



Årsberetning 2011

Patientombuddet

Titel: Årsberetning 2011, Patientombuddet

© Patientombuddet, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

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

Format: pdf

Indhold

Forord	4
1 Om os	5
2 Husets aktiviteter i tal og overskrifter	7
2.1 Patientklager	7
2.2 Ankesager	9
2.3 Læring	9
2.4 International sygesikring	10
3 Læring	11
3.1 Rapportering af utilsigtede hændelser	11
3.2 Læringsstrategien	11
4 Dialog	14
4.1 Hvad er formålet med dialog?	14
4.2 Hvem får tilbudt dialog?	14
4.3 Hvordan foregår dialogen?	15
4.4 Hvad blev resultatet af dialogerne?	16
4.5 Læring med baggrund i dialog	18
5 Patientombuddets afgørelser	18
5.1 Behandlingsklager	19
5.2 Rettighedsklager	22
5.3 Det Rådgivende Praksisudvalg	25
6 Nævnenes virksomhed	26
6.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	26
6.2 Patientskadeankenævnet	27
6.3 Lægemiddelskadeankenævnet	27
6.4 Det Psykiatriske Ankenævn	28
7 International sygesikring	30
7.1 Administration af regler	30
7.2 International Sygesikrings arbejdsområder	31
7.3 Regnskabsfunktioner tilknyttet International Sygesikring	31
7.4 Større opgaver i 2011	32
Bilag	33

Forord

Vi vil bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.

Patientombuddets vision er at bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Og det har vi gode muligheder for.

Ved at samle administrationen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase, behandlingen af patientklager og ankesager vedrørende erstatning i én organisation får Patientombuddet en unik samling af data, der - rigtigt anvendt - vil være værdifuld for arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed.

Patientombuddets første leveår var præget af, at Patientombuddet er en ny myndighed. Arbejdet med at få Patientombuddet etableret rigtigt med vision og mission, strategier, sagsprocesser, ny it-understøttelse, personalepolitikker og meget andet har præget 2011.

Særligt behandlingen af patientklager har været genstand for betydelige ændringer. De fleste ændringer skyldes lovgivningen om det ny patientklagesystem. Patienterne fik fra 2011 mulighed for at vælge at indgå i en dialog med regionen om deres klage og mulighed for at vælge, at eventuel kritik for behandlingen ikke skulle rettes mod en bestemt sundhedsperson, men mod behandlingsstedet. I det sidste tilfælde afgøres klagen ikke af disciplinærnævnet, men af Patientombuddet.

Allerede efter ét år kan det konstateres, at dialog har været en succes. Fire patienter ud af ti, der sagde ja til at deltage i dialog med regionen, valgte efter dialogen at frafalde klagen. Og i nærheden af en tredjedel af patienterne valgte at lade deres klage afgøre af Patientombuddet.

Vi har på de følgende sider samlet uddrag af de mange aktiviteter, udfordringer, sager og nyheder, der særligt prægede Patientombuddet og vores enheders hverdag og arbejde i 2011.



Steffen Egesborg Hansen
Direktør

1 Om os

Den 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft, der gør det lettere for patienter at klage, udvider patienters adgang til at klage, nedbringer sagsbehandlingstiden og lægger øget vægt på at drage læring af patienternes henvendelser. Dette nye patientklagesystem varetages af Patientombuddet.

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

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

Patientombuddet har adresse på Frederiksberg, hvor vi i et samlet hus beskæftiger omkring 125 årsværk. Den største del af vores ansatte er jurister, den næststørste gruppe er HK-ansatte. De øvrige ansatte har andre uddannelser, herunder en del med sundhedsfaglig baggrund.

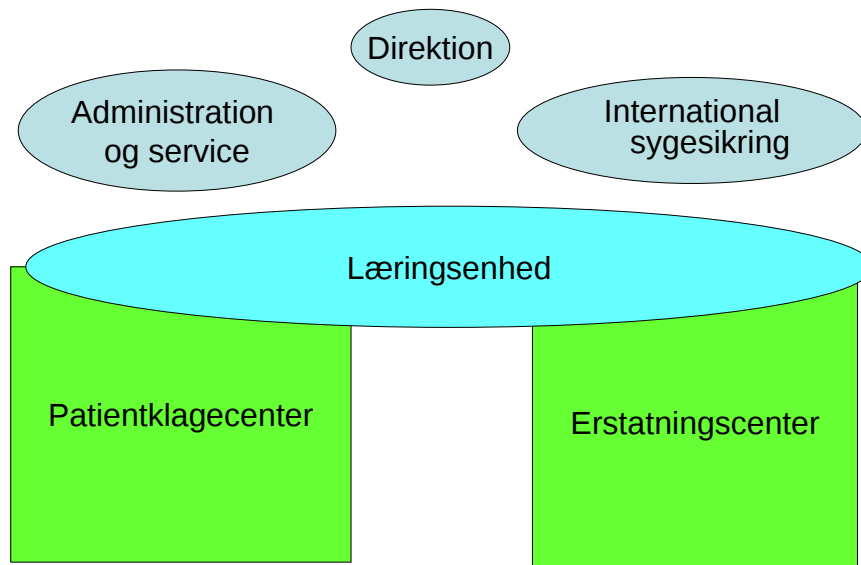
Det er Patientombuddets primære opgave at behandle patienters klager og ankesager om erstatninger. Denne opgave kan kun løses, hvis vi råder over omfattende sundhedsfaglig ekspertise. Patientombuddet har derfor tilknyttet flere end 400 eksperter, der virker som sagkyndige konsulenter i alle sager, der kræver sundhedsfaglig ekspertise.

Patientombuddet behandler årligt tusindvis af henvendelser fra borgere, der har oplevet episoder i sundhedsvæsenet, som de ønsker at klage over. Det er vores ambition, at det skal være nemt og overskueligt for borgeren at klage. Vores myndighed er blandt andet opstået ud fra ønsket om, at patienter skal have en nem, samlet indgang til at klage over behandling i sundhedsvæsenet.

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

Patientombuddet består af fire centre og enheder, der hver især varetager en række opgaver. De to centre, Patientklagecentret og Erstatningscentret, sekretariatsbetjener hver to nævn. Patientklagecentret sekretariatsbetjener Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Det Psykiatriske Ankenævn. Erstatningscentret sekretariatsbetjener Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet.

Patientombuddets organisation ser således ud:



Patientombuddets vision

Vi vil bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet

Patientombuddets mission

Vi vil træffe korrekte og forståelige afgørelser på patienters klager
Vi vil sikre patienter kortest mulig sagsbehandlingstid
Vi vil formidle vores erfaringer og viden til brug for kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet
Vi vil skabe tillid til Patientombuddet ved et åbent samarbejde med omverdenen
Vi vil være en attraktiv arbejdsplads

Patientombuddets værdier

Engagement, faglighed, effektivitet og åbenhed

2 Husets aktiviteter i tal og overskrifter

Patientombuddet har mange forskellige opgaver.

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

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

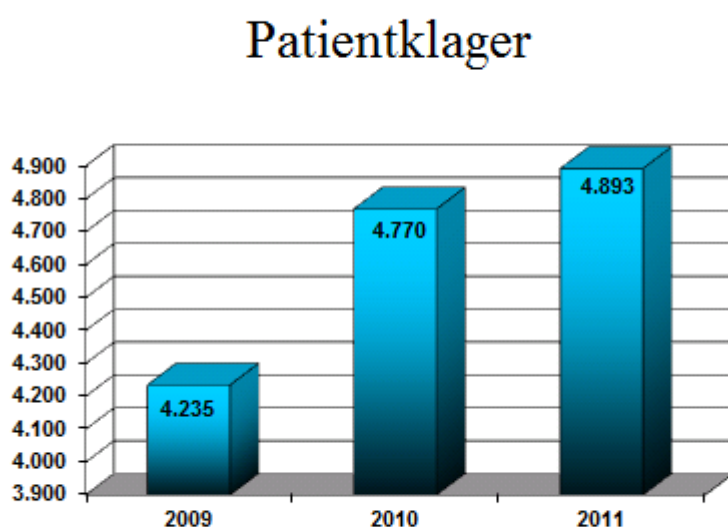
Vores største opgave er at behandle enkeltsager i form af patientklager og ankesager om erstatning.

2.1 Patientklager

Sagsbehandling af patienters klager er den mest ressourcekrævende opgave, vi har. I 2011 oprettede Patientombuddet 4.900 klagesager. Klagesagerne omfatter patienters klage over den sundhedsfaglige behandling, men også klage over patientrettigheder og administrative afgørelser i sundhedsvæsenet som for eksempel klage over befordringsgodtgørelse omfattes.

Patientklagecentret i Patientombuddet varetager sekretariatsbetjeningen af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og træffer afgørelse i de klagesager, hvor patienten har ønsket klagen afgjort af Patientombuddet.

Antallet af patientklager er steget gennem årene.

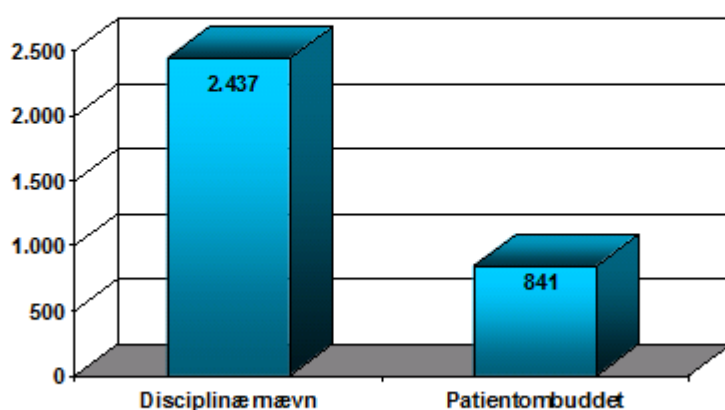


Der er grund til at fremhæve, at selv om antallet af patientklager er steget år for år, så er det samlede antal patientklager ikke højt. Antallet af patientklager skal ses i lyset af de mange millioner patientkontakter, der er i sundhedsvæsenet hvert år. Og i lyset af de næsten 100.000 rapporteringer af utilsigtede hændelser, der var i 2011.

I 2011 blev der afsluttet omkring 4.600 patientklager. Heraf blev 3.300 patientklager afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Patientombuddet tilsammen, og 1.300 afsluttet som følge af forældelse, tilbagetrækning af klage og lignende.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for patientklager afgjort af disciplinærnævnet og Patientombuddet blev 11,3 måneder.

Afgørelser i disciplinærnævnet og Patientombuddet



Patienter, der klager over sundhedsfaglig behandling i sundhedsvæsenet, har i de fleste tilfælde mulighed for at vælge at deltage i en dialog med regionen om klagen. Regionerne har indberettet, at der blev afholdt 546 dialoger i regionerne, og i 239 tilfælde fandt patienten, at der herefter ikke var grund til at opretholde klagen. Dialogprocessen er mere udførligt omtalt i afsnit 4.

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

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

I 2011 valgte 31 procent af patienterne at få deres klage over sundhedsfaglig behandling afgjort af Patientombuddet, mens 69 procent valgte, at Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn skulle afgøre deres klage.

Disciplinærnævnet gav kritik til konkrete sundhedspersoner i 29 procent af afgørelserne, mens Patientombuddet gav behandlingsstedet kritik i 35 procent af afgørelserne.

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

2.2 Ankesager

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

Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet afgør klager over Patientforsikringens afgørelser. Sekretariatsbetjeningen af de to nævn varetages af Erstatningscentret i Patientombuddet. Det Psykiatriske Ankenævn afgør klager over de lokale psykiatriske patientklagenævns afgørelser. Sekretariatsbetjeningen af dette nævn varetages af Patientklagecentret i Patientombuddet.

Patientombuddet modtog i 2011 i alt 2.350 ankesager.

Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet afsluttede i 2011 i alt 2.137 ankesager.

Det Psykiatriske Ankenævn afsluttede i 2011 i alt 96 ankesager.

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

2.3 Læring

Med det ny klagesystem blev behandlingen af patientklager og ankesager i erstatningssystemet samt administrationen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase samlet i Patientombuddet. Det giver Patientombuddet en unik mulighed for at videreformidle den viden og læring, der kan udledes af både patienternes henvendelser og rapporteringen af utilsigtede hændelser.

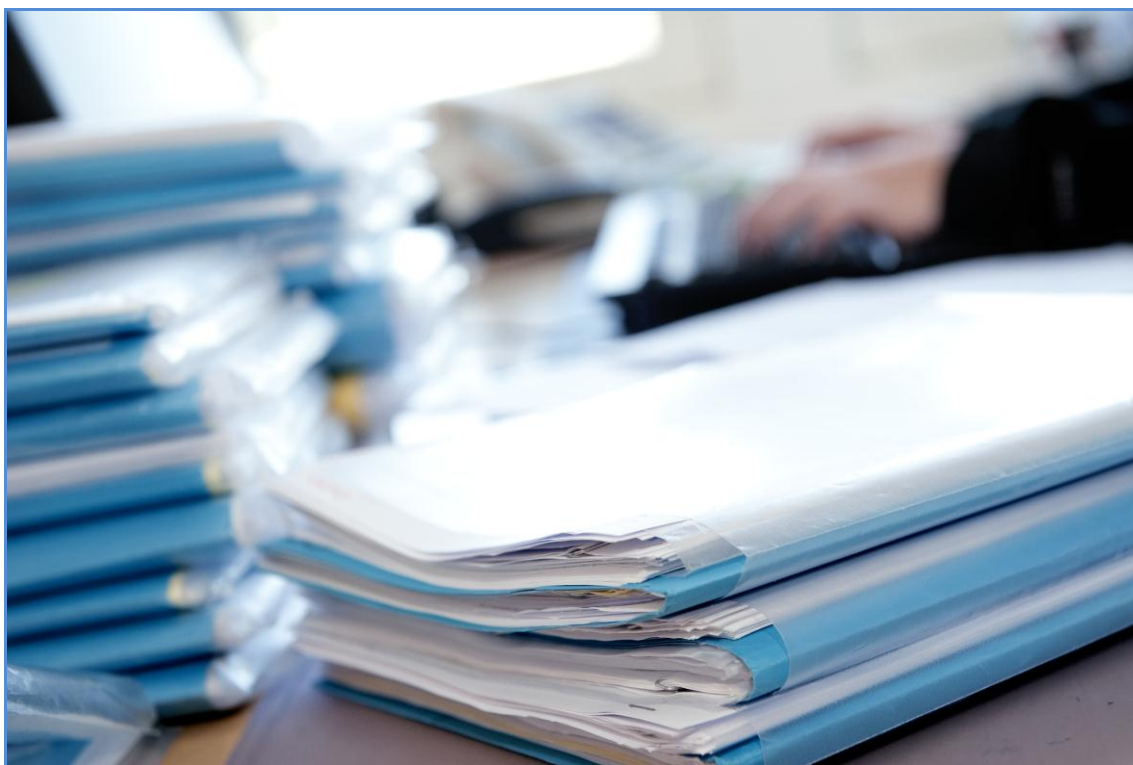
Læringsenheden i Patientombuddet har til opgave at sikre, at de mange data, som Patientombuddet har, bliver udnyttet til at udvikle kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne. Disse mål og forventninger kan Patientombuddet indfri ved at formidle viden fra de tre datakilder,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

I 2011 blev en ny version af Dansk Patientsikkerhedsdatabase taget i brug, og det gav patienter og pårørende adgang til at rapportere utilsigtede hændelser.

I 2011 udgav Læringsenheden i Patientombuddet blandt andet en række nyhedsbreve, OBS-meddelelser og temarapporter og indgik i partnerskaber med flere patientforeninger. Læringsenhedens virksomhed er mere udførligt omtalt i afsnit 3.

2.4 International sygesikring

Enheden International Sygesikring varetager en række opgaver i forbindelse med især EU-rettens regler om adgang til sundhedsydelser i et andet medlemsland. Vi vejleder borgere, virksomheder og offentlige myndigheder om forståelsen af disse regler og forestår afregning af sundhedsydelser med andre medlemslande. I 2011 betalte vi 246 millioner kroner til andre medlemslande for danske sikredes behandling dér, og vi modtog 32 millioner kroner for behandling her i landet af sikrede fra andre medlemslande. Opgaverne for International Sygesikring er mere udførligt omtalt i afsnit 7.



3 Læring

Det ny klagesystem skal understøtte, at der i endnu højere grad sker en læring i hele sundhedsvæsenet.

Med samlingen af patientklager, anker i erstatningssager og rapporteringer om utilsigtede hændelser i Patientombuddet har vi en unik mulighed for at samle viden om utilsigtede hændelser i hele sundhedsvæsenet. Samtidig giver dialogprocessen i klagesager nye muligheder for lokal læring, se afsnit 4.

Det er Patientombuddets Læringsenhed, der har til opgave at sikre, at denne viden bliver analyseret og dernæst formidlet ud til de rette instanser i sundhedsvæsenet. Patientombuddets Læringsenhed varetager også administrationen af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

3.1 Rapportering af utilsigtede hændelser

Rapporteringen af utilsigtede hændelser har eksisteret i otte år inden for sygehusvæsenet og godt et år for resten af sundhedsvæsenet. En utilsigtet hændelse kan man betegne som noget, der ikke bør ske, men som er sket eller var tæt ved at ske. Det kan for eksempel være en patient, der falder ud af sengen, fordi sengegærdet ikke var oppe, eller en patient, der får forkert medicin, fordi fagpersonen ikke dobbelttjekker, at patienten hedder Olsen og ikke Olsson. Alle autoriserede sundhedspersoner har pligt til at rapportere, når der sker en utilsigtet hændelse.

1. september 2011 blev rapporteringssystemet endnu en gang udvidet, således at også patienter og pårørende har fået mulighed for at rapportere, hvis de i deres berøring med sundhedsvæsenet opdager eller bliver udsat for utilsigtede hændelser. Fra september til december 2011 rapporterede patienter og pårørende 693 utilsigtede hændelser. Det er en lovende start, og vi håber, at endnu flere vil benytte sig af muligheden i 2012.

I 2011 blev der rapporteret lidt flere end 98.500 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase mod 41.500 i 2010.

Selv om dette tal umiddelbart virker voldsomt, har undersøgelser vist, at det reelt kun er 1 ud af 10-20 hændelser, der bliver rapporteret. Samtidig skal tallene også ses i lyset af de mange millioner patientkontakter, sundhedsvæsenet hvert år håndterer.

3.2 Læringsstrategien

Vi har i Patientombuddet ansvaret for at anvende alle disse data om utilsigtede hændelser og data fra klage- og erstatningssager proaktivt med henblik på at skabe viden, der kan forbedre patientsikkerheden og kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Derfor har vi udviklet en strategi for læring, der skal sikre, at vi kan bruge denne viden nyttigt og samtidig vidensdele med andre aktører i sundhedsvæsenet.

Læringsstrategien indebærer i hovedtræk, at:

- Patientombuddet afdækker kritiske sammenhænge blandt andet ved at sammenstille den viden, der er tilgængelig i klage- og erstatningssystemet med den viden, der findes i rapporteringerne om utilsigtede hændelser.
- Patientombuddet gennem formidling til sundhedsvæsenets aktører og offentligheden medvirker til, at ombuddets viden omsættes til forbedringer af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.
- Patientombuddet ved indgåelse af partnerskaber medvirker til gennemførelse af projekter i sundhedsvæsenet, som resulterer i bedre aktiviteter med større gennemslagskraft.
- Patientombuddet sikrer størst muligt udbytte af sine aktiviteter gennem koordineret samarbejde med andre aktører i sundhedsvæsenet.
- Patientombuddet leverer den viden, som efterspørges af sundhedsvæsenets aktører.

Formidlingen af viden kan ske på flere måder. Patientombuddet publicerer både nyhedsbreve, OBS-meddelelser, tema-rapporter, advarsler og pjecer, ligesom ombuddet også bidrager til øget patientsikkerhed gennem oplæg og undervisning.

I 2011 udsendte Patientombuddet fire nyhedsbreve, tre OBS-meddelelser, tre tema-rapporter og en advarsel samt en række pjecer og plakater. I to af de tre tema-rapporter indgår data fra såvel Dansk Patientsikkerhedsdatabase som klage- og erstatningssager.

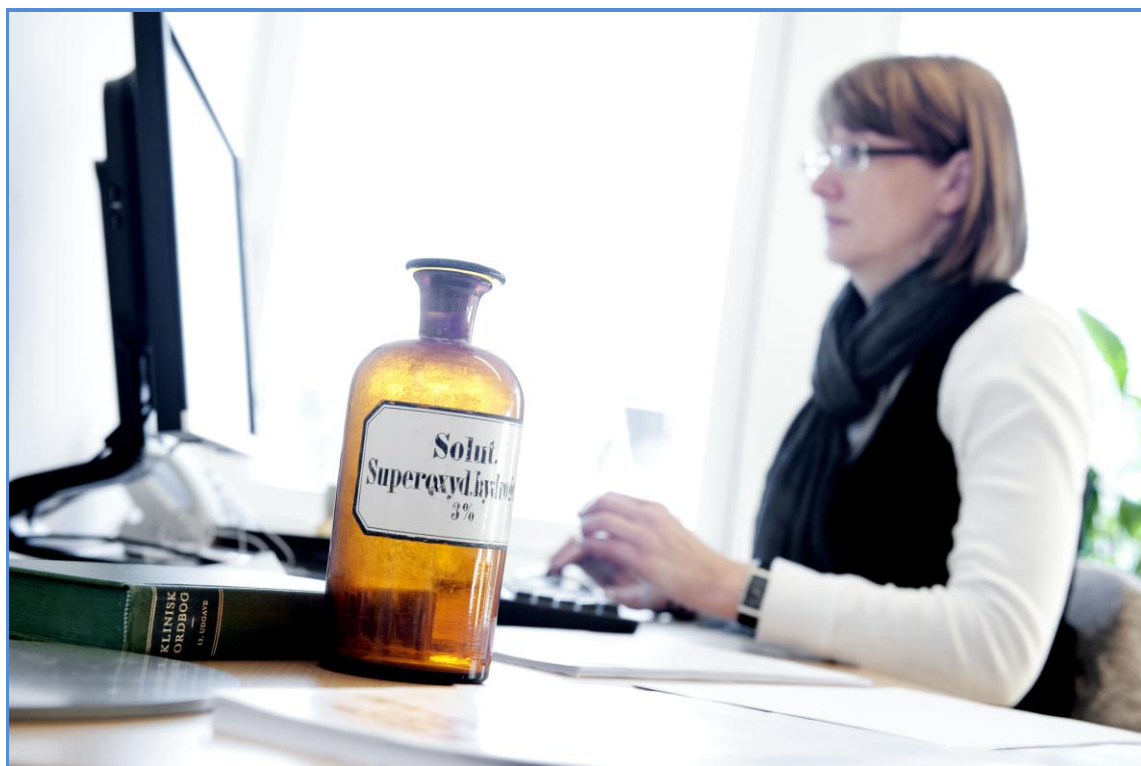
Det er vigtigt, at det arbejde, vi udfører for at udvikle kvalitet og patientsikkerhed bliver modtaget og opfattet som relevant og vedkommende af både det kliniske personale og de beslutningstagere, der har ansvaret for at følge op på Patientombuddets udmeldinger. Derfor vil vi sikre relevansen af vores læringsaktiviteter ved blandt andet at indgå et partnerskab med centrale aktører i sundhedsvæsenet.

Patientombuddet har blandt andet indledt partnerskab med Kræftens Bekæmpelse om en analyse af utilsigtede hændelser om kræft i primærsektoren og med Gigtforeningen vedrørende fejl i forbindelse med Methotrexate-behandling.

Patientombuddet har etableret Det Nationale Forum med det formål at skabe en samarbejdsorganisation, der på et overordnet strategisk niveau kan koordinere læring på tværs af rapporterings-, erstatnings- og klagesystemet og samtidig inddrage erfaringerne fra dialogordningen og de regionale patientvejledere.

Medlemmerne af Nationalt Forum er udpeget blandt de centrale aktører i sundhedsvæsenet.

Patientombuddets læringsaktiviteter er mere indgående beskrevet i Dansk Patientsikkerhedsdatabases årsberetning fra 2011, som kan læses på hjemmesiden www.patientombuddet.dk



4 Dialog

Mange patienter henvender sig helt naturligt til den sundhedsperson eller det behandlingssted, som har udført en behandling, som patienten er utilfreds med. Patienter har også mulighed for at henvende sig til de regionale patientkontorer. Og denne uformelle kontakt fører mange gange til, at patienten ikke føler behov for at indgive en formel klage.

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

Ved etableringen af det ny patientklagesystem den 1. januar 2011 fik patienter en lovbestemt ret til at få tilbudt en dialog om deres klage med regionen.

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

Alle regioner har indberettet nøgletal om dialogprocessen til Patientombuddet.

4.1 Hvad er formålet med dialog?

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

Ved at skabe en ubureaukratisk mulighed for at patienter i dialog med sundhedsvæsenet kan få rettet misforståelser og få svar på spørgsmål om behandlingen, finder parterne ud af, om patientens henvendelse kan løses med en forklaring, en undskyldning eller en oplysning om, at procedurer ændres for fremtiden. Det er nemlig erfaringen, at patienters motiv til at klage oftest er et ønske om, at der drages læring af et utilfredsstillende forløb, så det ikke gentages for fremtidige patienter. Dialogen giver nemlig mulighed for lokal læring det sted, som patienten har klaget over.

4.2 Hvem får tilbudt dialog?

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

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

Det er patienten selv, der afgør, om patienten ønsker dialog med regionen. Den lokale dialog skal i givet fald gennemføres, inden klagen behandles og inden for fire uger. I 2011 tog 17 procent af patienterne eller pårørende til afdøde imod tilbuddet om dialog.

Der var i 2011 væsentligt flere kvinder end mænd, der deltog i dialog. Cirka 60 procent af de patienter, der tog imod tilbuddet om dialog, var kvinder.

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

Hvor mange dialoger vedrørte behandling	Antal
På offentligt, somatisk sygehus?	402
På offentligt, psykiatrisk sygehus?	23
På privat sygehus?	14
I praksissektoren?	103

Dialogerne vedrørte helt overvejende kirurgisk behandling.

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

4.3 Hvordan foregår dialogen?

Når patienten tager imod tilbuddet om dialog, har regionen pligt til at iværksætte dialogen. Lovgivningen forpligter regionen til som minimum skriftligt eller mundtligt at kontakte patienten, men lovgivningen indeholder ikke nærmere bestemmelser om, hvorledes dialogen skal tilrettelægges.

I langt de fleste tilfælde tilbyder regionen at afholde dialogen som et møde.

Det forekommer dog også, at dialogen gennemføres ved telefonisk kontakt. I 2011 foregik lidt under en tredjedel (28 procent) i form af telefonisk kontakt. Region Nordjylland har oplyst, at regionen har haft gode erfaringer med telefonisk kontakt, idet flere patienter har valgt at afslutte deres klage efter telefonisk dialog og enkelte patienter har sagt, at det var godt, at dialogen kunne 'klares' hjemmefra. Region Hovedstaden har oplyst, at det især var i praksissektoren, at dialogsamtaler blev gennemført ved telefonsamtale (cirka 67 procent).

Ved dialog om behandling på sygehus deltager oftest en repræsentant for afdelingsledelsen samt den eller de involverede sundhedspersoner. I Region Sjælland deltog afdelingsledelsen dog i dobbelt så mange dialogsamtaler som det behandlingsansvarlige

personale. I de øvrige regioner synes det behandlingsansvarlige personale at have deltaget i noget større omfang.

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Antal tilfælde hvor de behandlingsansvarlige sundhedspersoner deltog i dialogen	84	35	33	45	32
Antal tilfælde hvor afdelingsledelsen på et offentligt sygehus deltog i dialogen	118	74	47	46	33
Antal tilfælde hvor andre fra regionen deltog i dialogen	21	40	16	17	4
Antal tilfælde hvor ledelsen af privat hospital eller klinik i praksissektoren deltog i dialogen	3	2	11	13	2

Ved dialogen har patienten mulighed for at lade sig bistå af en pårørende, en ven eller en anden person. Denne mulighed benyttede mange af patienterne sig af.

Bisidderfunktionen:	Antal
I hvor mange tilfælde havde klager en bisidder med til dialogmødet?	198
I hvor mange tilfælde havde klager selv fundet sin bisidder?	183
I hvor mange tilfælde ville klager gerne have haft en bisidder med, men havde ikke mulighed for at finde en bisidder?	9

4.4 Hvad blev resultatet af dialogerne?

Sigtet med dialog er, som beskrevet ovenfor, at patienter i dialog med sundhedsvæsenet kan få rettet misforståelser og få svar på spørgsmål om behandlingen, sådan at det søges undersøgt, om patientens henvendelse kan løses med en forklaring, en undskyldning eller en oplysning om, at procedurer ændres for fremtiden.

Indberetningerne om dialog fra regionerne viser, at dialog i klagesager er en succes.

Lidt under halvdelen (44 procent) af de patienter, der tager imod tilbuddet om dialog, vælger at afslutte deres klage efter dialog.

Udfald af dialog: klagen trukket tilbage	Antal
I hvor mange tilfælde blev klagen trukket tilbage efter dialog?	239
I hvor mange tilfælde blev klagen trukket tilbage fordi:	
• Klager fik en forklaring på behandlingen eller afklaret misforståelser?	174
• Klager fik en undskyldning for behandlingen?	103
• Klager fik oplysning om den læring, klagen afstedkom og eventuelt ændrede procedurer i fremtiden?	122
• Andre grunde?	14

Region Nordjylland oplyser, at det afgørende for, hvorvidt patienterne trækker deres klage tilbage eller oplever dialogen som tilfredsstillende, er oplevelsen af at blive lyttet til og taget alvorligt. Særlig stor betydning har det for patienterne, hvis sundhedspersonalet giver udtryk for at man 'vil passe bedre på den næste patient' og måske ændre eller forbedre forhold på sygehuset, så det utilfredsstillende behandlingsforløb ikke vil gentage sig. Region Hovedstaden oplyser, at i 80 procent af tilfældene blev klagen over sygehusbehandling trukket tilbage, fordi patienten eller de pårørende havde fået en forklaring eller afklaret misforståelser.

Der er mellem regionerne forskel på, hvor ofte dialog fører til, at patienten trækker sin klage tilbage. Nedenstående tabel viser, hvor stor en procentdel af alle dialoger i regionen, der førte til, at patienten trak sin klage tilbage.

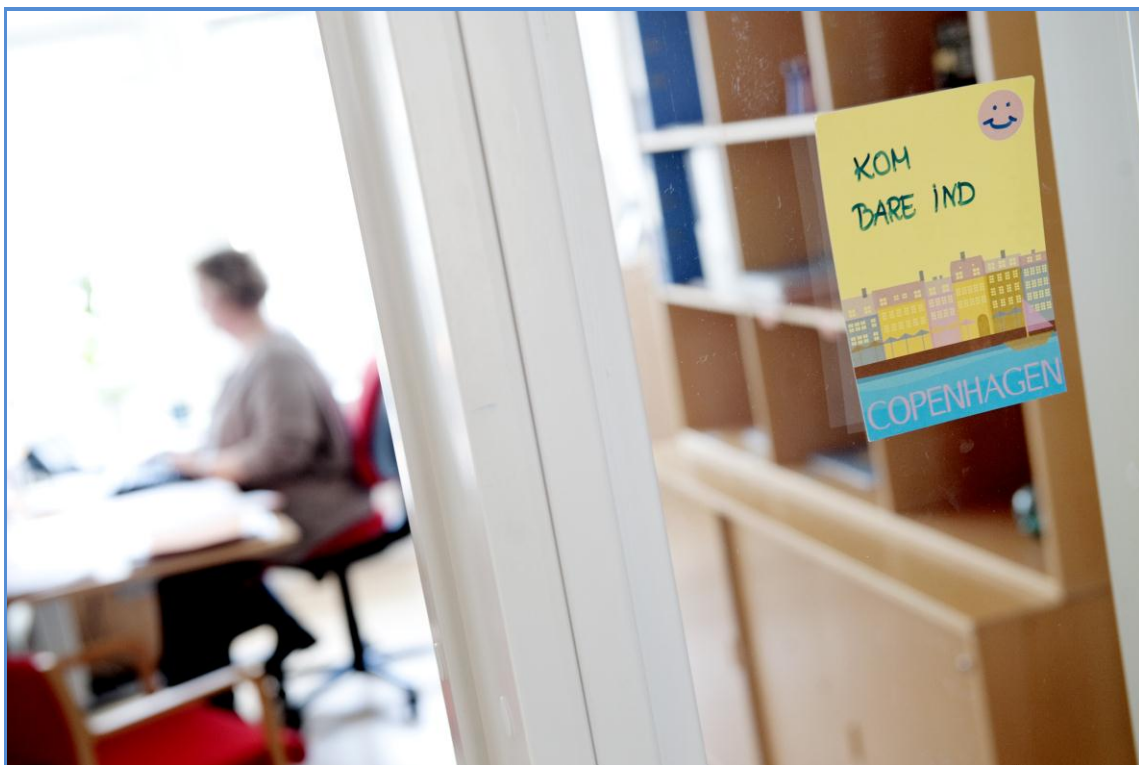
	Tilbagetrækning i procent
Region Hovedstaden	41 procent
Region Sjælland	31 procent
Region Syddanmark	58 procent
Region Midtjylland	54 procent
Region Nordjylland	53 procent

Selv om en dialog ikke fører til, at en patient trækker sin klage tilbage, har dialogen i flere tilfælde haft indflydelse på selve klagens indhold. I en række tilfælde (67 tilfælde) ændrede patienten indholdet af klagen efter dialog. I nogenlunde lige mange tilfælde blev klagen mindre eller mere omfattende efter dialogen.

4.5 Læring med baggrund i dialog

Ved indførelsen af dialog i klagesystemet var det forventningen, at dialog ville øge den lokale læring af klagesager. Denne forventning er blevet indfriet.

I 126 tilfælde har dialog givet anledning til ændrede procedurer eller andre initiativer, og i et tilsvarende antal tilfælde vil dialogen give anledning til ændringer.



5 Patientombuddets afgørelser

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

Patienterne har fået to valg.

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

For det andet kan patienterne vælge, om de ønsker deres behandlingsklage afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller Patientombuddet. Afgørelser fra disciplinærnævnet kan gå ud på at kritisere konkrete sundhedspersoner for den sundhedsfaglige behandling af patienten, mens afgørelser fra Patientombuddet kan gå ud på, at behandlingsstedet for eksempel et sygehus kritiseres.

Med det ny klagesystem har patienter samtidig fået mulighed for at klage til Patientombuddet over en række patientrettigheder som for eksempel frit sygehusvalg, maksimale ventetider og tolkebistand (rettighedsklager).

Når Patientombuddet behandler klagesager (både behandlingsklager og rettighedsklager), er Patientombuddet uafhængigt, og er dermed - som disciplinærnævnet - ikke undergivet instruktion om de enkelte sagers behandling og afgørelse.

Patientombuddets afgørelser kan ikke indbringes for andre administrative myndigheder. Patientombuddets afgørelser er 'administrativt endelige'. Når Patientombuddet kritiserer et behandlingssted for en sundhedsfaglig behandling, har patienten dog mulighed for efterfølgende også at få behandlet sin klage i disciplinærnævnet. Der var ingen patienter, der benyttede denne mulighed i 2011.

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

5.1 Behandlingsklager

Patientombuddet afgør klager over den sundhedsfaglige behandling, når patienten har valgt, at afgørelsen skal træffes som en patientombudssag. Det betyder helt konkret, at Patientombuddet afgør behandlingsklagen uden forelæggelse for et nævn – det vil sige i modsætning til, hvis sagen skulle forelægges disciplinærnævnet.

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

Patientombuddet har kompetence til at afgøre klager over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed. Ved sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed forstås sundhedsfaglig virksomhed i det offentlige sundhedsvæsen. Patientombuddets kompetence afhænger således af, om udgifterne til behandlingen helt eller delvist er afholdt af en region, en kommune eller staten. Kerneområdet er behandling på offentligt sygehus eller privat sygehus efter aftale med regionen, behandling hos alment praktiserende læge eller behandling i den kommunale hjemmesygepleje. Det er i praksis antaget, at også behandling ved fængselslæger er omfattet af Patientombuddets kompetence. Fængselslæger er oftest alment praktiserende læger, der ansættes af Direktoratet for Kriminalforsorgen i en deltidsstilling.

Behandlingsklager oplyses og afgøres i Patientombuddets Patientklagecenter. De sundhedsfaglige vurderinger leveres af samme korps af sagkyndige konsulenter, som anvendes i forberedelsen af sager for disciplinærnævnet. Juristerne i Patientklagecenteret behandler dermed både sager, der afgøres af Patientombuddet, og sager, der afgøres af disciplinærnævnet. Denne organisering er valgt for at medvirke til, at der anvendes samme norm ved den faglige vurdering af behandlingen i både disciplinærsager og patientombudssager.

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

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

Patientombuddet vurderer, om patientbehandlingen må anses for at være under almindelig anerkendt faglig standard. Der er tale om samme faglige standard, som konkrete sundhedspersoners faglige virksomhed bedømmes ud fra i disciplinærnævnet. I modsætning til disciplinærnævnet skal Patientombuddet imidlertid ikke undersøge og tage stilling til, om konkrete sundhedspersoner kan drages til ansvar for, at behandlingen var under almindelig anerkendt faglig standard.

Bevisvurderingen i Patientombuddet svarer principielt til bevisvurderingen i disciplinærnævnet. Når Patientombuddet kritiserer et behandlingssted har det imidlertid en noget anden karakter, end når disciplinærnævnet kritiserer en navngiven sundhedsperson. Kritik af en sundhedsperson er en sanktion rettet mod en konkret enkeltperson, hvorfor behovet for beskyttelse af personens retssikkerhed må veje tungt.

Dette hensyn gør sig naturligvis også gældende i forhold til behandlingssteder, men ikke altid med fuldt samme vægt. I praksis ses patientens oplysninger om et konkret forhold lagt til grund i videre omfang i Patientombuddets afgørelser end i disciplinærnævnets. Det gælder i tilfælde, hvor der ikke er oplysninger i journalen om det pågældende forhold, og myndigheden ikke i sin udtalelse til Patientombuddet har bestridt patientens oplysning. Nedenstående sag er et eksempel herpå.

Patientens oplysning om, at sygehuset anlagde en slynge på den forkerte arm, lagt til grund i Patientombuddets afgørelse

På grund af mistanke om brud i venstre skulder fik patienten anlagt slynge. Patienten oplyste, at slyngen blev anlagt på den forkerte arm. Det fremgik hverken af journal eller sygeplejefjournal på hvilken arm, slyngen blev anlagt.

Det fremgik heller ikke af sygehusets udtalelse over klagen på hvilken arm, slyngen blev anlagt.

Da sygehuset ikke havde bestridt, at slyngen blev anlagt på den forkerte arm, lagde Patientombuddet patientens oplysning til grund. Patientombuddet fandt derfor grundlag for at kritisere den behandling, som patienten modtog på sygehuset.

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

Når Patientombuddet vurderer, at patientbehandlingen var under almindelig anerkendt faglig standard, kan behandlingsstedet kritiseres. Det gælder også, selv om det måtte stå klart, at det ikke var en konkret sundhedsperson, der havde ansvar for den dårlige behandling. Patientombuddet kan nemlig også tage stilling til handlinger, der er foretaget af personer uden sundhedsfaglig uddannelse så som lægesekretærer, der ikke omfattes af disciplinærnævnets kompetence. Nedenstående sag er et eksempel på, at Patientombuddet kan træffe afgørelse, uden at det er nødvendigt at klarlægge, hvem der måtte have begået fejlen.

Manglende opfølgning på vurdering af MR-scanning

Efter en faldulykke blev patienten undersøgt på sygehus 1 blandt andet ved en MR-scanning af nakke-rygsøjlen. MR-scanningen blev sendt til sygehus 2, der skulle vurdere scanningen. Ifølge patienten blev han udskrevet uden oplysning om, hvorledes sygehus 2 havde vurderet scanningen. Det fremgår ikke af journalen, hvorledes der blev fulgt op på svaret, og om der var planlagt yderligere information af patienten efter udskrivning.

Patientombuddet fandt, at patienten burde have været informeret om svaret på MR-scanningen fra sygehus 2, således at patienten fra sygehus 1 kunne modtage information om, hvorvidt der var grundlag for yderligere behandling. Patientombuddet fandt derfor grundlag for at kritisere sygehus 1.

Patientombuddets afgørelser kan gå ud på, at behandlingen ikke gav anledning til kritik, eller at der var anledning til kritik. Patientombudet har i modsætning til disciplinærnævnet ikke mulighed for at give alvorlig kritik i form af indskærpelse.

5.2 Rettighedsklager

Allerede i 2007 fik patienter mulighed for at klage til det daværende Patientklagenævn over visse afgørelser truffet af kommuner og regioner.

Det blev da for eksempel muligt at klage over kommunernes afgørelser vedrørende indplacering i sikringsgruppe, betaling for sundhedskort og begravelseshjælp.

For afgørelser truffet af regionerne blev det muligt at klage over for eksempel befordring og befordringsgodtgørelse til sygehus og tilskud til behandling i praksissektoren i Danmark og andre EU-/EØS-lande.

I forbindelse med etableringen af det ny patientklagesystem, blev borgernes adgang til at klage over kommuners og regioners afgørelser udvidet. Det er nu muligt at klage over kommunernes afgørelser om omsorgs- og specialtandpleje, og for regionernes vedkommende at klage over retten til at få sygehusbehandling i udlandet, retten til frit og udvidet frit sygehusvalg og retten til behandling af visse kræft- og hjertesygdomme inden for fastsatte maksimale ventetider. Ligeledes blev der adgang til at klage for patienter med Sjögrens Syndrom og patienter, der har fået kemo- eller strålebehandling, som har fået afslag på tilskud til tandbehandling.

Patientombuddet behandler desuden klager fra personer, der mener, at deres ret til aktindsigt i sundhedsfaglige journaler ikke er blevet imødekommet.

Alle disse klager kaldes i Patientombuddet for rettighedsklager.

Før den 1. januar 2011 skulle patienten sende rettighedsklagen til den myndighed, som havde truffet afgørelsen, således at myndighed kunne revurdere sagen, inden den eventuelt blev sendt til Patientklagenævnet som en klage. Patienten kan nu, som i alle andre sager, sende sin klage direkte til Patientombuddet. Patientombuddet begynder herefter behandlingen af sagen ved at indhente sagsakter fra den myndighed, der er klaget over.

Sager om befordring og befordringsgodtgørelse til sygehus udgør den største del af rettighedsklagerne. Det frie sygehusvalg betyder, at mange patienter behandles på et sygehus, som ligger længere fra patientens bopæl end det sygehus, som patienten sædvanligvis ville være blevet visiteret til. Mange patienter har den forventning, at de kan få befordringsgodtgørelse til det sygehus, hvor de faktisk blev behandlet, hvilket reglerne ofte ikke giver dem ret til. Det samme gør sig gældende, når patienten efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg er blevet behandlet på et privathospital med videre.

Patientombuddet har i 2011 truffet adskillige afgørelser i sager, som vedrører denne problematik. Nedenfor resumeres to sager:

Regionens afgørelse blev ændret, da regionen ikke kunne henvise til en midlertidigt suspenderet visitationspraksis

En patient var af region 1 efter det udvidede frie sygehusvalg blevet visiteret til behandling på et privathospital, som var beliggende i region 2. Region 1 gav afslag på befordringsgodtgørelse, da patienten efter region 1's sædvanlige visitationspraksis kunne være blevet behandlet på sygehus A. Patienten opfyldte ikke betingelserne for at få befordringsgodtgørelse til sygehus A.

Patienten anførte, at behandlingen ikke kunne udføres på sygehus A, når det ikke var muligt at få en tid til behandling.

Det fremgik af indkaldelsesbrevet til sygehus A, at man på grund af midlertidig lægemangel ikke kunne tilbyde en dato for behandling.

Det var Patientombuddets opfattelse, at en region ikke kunne henvise til en midlertidigt suspenderet visitationspraksis på sygehus A med den følge, at eventuel befordringsgodtgørelse skulle beregnes til dette sygehus.

Det var endvidere Patientombuddets opfattelse, at beregningen af befordringsgodtgørelse skulle basere sig på afstanden fra patientens bopæl til det nærmeste sygehus i region 1 eller nærmeste samarbejdssygehus, som kunne tilbyde behandling.

På denne baggrund ændrede Patientombuddet regionens afgørelse.

Regionens afgørelse tiltrådt, da patienten havde benyttet sig af det frie sygehusvalg

En patient havde efter henvisning fra en speciallæge i neurologi søgt behandling på sygehus B i region 2. Region 1, hvor patienten havde bopæl, gav afslag på befordringsgodtgørelse, da patienten kunne være blevet behandlet på sygehus A i region 1.

Patienten anførte, at det var den henvisende læge, der henviste til sygehus B, og at der ikke tilbydes behandling af hendes lidelse på sygehus A.

Det var Patientombuddets opfattelse, at en patient, der søger behandling på et andet sygehus end det, som regionsrådet ville have visiteret patienten til, efter omstændighederne har benyttet sig af det frie sygehusvalg, uanset om patienten var vidende herom. Det påhviler den henvisende læge at informere patienten om konsekvenserne af, at lægen henviser patienten til et sygehus efter det frie sygehusvalg. Det forhold, at lægen muligvis ikke har informeret patienten herom, kan ikke føre til, at patienten opnår en ret til befordringsgodtgørelse, som patienten ellers ikke har efter reglerne herom.

Patientombuddet lagde ved sin afgørelse vægt på, at det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet gældende fra 2001 til oktober 2011, at behandling af patientens lidelse, kunne foretages på både sygehus A og på sygehus B.

På denne baggrund tiltrådte Patientombuddet regionens afgørelse.

Patientombuddet tog i 2011 også stilling til klager over, at regionerne ikke havde overholdt de maksimale ventetider, der er gældende, når en patient henvises på misstanke om kræftsygdom.

Nedenfor resumeres dele af en afgørelse vedrørende dette sagsområde.

Regionen havde overtrådt reglerne om maksimale ventetider ved livstruende sygdomme

En patient, som var bosiddende i region 1, fik den 5. november 2010 konstateret en kræftknode i højre nyre. Hun gav den 3. december 2010 samtykke til operation på sygehus A. Operationen blev planlagt til den 13. december 2010. Operationen blev imidlertid aflyst, da den alligevel ikke kunne gennemføres på sygehus A.

Journalen blev herefter sendt til sygehus B, hvor den blev modtaget den 10. december 2010. Patientens var til samtale på sygehus B den 15. december 2010, og der blev tilbudt operation den 21. december 2010.

Patientombuddet oplyste om de gældende regler, hvorefter en patient med den pågældende kræftsygdom skal tilbydes operation senest 2 uger fra den dato, hvor patienten har givet informeret samtykke til operationen. Hvis denne frist ikke kan overholdes, skal patienten tilbydes operation på et andet sygehus.

Det var Patientombuddets opfattelse, at venteperioden, også når patienten har givet samtykke til operation på ét sygehus og herefter henvises til operation på et andet sygehus, skal beregnes fra den dato, hvor patienten gav sit samtykke, også selv om det er nødvendigt, at patienten inden operationen skal indkaldes til en samtale på det andet sygehus.

Patientombuddet fandt på denne baggrund, at region 1 havde overtrådt sundhedslovens § 88, stk. 2, ved ikke at have tilbudt patienten operation på et andet sygehus.

5.3 Det Rådgivende Praksisudvalg

Ministeren for sundhed og forebyggelse har nedsat Det Rådgivende Praksisudvalg for at sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge udviklingen af Patientombuddets praksis for afgørelsen af klager fra patienter over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed (behandlingsklager).

Praksisudvalget har til opgave at rådgive Patientombuddet om ombuddets fremtidige afgørelser af sammenlignelige sager.

Udvalget skal have mulighed for at drøfte baggrunden for udfaldet i enkelte sager med Patientombuddet samt kunne tilkendegive synspunkter om afgørelserne, herunder påpege eventuelle afgørelser, hvor fremtidige sammenlignelige sager efter praksisudvalgets opfattelse bør få et andet udfald, eller hvor der efter praksisudvalgets opfattelse i højere grad bør tages højde for nærmere bestemte forhold.

Praksisudvalget har endvidere til opgave at rådgive Patientombuddet om læringen af sagerne.

Praksisudvalget vil kunne pege på sundhedsfaglige områder, som efter udvalgets opfattelse kræver en særlig opmærksomhed eller indsats med hensyn til læring, ligesom udvalget vil kunne rådgive Patientombuddet om, hvilke læringsinitiativer, der efter udvalgets opfattelse bør iværksættes.

Udvalget holdt sit første møde i oktober 2011. I mødet blev udvalgets kommissorium drøftet, og udvalget tilkendegav, at blandt andet plejesager og i den forbindelse information og samtykke var emner, som udvalget ønskede behandlet på et møde i 2012. I bilag 1 er en komplet liste over medlemmerne i Det Rådgivende Praksisudvalg.

6 Nævnenes virksomhed

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

I 2011 traf de fire nævn realitetsafgørelse i 4.531 sager.

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

6.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

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

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

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

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

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

Disciplinærnævnets afgørelser er administrativt endelige.

I 2011 afgjorde Disciplinærnævnet 2.437 klagesager. 716 gav anledning til kritik svarende til 29 procent. I 2010 var kritikprocenten 28.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev 12,9 måneder mod 12,7 måneder i 2010. Den lille stigning i sagsbehandlingstiden skyldes, at disciplinærnævnet afgjorde et stort antal gamle sager, der var overtaget fra Patientklagenævnet. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for patientklager afgjort af disciplinærnævnet og Patientombuddet blev 11,3 måneder, og dermed 1,4 måneder lavere end i 2010.

Disciplinærnævnet holdt 38 møder i 2011.

Der er gjort nærmere rede for disciplinærnævnets virksomhed i 2011 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

6.2 Patientskadeankenævnet

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

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

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

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

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

Antallet af nye ankesager steg fra 1.808 i 2010 til 2.117 i 2011.

I 2011 afsluttede Patientskadeankenævnet 2.005 ankesager, hvoraf 1.668 blev afgjort i nævns møder, 225 sager blev afgjort som formandsafgørelser og 112 blev afsluttet på anden vis. 208 sager gav anledning til ændring af Patientforsikringens afgørelse svarende til 13 procent.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev reduceret med 0,4 måneder fra 5,7 måneder i 2010 til 5,3 måneder i 2011.

Patientskadeankenævnet holdt 68 møder i 2011.

Der er gjort nærmere rede for Patientskadeankenævnets virksomhed i 2011 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

6.3 Lægemiddelskadeankenævnet

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

Lægemiddelskadeankenævnet har til opgave at behandle klager over afgørelser fra Patientforsikringen om erstatning for lægemiddelskader. Lægemiddelskadeankenævnet tager stilling til, om en patient har fået en skade som følge af en sjælden og alvorlig bivirkning af medicin. Nævnet kan også tage stilling til erstatningsudmålingen som følge af en anerkendt lægemiddelskade.

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

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

Antallet af nye ankesager faldt fra 127 i 2010 til 115 i 2011.

I 2011 afsluttede Lægemiddelskadeankenævnet 132 ankesager. I fem procent af afgørelserne ændrede nævnet Patientforsikringens afgørelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev reduceret med 1,4 måneder fra 9,0 måneder i 2010 til 7,6 måneder i 2011.

Lægemiddelskadeankenævnet holdt syv møder i 2011.

Der er gjort nærmere rede for Lægemiddelskadeankenævnets virksomhed i 2011 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

6.4 Det Psykiatriske Ankenævn

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

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

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

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

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

Antallet af nye ankesager steg fra 97 i 2010 til 124 i 2011. Det svarer til en stigning på 28 procent.

I 2011 afgjorde Det Psykiatriske Ankenævn 69 ankesager. 25 sager gav anledning til ændring af det psykiatriske patientklagenævns afgørelse svarende til 36 procent. Her-

udover blev 5 sager svarende til 7 procent hjemvist til fornyet behandling i det psykiatriske patientklagenævn. Af de 124 nye ankesager blev 27 sager afsluttet på anden måde end ved afgørelse, især fordi klager trak sin anke tilbage.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev reduceret med 0,9 måneder fra 6,4 måneder i 2010 til 5,5 måneder i 2011.

Det Psykiatriske Ankenævn holdt 10 møder i 2011.

Der er gjort nærmere rede for Det Psykiatriske Ankenævns virksomhed i 2011 i nævnets årsberetning, som kan læses på Patientombuddets hjemmeside (www.patientombuddet.dk).

7 International sygesikring

Ved etableringen af det ny patientklagesystem i januar 2011 blev det samtidigt besluttet at flytte administrationen af international sygesikring fra departementet i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Patientombuddet.

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

7.1 Administration af regler

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

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

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

Når det efter lovvalgsreglerne er fastlagt, hvilket lands lovgivning en person er omfattet af (forsikringslandet), så indebærer koordineringen på sundhedsområdet, at det er dette land, der skal betale for sundhedsydelse, der gives til forsikringstageren og dennes familiemedlemmer. Forsikringslandet er som hovedregel det land, en person arbejder i. Forsikringslandet skal ikke blot betale sundhedsydelse, der gives i forsikringslandet. Forsikringslandet skal også betale sundhedsydelse, der gives til forsikringstageren, hvis han bor og modtager sundhedsydelse et andet land, typisk en grænsearbejder, eller hvis forsikringstageren bliver syg under ophold i et EU-land på ferie, uddannelsesophold, erhvervsrejse eller lignende.

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

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

7.2 International Sygesikrings arbejdsområder

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

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

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

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

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

7.3 Regnskabsfunktioner tilknyttet International Sygesikring

Patientombuddet varetager alle opgaver i forbindelse med afregning af udgifter til sundhedsydelser mellem EU-landene samt andre lande – herunder EØS og Norden. En del af de regnskabsmæssige funktioner har i 2011 været udført af en regnskabsenhed i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse på vegne af Patientombuddet. Regnskabsenheden er i januar 2012 flyttet til Patientombuddet.

I 2011 blev der udbetalt 246 millioner kroner for danske sikredes behandling i andre EU-lande. Tyskland tegner sig for det største beløb med mere end 110 millioner kroner. Derefter følger Frankrig med knap 55 millioner kroner og Spanien med knap 50 millioner kroner. Der blev behandlet flere end 90.000 regninger.

Danmark modtog 32 millioner kroner for behandling her i landet af indbyggere fra andre EU-lande.

7.4 Større opgaver i 2011

7.4.1 EESSI-projektet

Med grundforordningens og gennemførelsesforordningens ikrafttræden vedtog alle EU-landene, at udvekslingen af sociale sikringsdata mellem landenes institutioner, der i dag helt overvejende foregår ved udveksling af blanketter eller ved anvendelse af EU-sygesikringskortet, fra den 1. maj 2012 skulle overgå til elektronisk udveksling. Det er nu udskudt til 1. maj 2014.

Tilrettelæggelsen af denne it-dataudveksling foregår i et EU-projekt kalder EESSI – Electronic Exchange of Social Security Information.

7.4.2 Det blå EU-sygesikringskort

Patientombuddet, International Sygesikring har i 2011 indsamlet data fra 30 lande om den praktiske anvendelse af EU-sygesikringskortet i det enkelte land og på den baggrund lavet beskrivelser af borgernes rettigheder i det enkelte land.



Bilag

Bilag 1

Sammensætningen af Det Rådgivende Praksisudvalg

Patientombuddets direktør Steffen Egesborg Hansen er formand for udvalget.

Praksisudvalget er sammensat således:

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