnævnet samtidig tilfældigvis medlem af Det Rådgivende Praksisudvalg. Evaluator anbefaler, at det overvejes, at der sikres en højere grad af erfaringsoverførsel mellem de to blandt ved større grad af personsammenfald.

7. Det syvende forhold vedrører dialogsamtalerne. Potentialerne i ordningen udnyttes ikke tilstrækkeligt. Evalueringen viser, at der er mange fordele forbundet med ordningen for både patienter, sundhedspersoner og sundhedsvæsenet. Arbejdet med at harmonisere de regionale tilgange til dialogordningen skal fremskyndes og have prioritet. I den forbindelse har bisidderordningen vist sig at være nyttig. Vi anbefaler, at bisidderordningen videreføres.

8. Det ottende forhold vedrører Kontaktforum og Det Rådgivende Praksisudvalgs rolle. Det er evalueringens konklusion, at begge fora spiller en konstruktiv rolle i relation til det samlede patientklagesystem. Men begge fora mødes ikke tilstrækkeligt hyppigt. Evaluator anbefaler at mødehyppigheden sættes i vejret og anbefaler samtidig, at referaterne fra møderne er egentlige beslutningsreferater, hvor der systematisk fra et møde til det næste følges op på implementeringen af de truffede beslutninger. Vi anbefaler endvidere, at Kontaktforum, som blandt andet skal være med til at sikre større harmonisering af tilgangen til dialogsamtaler, udvides, således at hver region er repræsenteret på centralt chef niveau. Igen med henblik på at øge forummets beslutningskompetence.

### 5.3 Konklusioner vedrørende tandklagesystemet

Evalueringen skal ifølge kommissoriet belyse om ændringerne i tandklagesystemet fungerer efter hensigten, herunder om sammensætningen med forbruger- og patientrepræsentanter fungerer efter hensigten. Og den skal belyse erfaringerne med tandklagesystemet med henblik på at kunne danne grundlag for stillingtagen til, om tandklagesystemet skal videreføres.

Det er evalueringens konklusion, at det fungerer godt med forbruger- og patientrepræsentanter i nævnene kombineret med den tandlægefaglige ekspertise. Tandklagesystemet har en række styrker, som vi anbefaler bibeholdes, herunder nem klageadgang og brugen af uvildig besigtigelse af klagerer forud for nævnsbehandling.

Endelig er det også konklusionen, at tandklagesystemet har mange indgange og at systemet fremadrettet med fordel kan justeres, således at antal indgange reduceres og klagesagsbehandlingen harmoniseres på tværs af regionerne samt i relation til det statslige niveau. I forbindelse med sådanne justeringer, skal man se på lærings-systemet og dets optimering. I forbindelse med de foreslåede justeringer kan man med fordel lære af de erfaringer, man har gjort sig med læring og harmonisering i patientklagesystemet.

Som det gælder for patientklagesystemet, er det vigtigt, at der udvikles servicemål for sagsbehandlingstiden også i tandklagesystemet

## Bilag A    Liste over interviewpersoner

<b>Patientklagesystemet</b>		
<b>Navn</b>	<b>Repræsenterer</b>	<b>Interview- form</b>
Andre Schneider	Region Syddanmark	Gruppe
Anja Petersen	Danske Patienter	Individuelt
Ann Lyngbjerg	Region Hovedstaden	Gruppe
Anna Murphy	Region Hovedstaden	Gruppe
Annemari Kaastrup	Region Nordjylland	Gruppe
Bente Christiansen	Region Sjælland	Gruppe
Birgitte Bidstrup	Danske Regioner	Individuelt
Charlotte Lund Pallesgaard	Region Midtjylland	Gruppe
Charlotte Persson	Region Hovedstaden	Gruppe
Christina Pedersen	Region Nordjylland	Gruppe
Dorte Steenberg	Dansk Sygeplejeråd	Individuelt
Elin Lyngsø	Region Midtjylland	Gruppe
Elsemarie Kraul	Dansk Handicaporganisationer	Individuelt
Eva Friis Sunesen	Region Hovedstaden	Gruppe
Gitte Redkjær	Region Sjælland	Gruppe
Henrik Møller	Region Sjælland	Gruppe
Janne Mortensen	Region Syddanmark	Gruppe
Jette Toldbod	Region Nordjylland	Gruppe
Karin Sroczynski	Region Sjælland	Gruppe
Lene Madsen	Region Syddanmark	Gruppe
Lis Møller Larsen	Region Nordjylland	Gruppe
Lisette Lundstrøm	Region Hovedstaden	Gruppe
Lotte Lindstrøm	Region Sjælland	Gruppe
Niels Pedersen	Region Sjælland	Gruppe
Peder Ring	Rådgivende Praksisudvalg	Individuelt
Per Fraulund Sørensen	Lægeforeningen	Individuelt
Per Thorgaard	Region Nordjylland	Gruppe
Sine Jensen	Forbrugerrådet Tænk	Individuelt
Steen Olesen	Region Midtjylland	Gruppe
Tanja Schmidt Vallarelli	Region Midtjylland	Gruppe
Tina Braüner	Region Midtjylland	Gruppe
Tina Leutholtz	Region Midtjylland	Gruppe
Unna Scherer	Region Sjælland	Gruppe
Steffen Egesborg Hansen	Patientombuddet	Individuelt
Helle Borg Larsen	Patientombuddet	Individuelt
Metta Detlefsen	Patientombuddet	Individuelt
Lena Graversen	Patientombuddet	Individuelt
Pia Vogel	Patientombuddet	Individuelt
Hanne Rasmussen	Sundhedsstyrelsen	Individuelt
Julie Marie Cederholm	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Gruppe
Mads Kirkegaard	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Gruppe
Henrik Gunst Andersen	Formand, Disciplinærnævnet	Individuelt

<b>Tandklagesystemet</b>		
<b>Navn</b>	<b>Repræsentorer</b>	<b>Interviewform</b>
Anna Murphy	Region Hovedstaden	Individuelt
Carsten Rabe Kvist	Region Nordjylland	Individuelt
Patient 1	Klager	Individuelt
Patient 2	Klager	Individuelt
Kirsten Bech	Region Syddanmark	Individuelt
Patient 3	Klager	Individuelt
Patient 4	Klager	Individuelt
Pia Kjærsgaard Johansen	Region Midtjylland	Individuelt
Sine Jensen	Forbrugerrådet Tænk	Individuelt
Tina Raben Skaarup	Tandlægeforeningen	Individuelt
Tina Vester	Danske Regioner	Individuelt
Vibeke Tanderup	Region Sjælland	Individuelt



## Bilag B Liste over respondenternes begrundelser for ikke at bruge patientvejlederens rådgivning

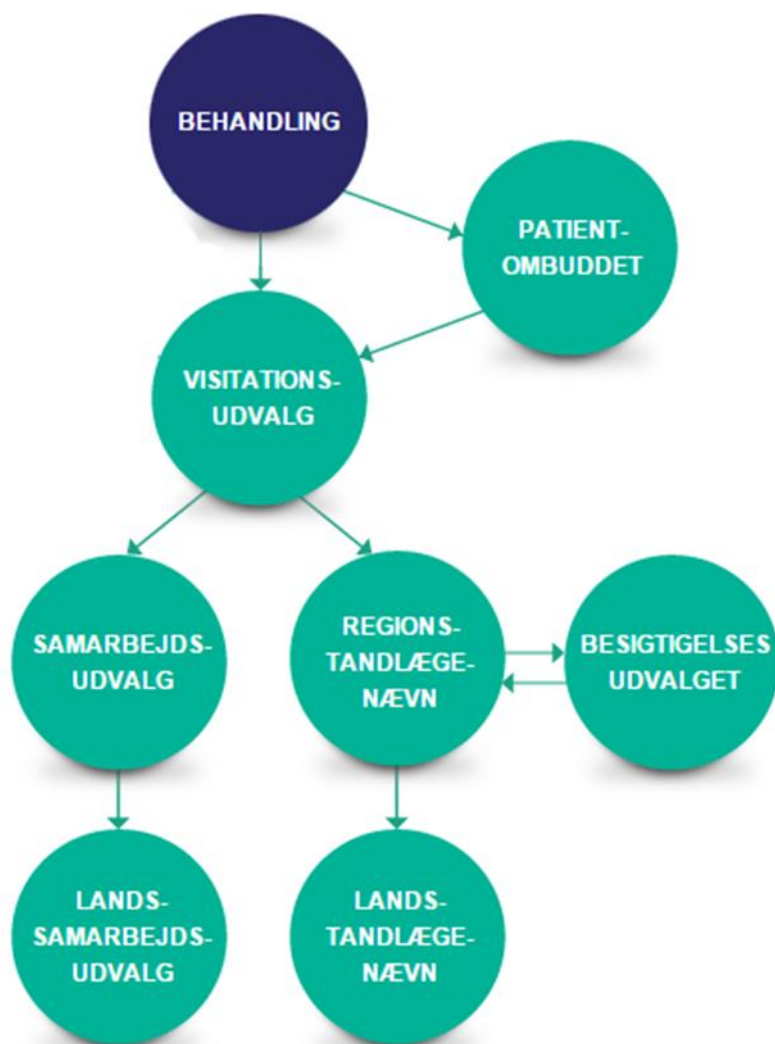
Da vi ikke havde fået nogen hjælp fra sygehus o.lign., var det en veninde, som arbejder som lægesekretær på en andet hospital, som sagde, at vi skulle klage. Så vi har ikke fået nogen vejledning overhovedet og har klaret os selv.
Der blev sagt, at det kunne jeg ikke
Det får man ikke noget at vide om man kunne
Familiemedlem er patientvejl.
Fik en læge (ven) til at skrive min klage
Fordi "patientvejlederen" pr. definition er en del af SYSTEMET (negativt ment) og derfor upålidelig.
Har arbejdet i sygehus- og sundhedsområdet som konsulent og i chefstillinger
Ingen gjorde mig opmærksom på dette.
Jeg benyttede Center for Kræft & Sundhed. De hjalp med ansøgning
Jeg fandt nogle klagevejledninger på Næstved sygehus, som jeg i første omgang sendte til det forkerte sted, som så sendte det videre til det rette sted.
Jeg fik ikke nogen rådgivning
Jeg har ikke råd til en advokat
Jeg har ikke været i kontakt med nogen patientvejleder fra hospitalet og er heller ikke blevet tilbudt det.
Jeg kunne ikke få en fornuftig forklaring, har aldrig fået noget at vide med en eventuelt vejleder?
Jeg kunne ikke få fat i patientvejlederen - Der var konstant TLF.svarer koblet på hendes TLF.
Jeg mener hun var inhabil da det var det sygehus som lavede fejlen
Jeg opgav faktisk at spørge, da jeg fandt at imødekommenheden var under middel
Jeg skrev klagen i samarbejde med min mand
Jeg var ikke klar over at patientvejledere kunne hjælpe
Jeg var ikke klar over, at der fandtes en patientvejleder, men havde jeg været det, ville jeg alligevel selv have skrevet klagen. Jeg mener i øvrigt heller ikke, at Patientombuddets hjemmeside på klagetidspunktet (2011) gjorde opmærksom på patientvejlederne.
Jeg vidste ikke til deres præcise funktion, da dette af mig ikke blev forstået.
Kunne ikke få oplysninger om hvem der var patientvejleder og som kunne hjælpe os i vores region
Line fra fagforening hjalp mig. De manglede jo også de svar lægen skjulte medarbejderen på patientkontoret i aalborg hjalp mig
Min fysioterapeut hjalp mig med at udfylde klagen
Min søster hjalp min først, men fandt på nettet at man kunne ringe til Sorø og få hjælp, og det gjorde vi så, kan ikke huske hvad de er.
Patientvejlederne i region Syddanmark er meget uvenlige og afvisende - ja frække
Under min fars patientforløb havde jeg kontakt med patientvejlederne i Region Sjælland, og jeg fandt ikke vejledningen hverken særlig kompetent eller brugbar. Derfor valgte jeg den fra i forbindelse med klagesagen (Spørgsmålet drejede sig om min fars rettigheder i forbindelse med at bede om behandling et andet sted end på lokalsygehuset).
Var ikke bekendt med at der var en patientvejleder
Var ikke klar over at det fandtes og syntes selv jeg kunne skrive det, så undersøgte ikke nærmere

## Bilag C Hvem hjalp dig med at afklare, hvor du skulle henvende dig med din klage? (kryds i "andet")

Dansk Metal Vendsyssel
3F
Advokat
Afdelingen oplyste mig om mine rettigheder og beklagede fejlen.
Arbejdskollega
Arbejdsskadesagsbehandler
Arbejdsskadestyrelsen
Blev opfordret af RH. læge, sygeplejerske
Borgerservice
Da min hustru er inden for sundhedsvæsnet - hjalp hun mig
Det gjorde jeg i samråd med min hustru.
Det gjorde jeg selv
Efter fejlbehandling af NN blev jeg indlagt til afgiftning, og her blev jeg rådet af personalet til at kontakte Patientombuddet, og klage min sag.
Egen læge
Eget initiativ
En sygeplejerske og kender mine klagemuligheder.
Fandt det på internettet
Fandt det på nettet
Finansforbundet
Google
googlede det på nettet
Gratis retshjælp
Ingen - Det var helt min egen beslutning
Ingen, Og jeg vil heller ikke råde nogen til at gøre det. Jeg har ikke fået en skid ud af det!!!
Internettet
Jeg er selv i sundhedsfaget så kendte klagemulighederne. Er ansat i region syddanmark.
jeg er selv sundhedsperson, så derfor kunne jeg se den mangel på handling/rettidig omhu jeg blev udsat for
Jeg er selv sygeplejerske ansat på Køge Sygehus
Jeg fik (mail) hjemmeside adresse af patientvejleder
Jeg fik en personlig samtale med en ansat fra Patientombuddet som satte mig grundigt ind i tingene. Kæmpe hjælp.
Jeg google det og fandt skemaet. Husker ikke lige på hvilken hjemmeside.
Jeg husker det ikke længere, men jeg mener, at jeg selv fandt de relevante informationer (også om patientvejlederen på hospitalet) på nettet - formodentlig via Google.
Jeg ringede selv til regionshuset i Viborg og fremsendte derefter min klage
Jeg selv
Jeg undersøgte selv muligheden
Jeg valgte selv at klage
Jeg var ikke klar over, om det var en patientforening eller Patientombuddet
KBH's retshjælp
Konsulent for Dansk Blindesamfund.
Kræftens Bekæmpelse

Kræftens Bekæmpelse + lægerne Skeiby
Kræftens Bekæmpelsen
Læge på hospitalet mente at praktiserende læge var for længe om at sende til undersøgelsen og synes vi skulle klage
læge på privathospitalet Mølholm
Lægen på røntgen afd. i helsingør gjorde mig opmærksom på muligheden.
Læste om mulighederne på nettet
Mener at have læst om Patientombuddet i brochure for patienter (patientrettigheder), modtaget fra hospitalet i forb. med 1-dags indlæggelse
Mig selv
Mig selv idet jeg er sygeplejerske
Mig selv!
mig selv.
Mig selv. Er selv autoriseret sygeplejerske
Min Advokat. I forbindelse med en sag i Patientforsikringen, kom det frem at der var store fejl i den måde som den behandlende inst. havde ageret og dette påtalte min Advokat. Det var hende der rejste klagen.
Min bisidder fra A-kassen
Min egen læge
Min fagforening
Min fysioterapeut
Min hustru og jeg er begge læger og kender derigennem systemet.
Min mand og jeg fandt selv ud af det på internettet. Vi kan ikke huske hvilken side vi var inde på.
Min sagsbehandler igennem hele forløbet, anbefalede mig at klage
Ny overlæge der så på min skade, oplyste mig om mulighederne for klage.
Ombudsmanden
os selv
Praksisafdelingen i regionen
På Randers sygehus, overlæge
Second opinion - en anden privat øjenlæge
selsøgning på internettet
Som sygeplejerske kender jeg til klagemuligheden. Jeg læste om fremgangsmåden på patientombuddets hjemmesiden. Jeg fik efter egen henvendelse støtte til at udfylde klagen af socialrådgiver ved foreningen Sind.
Sundhedsplejersken
Sygeplejerske og politi på Slagelse Sygehus
søgen på nettet
Søgning på internettet
søgt på nettet
Søgte selv internettet
Så en folder på sygehuset
Undertegnet
Vejlederen på risp (og jeg selv)
Vi havde først selv skrevet en klage stilet til afdelingen på Odense Universitets Hospital. Svaret vi fik derfra gjorde, at et familiemedlem til os, som selv er læge på samme sygehus, anbefalede os at gå videre med klagen.
Aalborg kommune sendte min sag til ankestyrelsen. Det viste sig dog at være forkert og de sendte mig videre til Patientombuddet.

## Bilag D Grafik med Tandklagesystemet



Kilde: [www.tandklage.dk](http://www.tandklage.dk)

Bemærk at det overenskomstbaserede klagesystems håndtering af serviceklager ikke er en del af tandklagesystemet, som det er undersøgt i denne evaluering.

Bemærk endvidere, at grafikken ikke viser f.eks. klageadgangen (til Patientombudet) over f.eks. offentligt ansatte tandlæger, som udgør en del af det samlede tandklagesystem, som det er undersøgt i denne evaluering.

## Bilag E Statistisk test af spørgeskemadata

For at undersøge usikkerheden af vores resultater har vi udregnet konfidensintervaller for de forskellige andelsestimater. Konfidensintervallerne for populationsandelen ( $\theta$ ) er udregnet på følgende måde:

Estimatet af populationsandelen ( $\hat{\theta}$ ) er udregnet som:

$$\hat{\theta} = \frac{x}{n}$$

, hvor "x" = antal observerede svar i den givne kategori og "n" er stikprøvens størrelse.

Estimatet af variansen af estimatet på populationsandelen er udregnet ved:

$$Var(\hat{\theta}) = \frac{\hat{\theta}(1 - \hat{\theta})}{n - 1} * \left(1 - \frac{n}{N}\right)$$

, hvor "N" er populationens størrelse. For alle konfidensintervaller har vi valgt at bruge den samlede svarprocent på 35% i den sidste del af formel ( $n/N$ ).

Vi har valgt at udregne 95% konfidensintervaller for alle populationsandele:

$$\hat{\theta} \pm z_{1-5\%/2} * \sqrt{Var(\hat{\theta})}$$

### Konfidensintervaller for de forskellige andele

I tabellerne nedenfor er konfidensintervallerne for de forskellige andele angivet i [ ].

*Figur 4 - Har du modtaget rådgivning fra regionens/sygehusets patientvejleder i forbindelse med din klage? (mulighed for at sætte mere end ét kryds)*

Region	Midt- jylland	Nord- jylland	Sjælland	Syd- danmark	Hoved- staden	Total
Ja, forud for min klage	[5-11]	[14-28]	[10-18]	[9-15]	[8-14]	[10-14]
Ja, i forbindelse med klagesagen	[6-12]	[7-19]	[7-15]	[7-13]	[7-11]	[9-11]
Ja, efter klagesagen er afsluttet	[0-3]	[0-0]	[0-4]	[0-2]	[2-4]	[1-3]
Nej	[75-83]	[62-78]	[67-77]	[71-79]	[74-82]	[74-78]
Husker ikke	[3-9]	[0-4]	[0-4]	[4-8]	[2-6]	[3-5]
<b>Antal</b>	<b>n = 142</b>	<b>n = 53</b>	<b>n = 122</b>	<b>n = 153</b>	<b>n = 217</b>	<b>n = 687</b>

Figur 6 – Hvor tilfreds er du med sagsbehandlingstiden fra du indgav din klage til du modtog afgørelsen?

	Har brugt patientrådgiver	Har ikke brugt patientrådgiver	Total
Meget tilfreds	[6-12]	[3-5]	[4-6]
Tilfreds	[15-23]	[15-19]	[16-20]
Hverken / eller	[15-23]	[17-21]	[17-21]
Utilfreds	[12-20]	[20-24]	[19-23]
Meget utilfreds	[29-39]	[30-36]	[31-35]
Ved ikke	[2-6]	[4-6]	[3-5]
Antal	n = 138	n = 520	n = 658

Figur 7 - Har du følt dig tilstrækkeligt hørt/inddraget i selve klagesagsbehandlingen?

	Har brugt patientrådgiver	Har ikke brugt patientrådgiver	Total
Ja	[38-48]	[31-37]	[34-38]
Nej	[52-62]	[63-69]	[62-66]
Antal	n = 138	n = 520	n = 658

Figur 8 - Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn? – Jeg forstod begrundelsen for afgørelsen

	Har brugt patientrådgiver	Har ikke brugt patientrådgiver	Total
Meget enig	[8-16]	[6-10]	[8-10]
Enig	[11-19]	[14-18]	[14-18]
Hverken / eller	[4-10]	[8-12]	[9-11]
Uenig	[8-16]	[13-17]	[12-16]
Meget uenig	[30-40]	[35-41]	[35-39]
Ved ikke	[16-24]	[11-15]	[12-16]
Antal	n = 138	n = 520	n = 658

Figur 10 - Hvor tilfreds er du med den telefoniske rådgivning som du modtog fra Patientombuddet? (opgjort ift. afgørelseskategori).

Afgørelse	Afsluttet ved			Total
	dialog	Ingen kritik	Kritik	
Meget tilfreds	[18-32]	[10-16]	[16-26]	[15-21]
Tilfreds	[31-45]	[27-35]	[32-44]	[31-37]
Hverken / eller	[14-26]	[18-26]	[16-26]	[18-24]
Utilfreds	[6-16]	[13-19]	[5-13]	[11-15]
Meget utilfreds	[-1-3]	[11-17]	[4-10]	[7-11]
Ved ikke	[1-7]	[3-7]	[1-7]	[4-6]
<b>Antal</b>	<b>n = 71</b>	<b>n = 184</b>	<b>n = 97</b>	<b>n = 352</b>

Figur 15 - Har du fået vejledning om hvad en dialog med ansatte i sundhedsvæsenet indebærer?

Region	Midt-	Nord-	Sjælland	Syd-	Hoved-	Total
	jylland	jylland		danmark	staden	
Ja	[22-32]	[29-46]	[29-39]	[26-36]	[24-32]	[28-32]
Nej	[53-63]	[49-67]	[46-58]	[56-66]	[58-66]	[57-61]
Husker ikke	[11-19]	[1-7]	[9-17]	[5-11]	[7-13]	[9-13]
<b>Antal</b>	<b>n = 142</b>	<b>n = 53</b>	<b>n = 122</b>	<b>n = 153</b>	<b>n = 217</b>	<b>n = 687</b>

Figur 16 - Hvor tilfreds har du været med dialogsamtalerne? (opgjort på afgørelseskategori)

Afgørelse	Afsluttet ved			Total
	dialog	Ingen kritik	Kritik	
Meget tilfreds	[17-27]	[2-8]	[0-0]	[9-15]
Tilfreds	[29-41]	[16-28]	[16-36]	[24-32]
Hverken / eller	[11-21]	[8-18]	[7-23]	[12-18]
Utilfreds	[5-13]	[22-36]	[7-23]	[15-21]
Meget utilfreds	[8-16]	[21-33]	[30-52]	[18-26]
Ved ikke	[2-8]	[2-8]	[-1-7]	[3-7]
<b>Antal</b>	<b>n = 98</b>	<b>n = 79</b>	<b>n = 34</b>	<b>n = 211</b>

Figur 18 - Hvor tilfreds var du med den støtte som du modtog fra bisidderen? (n=127)

	Bisidderord- ningen	Ven/pårørend e	Anden person	Total
Meget tilfreds	[16-46]	[51-65]	[54-82]	[50-62]
Tilfreds	[22-53]	[12-22]	[0-0]	[13-21]
Hverken / eller	[-2-14]	[2-8]	[2-20]	[3-9]
Utilfreds	[6-31]	[0-0]	[0-0]	[0-4]
Meget utilfreds	[-2-14]	[4-12]	[2-20]	[5-11]
Ved ikke	[0-0]	[8-16]	[2-20]	[7-13]
Antal	n = 16	n = 92	n = 19	n = 127

Figur 19 - Fik du information om at du kunne få en bisidder med til dialog samtalen?

Region	Midt- jylland	Nord- jylland	Sjælland	Syd- danmark	Hoved- staden	Total
Ja	[23-33]	[31-49]	[22-32]	[28-38]	[17-25]	[26-30]
Nej	[39-49]	[28-44]	[38-50]	[38-48]	[43-51]	[42-46]
Husker ikke	[23-33]	[17-33]	[24-34]	[20-28]	[28-36]	[26-30]
Antal	n = 142	n = 53	n = 122	n = 153	n = 217	n = 687

Figur 20 – Hvor let eller svært synes du det var at indgive din klage? (opgjort på afgørelseskategori)

	Afsluttet ved dialog	Ingen kritik	Kritik	Total
Meget let	[10-18]	[5-9]	[11-17]	[9-11]
Let	[24-34]	[17-23]	[23-31]	[21-25]
Hverken / eller	[18-26]	[16-22]	[15-23]	[18-22]
Svært	[17-25]	[24-30]	[18-26]	[23-27]
Meget svært	[8-15]	[20-26]	[11-18]	[17-21]
Ved ikke	[0-4]	[3-5]	[1-3]	[2-4]
Antal	n = 140	n = 378	n = 169	n = 687



*Figur 21 - Har du følt dig tilstrækkeligt hørt/inddraget i selve klagesagsbehandlingen? (opgjort per afgørelseskategori)*

	<i>Afsluttet ved dialog</i>	<i>Ingen kritik</i>	<i>Kritik</i>	<i>Total</i>
Ja	[51-61]	[20-26]	[41-51]	[33-37]
Nej	[39-49]	[74-80]	[49-59]	[63-67]
<b>Antal</b>	<b>n = 140</b>	<b>n = 378</b>	<b>n = 169</b>	<b>n = 687</b>

*Figur 22 - Hvor enig eller uenig er du? - Jeg følte mig velinformeret om forløbet i klagesagen, fra jeg indgav klagen til jeg modtog afgørelsen (opgjort på afgørelseskategori)*

	<i>Afsluttet ved dialog</i>	<i>Ingen kritik</i>	<i>Kritik</i>	<i>Total</i>
Meget enig	[11-19]	[4-6]	[10-16]	[8-10]
Enig	[24-34]	[14-18]	[19-27]	[18-22]
Hverken / eller	[12-20]	[17-23]	[14-22]	[17-21]
Uenig	[12-20]	[14-18]	[12-20]	[14-18]
Meget uenig	[8-14]	[27-33]	[14-22]	[21-25]
Ved ikke	[8-14]	[11-15]	[8-14]	[10-14]
<b>Antal</b>	<b>n = 140</b>	<b>n = 378</b>	<b>n = 169</b>	<b>n = 687</b>

*Figur 23 - Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn? – Jeg forstod begrundelsen for afgørelsen (opgjort på afgørelseskategori)*

	<i>Afsluttet ved dialog</i>	<i>Ingen kritik</i>	<i>Kritik</i>	<i>Total</i>
Meget enig	[8-14]	[1-3]	[18-26]	[8-10]
Enig	[21-31]	[5-9]	[22-30]	[14-18]
Hverken / eller	[12-20]	[6-10]	[5-11]	[8-10]
Uenig	[8-14]	[14-18]	[9-15]	[12-16]
Meget uenig	[11-19]	[50-56]	[16-24]	[35-39]
Ved ikke	[17-25]	[12-16]	[9-15]	[13-17]
<b>Antal</b>	<b>n = 140</b>	<b>n = 378</b>	<b>n = 169</b>	<b>n = 687</b>