



# Den gode dialog, når noget går galt

Undersøgelsen er gennemført for Dansk Selskab for Patientsikkerhed

## **DEN GODE DIALOG, NÅR NOGET GÅR GALT**

En interviewundersøgelse af patienters, klinikers og afdelingslederens ønsker til den lokale dialog, når patienter klager til patientombuddet

### **Udgiver:**

Undersøgelsen er udarbejdet af Kirk Kompetence for Dansk Selskab for Patientsikkerhed

### **Forfatter:**

Katrine Kirk, Kirk Kompetence

### **Udgivelsesdato**

Juni, 2010

### **URL:**

<http://www.patientsikkerhed.dk/>

**ISBN nr. :** 978-87-989872-3-9

En trykt udgave af rapporten kan rekvireres ved henvendelse til Dansk Selskab for Patientsikkerhed  
c/o Hvidovre Hospital  
Kettegård Allé 30  
Afsnit P610  
2650 Hvidovre  
E-mail: [info@patientsikkerhed.dk](mailto:info@patientsikkerhed.dk)  
Tlf.: 36 32 21 71

# Indholdsfortegnelse

Læsevejledning .....	5
Tak .....	5
<b>1. Indledning .....</b>	<b>6</b>
Undersøgelsens formål.....	6
Baggrund for undersøgelsen: Lovforslag L130 .....	6
Undersøgelsesdesign.....	8
Patient/pårørende interview.....	8
Klinikerinterview.....	10
Interview med afdelingsledelser .....	10
Interview med patientvejledere.....	10
Patientklager i Danmark .....	11
Undersøgelsens klage-begreb .....	12
<b>2. Anbefalinger til "Den gode dialog" .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Bilag: Respondenternes øvrige synspunkter og ønsker.....</b>	<b>16</b>
Begreberne klager, fejl og utilsigtede hændelser .....	16
Forebyggelse af klager.....	17
Patienternes ønsker om hjælp til klageskrivning .....	19
Patienternes tanker om den skriftlige klage .....	20
Organisering af dialogmøder .....	20
afvikling af dialogmøder .....	24
Læring af klager .....	24
Sammenfatning af ønsker til dialogen.....	26
Sammenfatning af ønsker til klageprocessen generelt .....	29



## LÆSEVEJLEDNING

Rapporten her er inddelt i tre dele.

Første del beskriver interviewundersøgelsens formål, baggrund og metode.

Anden del indeholder en række anbefalinger som udspringer af undersøgelsen. Anbefalingerne kan betragtes som tilføjelser, justeringer eller uddybninger af lovforslag L130 eller bemærkningerne hertil. Ønsker og anbefalinger fra respondenterne, som er sammenfaldende med nuværende praksis eller som støtter lovforslaget i sin nuværende form er således ikke omtalt her.

Bilagsmaterialet indeholder yderligere uddybninger og kontekst for anbefalingerne. Interviewene gav respondenterne anledning til refleksioner om klageprocessen og klagebegreber. Der var interessante og nuancerede betragtninger, som er gengivet i bilagene.

## TAK

Tak til personale og afdelinger på Kolding Sygehus og Rigshospitalet, som har bidraget til undersøgelsens tilblivelse.

# 1. Indledning

Ved indførelse af et kommende patientombud vil patienter og pårørende, som klager over behandlinger eller behandlingers forløb fremover tilbydes en dialog med regionen. Formålet med dialogen er at give patienten mulighed for at få en forklaring, en undskyldning og oplysning om hvorledes sundhedspersonalet vil tage ved lære af klagen. Der er lagt op til, at klageren efter dialogmødet tager stilling til, hvorvidt klagen fastholdes. Patientombuddet vil herefter iværksætte sin sagsbehandling, såfremt klagen fastholdes.

Nærværende rapport er udformet som et bidrag til parternes implementering af tilbuddet om dialog som første skridt i en fremtidig klageproces.

## UNDERSØGELSENS FORMÅL

Denne undersøgelse er gennemført på vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og finansieret af en bevilling fra Friis Fond. Undersøgelsens formål var at afdække, hvordan sygehusenes personale og patienter kan få de bedst mulige betingelser for den lokale dialog, når patienterne i fremtiden klager til Patientombuddet.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed vil bruge konklusionerne som input til parterne om, hvordan den lokale forankring af en fremtidig klageproces bedst tilrettelægges.

Det skal så vidt muligt sikres:

- 1) at patienter/pårørende og sundhedspersonale kan føle sig trygge ved at indgå i dialog med hinanden om et forløb, som patienten har oplevet som problematisk
- 2) at klageprocessen bidrager konstruktivt til, at patienten får en forklaring, og om nødvendigt en undskyldning
- 3) at der sker lokal læring og implementering af forbedringer for kommende patienter, uanset om sagen fører til en formel klagesagsbehandling eller ej

Analysen afdækker, hvad sundhedspersonale og patienter oplever som vigtigt for, at disse mål kan nås.

Undersøgelsen behandler ikke en eventuel grænsedragning for hvilke klagesager, som bør føre til et tilbud om lokal dialog. Udgangspunktet har været at skabe klarhed over, hvordan dialogen bliver god, givet at den overhovedet finder sted.

## BAGGRUND FOR UNDERSØGELSEN: LOVFORSLAG L130

Undersøgelsen "Den gode dialog, når noget går galt" blev iværksat i januar 2010 med baggrund i en høring over *Udkast til lovforslag vedrørende ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for*

*sundhedsvæsenet m.v.* <sup>1</sup> Udkastet blev revideret og fremsat som lovforslag af indenrigs- og sundhedsministeren den 3. marts 2010<sup>2</sup> mens rapporten var under udarbejdelse. Ændringerne af sundhedsloven vedrører et nyt patientklagesystem med bedre klagemuligheder, etablering af et Patientombud og forenklede regler om anvendelse af tilsynsforanstaltninger m.v.

Lovforslaget indeholder følgende tilbud om en afklarende dialog til patienter, før en egentlig klagesagsbehandling går i gang:

**§1** *Stk. 3 Inden Patientombudet behandler en klage vedrørende en sundhedssydelse, som regionen helt eller delvis afholder udgifterne til, tilbyder ombudet, jf. dog stk. 4, patienten en dialog med vedkommende region. Hvis patienten tager imod tilbuddet, sendes klagen til regionen, som tager kontakt til patienten og søger de spørgsmål, klagen vedrører, afklaret. Inden 4 uger efter Patientombudets fremsendelse af klagen til regionen giver regionen meddelelse til Patientombudet om udfaldet af dialogen. Hvis den pågældende herefter ikke ønsker yderligere behandling af sin klage, meddeler regionen med patientens accept dette til Patientombudet, hvorefter klagen anses for bortfaldet. I modsat fald sender regionen alle relevante oplysninger i sagen til Patientombudet til brug for ombudets behandling af sagen.*

*Stk. 4 Hvis en klage omfattet af stk. 3 er indgivet til regionen, tilbyder regionen en dialog og orienterer samtidig Patientombudet om klagen. Fristen i stk. 3, 3. pkt., regnes fra regionens modtagelse af klagen.*

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at der lægges op til følgende udmøntninger af loven:

- Det bliver ikke et krav, at patienterne skal acceptere tilbuddet om dialog, for at deres klagesag kan behandles af Patientombudet.
- Klagesager som opfylder betingelserne for tilbuddet om dialog vil ikke kunne afgøres af andre end Patientombudet.
- Der lægges op til, at det er regionen, som afgør hvem der skal inviteres til at deltage i dialogen. Således vil der ikke være nogen garanti for, at klageren kan mødes med sundhedspersoner, der har været direkte involveret i sagen, om end bemærkningerne peger på, at det i mange tilfælde vil være hensigtsmæssigt.
- Patientombudet skal fremover sikre, at der sker en systematisk opsamling af viden fra patientklagesystemet og erstatningssystemet.
- Patientkontorerne får en bærende rolle i forhold til etablering af dialogen med patienterne.

Nærværende rapport tager lovforslagets ordlyd som afsæt. Der fremsættes anbefalinger til hvordan den lokale dialog kan tilrettelægges for at tilgodese patienters og personalets behov for et trygt og konstruktivt forløb, som kan give lokal læring. Anbefalingerne støtter op om og uddyber de med lovforslaget publicerede bemærkninger.

---

<sup>1</sup> Lovudkast af 14. december 2009. Sagsnr. 0908622

<sup>2</sup> L 130 Forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love.

## UNDERSØGELSESDSIGN

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interview med patienter eller deres pårørende, patientvejledere, klinikere, afdelingsledere og direktionsmedlemmer. Rigshospitalet og Kolding Sygehus deltog med hver 4 afdelinger/centre. Der blev valgt et højt specialiseret sygehus og et mindre sygehus i hver sin landsdel for at få mest mulig variation i omstændigheder. De otte deltagende afdelinger dækker en bred vifte af specialer og har både kronisk syge patienter og akutte patientgrupper. Der blev ikke gennemført interview i primærsektoren.

Interviewene havde en undersøgende karakter, hvor det var respondenternes erfaringer med klageprocesser, som var omdrejningspunktet. Der blev udarbejdet tematiserede interviewguides, som samtalen kunne struktureres omkring. Næsten alle interview blev optaget på video for at undgå detaljeret noteskrivning.

Interviewene blev tilrettelagt således, at de fleste af patienterne blev interviewet først, dernæst klinikerne, og til sidst udvalgte medlemmer af sygehusledelserne. Interviews med patientvejledere var ikke tænkt ind i undersøgelsesdesignet fra starten, men blev gennemført et stykke inde i analysefasen fordi deres erfaringer viste sig at være vigtige.

Analysen af interviewene blev foretaget løbende. Indsigter fra interviewene blev løbende bragt med til diskussion i efterfølgende interview, således at idéer kunne udvikles og kvalificeres undervejs. Dette indebærer, at alle ikke er blevet spurgt om præcis det samme. Denne metode er valgt fordi den skaber gode forudsætninger for en kvalificeret idéudvikling.

### Patient/pårørende interview

Det var vigtigt for undersøgelsens validitet, at de patienter og pårørende som skulle interviewes til denne undersøgelse rent faktisk havde stået i en situation, hvor de selv mente, at de havde god grund til at klage. Eftersom det var en del af undersøgelsens formål at finde ud af, hvad der skal til for at skabe tryk i klageprocessen, var det relevant både at høre om erfaringer med klager, og at tale med patienter, som havde overvejet at klage men ikke havde gjort det.

Respondenterne blandt patienter og pårørende har haft følgende erfaringer med at klage:

Respondent nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Ja i alt	Nej i alt
klage til patientklagenævn?	nej	nej	nej	nej	nej	ja	ja	ja	ja	nej	ja	nej	5	7
klage til hospitalet?	nej	nej	nej	nej	nej	ja	ja	ja	ja	ja	nej	ja	6	6
klage til patientforsikringen?	nej	ja	nej	ja	nej	ja	nej	nej	ja	nej	ja	nej	5	7
dialog med hospitalet?	nej	nej	nej	ja	ja	nej	nej	ja	nej	ja	nej	ja	4	8

Det væsentligste kriterium for udvælgelse af patienter/pårørende var således oplevelsen af et patientforløb, som kunne give anledning til at klage. Derudover blev det tilstræbt at få mest mulig spredning med hensyn til hvorvidt der faktisk var klaget, hvorvidt de havde fået medhold, deres køn, alder og geografi. Det lykkedes at få en god spredning på disse kriterier, dog ikke køn. 10 af 12 interviewede patienter/pårørende var kvinder. Respondenterne har haft forløb som er jævnt fordelt på store og små



sygehuse. I flere af tilfældene er forløbene præget af skift fra mindre sygehuse til et større, og tilbage igen. 10 af de 12 patienters forløb er foregået på Sjælland, mens 2 er fra Fyn. Patienterne selv deltog i 5 af interviewene, mens de øvrige 7 interview var med pårørende.

Alle respondenter i patient-kategorien har været ude for ganske alvorlige kvalitetsbrist i deres behandlingsforløb, på nær en enkelt, som blot oplevede risiko for skade. Alvorsgraden kan have betydning for undersøgelsens resultater, idet det må antages at patienter som har været ude for alvorlige svigt vil ønske et mere vidtgående "sikkerhedsnet" i forbindelse med klageprocessen, end patienter som klager over mindre alvorlige hændelser.

12 patienter/pårørende blev interviewet enkeltvis i 1-1½ time. Heraf blev 4 interviewet pr. telefon. De øvrige interview blev optaget på video.

Patienternes klagepunkter er vidt forskellige. Følgende tabel baseres på deres egne oplysninger:

Respondent nr.	Klagepunkter
1	Udredning af sjælden, invaliderende sygdom blev forsinket i flere år. Medicineret med toksisk medicin trods protester fra patienten, hvilket førte til hjertesygdom. Patienten har fået livsvarige mén af sin forsinkede behandling og er nu førtidspensionist.
2	Forsinket udredning af invaliderende kræftsygdom har ført til stort sammenfald i ryggen som muligvis kunne være forebygget. Det har ændret patientens livsvilkår grundlæggende.
3	Udskrivning til eget hjem i hjælpeløs tilstand uden varsel til pårørende eller hjemmepleje. Fejloperation og efterfølgende svigt fra sygehuslægerne, som førte til patientens død.
4	Fejlmedicinering efter operation førte til patientens død.
5	Patienten fik hjertestop p.g.a. penicillinallergi. Allergien var konstateret 1 uge tidligere på samme sygehusafdeling, hvor hun også havde fået hjertestop. Hun overlevede ved genoplivning.
6	Fejlbehandling trods pårørendes gentagne anmodninger om at følge iværksat og virksom behandlingsplan fra udenlandsk specialist. Patienten har fået alvorlige mén og måtte førtidspensioneres.
7	Mistanke om fejlbehandling for kræftsygdom. Oplysning om tilbagefald hemmeligholdt for patient og pårørende. Mangelfuld udredning trods pårørendes ihærdige forsøg på at få afklaring. Patienten døde hurtigt.
8	Fejlbehæftet blodprøve viste behov for blodtransfusion, som slet ikke var nødvendig. Patienten døde p.g.a. transfusion af forvekslet blod.
9	Fejldiagnose og deraf følgende fejlbehandling. Mangelfuld udredning af invaliderende sygdom, trods patientens insistens på, at diagnosen måtte være forkert. Patienten havde i flere år stærkt forringet livskvalitet, mistede sit arbejde og blev førtidspensionist. Lægen ændrede journalen efterfølgende for at dække over sin fejl.
10	Dårlig koordinering af fødselsforløb gav øget risiko for mor og barn og gjorde familien utryk. Ingen fysiske skader på mor eller barn.
11	Gentagne svigt fra praktiserende læge og skiftende læger fra lægevagten trods akutte symptomer på alvorlig sygdom. Patienten fik smertebehandling, men ingen udredning. Vagtlægen journalførte en klinisk undersøgelse, som han ikke havde gennemført. Patienten døde af en aneurisme.
12	Kræftpatient, hvis helbredende operation blev forsinket i flere måneder på grund af falsk positivt foreløbigt patologisvar samt overset endeligt patologisvar. Patienten opdagede fejlen ved et tilfælde, lige før igangsættelse af fejlbehandling. Patienten fik sin operation og overlevede, men blev voldsomt påvirket af mistet tillid og det hårde forløb.

## Klinikerinterview

Klinikerne blev udvalgt efter det kriterium, at de skulle have erfaring med at gå i dialog med patienter eller pårørende, som havde klaget enten til afdelingen eller via patientklagenævnet. Vi tilstræbte at få talt med læger og sygeplejersker, som selv havde været involveret i en alvorlig utilsigtet hændelse, men det var ikke muligt til alle interviewene.

Interviewene blev gennemført som 10 gruppeinterview med 2-4 deltagere samt 2 enkeltpersonsinterview i 1-2 timer. Hensigten med at lave gruppeinterview var at skabe en samtaledynamik, hvor deltagernes erfaringer og erindringer fra enkeltsager kunne bringes i spil overfor hinanden. Ved 8 af de 12 klinikerinterview var der både mindst én læge og mindst én sygeplejerske tilstede. Dette skabte ofte mulighed for at udforske professionsrelaterede forskelligheder i erfaringer og holdninger.

Respondenter blandt sygehusansatte fordeler sig på følgende stillingskategorier:

	Rigshospitalet	Kolding Sygehus	I alt
Sygeplejersker & jordemødre	2	5	7
Afdelings-sygeplejersker & chefyordemødre	4	3	7
Reservelæger	1	1	2
Overlæger & ledende overlæger	4	3	7
Direktion og center/afdelings-ledelse	4	4	8
I alt	15	16	31

## Interview med afdelingsledelser

Der blev gennemført to fokusgruppeinterview á ca. 2 timers varighed med deltagelse af direktionniveau og centerledelse på henholdsvis Rigshospitalet og Kolding Sygehus.

På disse møder blev de interviewede patienters og klinikers synspunkter på en kommende klageproces præsenteret. Herefter blev både principielle og konkrete ideer til en fremtidig lokal forankring af klageprocessen diskuteret. Lederne har efterfølgende haft mulighed for at kommentere sammenfatningen af interview-resultaterne og rapportens foreslåede model for en fremtidig proces, hvilket enkelte af dem har gjort.

## Interview med patientvejledere

Det viste sig i forbindelse med ledelses-interviewene, at det kunne være relevant at høre om patientvejledernes erfaringer at støtte patienter i klageprocesser. Derfor blev 4 telefoninterview gennemført med patientvejledere: 2 i Region Hovedstaden og 2 i Region Syddanmark. Hvert interview varede fra 3 til 5 kvarter.

## PATIENTKLAGER I DANMARK

Når lovforslaget træder i kraft, vil det påvirke antallet af klagesager. Den udvidede klageadgang vil formentlig føre til, at flere patienter ønsker at indgive en klage. Omvendt forventer både Danske Regioner og Lægeforeningen<sup>3</sup> at muligheden for dialog vil føre til at en større andel af klager trækkes tilbage, end tilfældet er i dag. Disse mekanismer forventes også af de interviewede klinikere og ledere i nærværende undersøgelse.

I bemærkningerne til lovforslaget lægges der op til, at tilbuddet om dialog fremsættes af patientkontoret for de klager som modtages af patientkontorerne<sup>4</sup>. Der kan være en sammenhæng mellem patienters kontakt med patientkontorerne og valget af disse som modtagere af klagen. Opgaven med at "fremsætte tilbud om dialog" vil sandsynligvis pålægge patientkontorerne ekstra arbejde i forhold til i dag. Derfor kan det være interessant at se på sammenhængen mellem antallet af henvendelser til patientkontorerne og antal klager som indsendes til Patientklagenævnet under det nuværende klagesystem. Det kan give et fingerpeg om den kapacitet som skal stilles til rådighed i forbindelse med etablering af dialogmøderne.

### Oversigt over henvendelser til patientkontorer<sup>5</sup> samt klager til Patientklagenævnet<sup>6</sup>

År 2008	Henvendelser til patientkontorer	Oprettede sager hos PKN	% af henvendelser	Antagne sager hos PKN	% af klager som antages
Region Hovedstaden	13.535	1.316	10%	939	71%
Region Sjælland	12.980	553	4%	429	78%
Region Syddanmark	13.881	711	5%	582	82%
Region Midtjylland	17.126	657	4%	522	79%
Region Nordjylland	8.088	306	4%	238	78%
I alt	65.610	3.543	5%	2.710	76%

Langt de fleste henvendelser til patientkontorerne drejer sig om patientrettigheder. Henvendelser vedr. hjælp til klager er gjort op efter meget forskellige principper og er svære at sammenligne. De er derfor ikke taget med her.

I nærværende undersøgelse indgår 4 telefoninterviews med patientvejledere. Patientvejlederne er placeret meget forskelligt afhængigt af hvilken region, som der er tale om. Interviews med de 4 patientvejledere viser, at de alle er enige om, at selv om klagesagerne udgør en mindre andel af de samlede henvendelser, tager de meget af deres tid. Hvis patienten kommer til patientvejlederen, kan hjælp til en klagesag typisk tage i alt ½ arbejdsdag inkl. telefonopringninger, korrespondance og et møde med patienten. Patientvejledernes opgaver, som de er defineret i Sundhedslovens §51, omfatter ikke at være bisiddere for patienter.

---

<sup>3</sup> Bemærkninger til lovforslag L 130

<sup>4</sup> Bemærkninger til lovforslag L 130, s. 17

<sup>5</sup> Antal henvendelser til patientkontorerne er taget fra hver enkelt patientkontors årsberetning 2008

<sup>6</sup> Patientklagenævnets "Statistiske Oplysninger" 2008, tabel 5

Det fremgår af ovenstående tabel, at ca. ¼ af alle klager der indgives til Patientklagenævnet afvises. Af de sager som antages til behandling, fører ca. 20 % til kritik og ca. 2 % til indskærpet kritik<sup>7</sup>. Der bruges således store ressourcer på sagsbehandling af sager, som ikke giver klagerne medhold. De afviste sager må dog være udtryk for et stort antal patientforløb, som af den ene eller den anden grund har skuffet.

En stor andel af klagerne handler om forhold omkring kommunikation, ventetider og fysiske forhold<sup>8</sup> og selv om disse sjældent fører til, at Patientklagenævnet rejser kritik, kan indholdet i klagerne være meget relevant for kvalitetsudviklingen på behandlingsstederne. Alene ud fra denne betragtning vil etableringen af en mere systematisk proces for lokal dialog være et værdifuldt bidrag til den lokale læring og udvikling.

## Undersøgelsens klage-begreb

Undersøgelsen har vist, at klinikere og patienter har meget forskellige opfattelser af begrebet "klage". Dette har haft betydning for hvad der blev talt om i interviewene. For at få et fælles omdrejningspunkt for interview af patienter/pårørende, klinikere og ledere, var det nødvendigt at definere hvad der betragtes som en "klage" til undersøgelsens formål.

Det var nødvendigt at definere "klager" pragmatisk på en måde, som ville spore respondenterne ind på deres erfaringer med situationer, som efter Lovforslag L130 ville kunne medføre behov for et dialogmøde mellem patient / pårørende og behandlingsstedet.

### Klage-begrebet i undersøgelsen

En klage betragtes i interviewene som en skriftlig henvendelse til afdelingen, sygehuset eller til patientklagenævnet, hvori patienten forholder sig kritisk og spørgende til sin behandling eller sit behandlingsforløb.

En uddybning af respondenternes syn på klagebegrebet findes i bilagsmaterialet.

---

<sup>7</sup> Patientklagenævnets "Statistiske Oplysninger" 2008, tabel 7

<sup>8</sup> Patientklagenævnet: Statistiske Oplysninger 2008

## 2. Anbefalinger til "Den gode dialog"

Den overordnede konklusion på undersøgelsen om "den gode dialog" er, at der er enighed om, at lovforslaget giver mulighed for store forbedringer af klageprocessen. Der er således opbakning til lovens grundtanke om at forankre klageprocessen lokalt for at fremme læring og give patienterne en god forklaring på det, de er utilfredse med.

De følgende anbefalinger til rammerne for og organisering af dialogen er skrevet på baggrund af undersøgelsens interviews med i alt 12 patienter eller pårørende og 9 sygeplejersker, jordemødre og reservelæger (uden ledelsesansvar) og 22 ledere fra afdelingssygeplejerskeniveau til direktionsniveau. Anbefalingerne vedrører dialogmøder mellem patient og sygehus.

Kun forslag som indeholder noget nyt i forhold til Lovforslag L130 og dennes bemærkninger er taget med i anbefalingerne.

I interviewene var emnet "den lokale dialog" defineret som den samtale, der finder sted, når personale og patient/pårørende mødes for at diskutere patientens oplevelse af kvalitetsbrist. Denne brede definition indebærer, at det kan være svært at generalisere anbefalinger til dialogen, fordi patientens oplevelse kan handle om alt fra at maden ikke smagte til at en elsket mor dør som følge af ubehandlede komplikationer efter en operation. Interviewene med patienter/pårørende handlede dog alle om ganske alvorlige hændelser, så hos denne respondentgruppe er der en tilbøjelighed til at ønske vidtgående tryghedsskabende rammer for patienten i klageprocessen. Anbefalingerne imødekommer behovene i de alvorlige klagesager, men der er ikke taget stilling en eventuel differentiering af rammerne for forskellige typer af klager.

### **1. Det er vigtigt for patienterne, at dialogen foregår ved et fysisk møde med ledelse eller medarbejdere fra den eller de afdelinger, der klages over.**

*Begrundelse* Det står ikke eksplicit i lovforslaget, at dialogen skal finde sted som et fysisk møde. Det er imidlertid meget vigtigt for patienterne. I den udstrækning det overhovedet er muligt ønsker patienterne, at mødet finder sted i et uforstyrret lokale på "neutral grund" udenfor den indklagede afdeling. Patientkontoret er en mulighed.

### **2. Klinikere, ledere og patienter i undersøgelsen anbefaler, at patienterne tilbydes en bisidder til dialogmødet.**

*Begrundelse* Det er vigtigt for alle respondenter, at patienterne/de pårørende har mulighed for en uvildig og kyndig bisidder. Klinikere og afdelingsledere mener, at dette vil øge patienternes tryghed i dialogen, og at det vil give patienten mulighed for at få støtte til at formulere sig omkring deres synspunkter. Klinikere oplever nogle gange, at det er svært for patienterne at tage imod deres

forklaringer, og svært for dem at præcisere hvad klagen handler om. De tror, at bisidderen kan afhjælpe det.

Patienterne udtrykker et stort behov for at støtte sig til en person med indsigt i sundhedssektoren, når de skal formulere deres klager. Flere af de patienter, som har prøvet at være til dialogmøder på afdelingerne, har følt sig intimideret og ude af stand til at stå fast på deres behov for en ordentlig forklaring. For dem ville en bisidder have været en hjælp, siger de. En enkelt patient fortalte, at tilstedeværelsen af en bisidder var væsentligt for, at hendes spørgsmål blev taget alvorligt. Hun tror ikke, at lægen ville have følt sig lige så forpligtet til at svare på et ubehageligt spørgsmål om en fejl, hvis ikke bisidderen havde været der.

Alle patienterne mener, at en uvildig bisidder bør være et tilbud, men at det vil være helt afhængigt af situationen, om der vil være behov for at trække på vedkommende. Nogle af lederne udtrykte skepsis overfor et bisiddertilbud til alle, idet de frygter et ressourceforbrug som ”skyder over målet”. På den anden side udtrykte mange af de interviewede patienter og pårørende en stor bevidsthed om at bruge sundhedssektorens ressourcer rigtigt. Tilbuddet om en bisidder vil ikke nødvendigvis medføre at patienter og pårørende ønsker bisiddere med til alle dialogmøder. Selve formuleringen af tilbuddet kan have stor betydning for hvor meget det bliver brugt.

### **3. Afdelingsledelserne vil gerne have klagen hurtigst muligt, og de ønsker at få mulighed for at kontakte klageren telefonisk før mødet. De kan evt. have ansvaret for at indbyde til mødet.**

*Begrundelse* Afdelingslederne lægger stor vægt på, at klagesagen når frem til dem så hurtigt som muligt for at sikre tid til at planlægge dialogmøderne indenfor 4-ugers tidsfristen. De vil gerne have mere end en uge til at planlægge møderne. De udtrykte bekymring for, om det kunne blive et problem, hvis klagen skal fra ombudsmanden til regionen og først derefter sendes videre til afdelingen. De kunne godt tænke sig at få klagen direkte fra ombudsmanden.

De fleste af de interviewede patienter finder det vigtigt, at det er sygehuset som reagerer på klagen og inviterer til mødet. Et par stykker nævnte, at de ville foretrække, at mødet blev indkaldt af en, som ikke var part i sagen.

Afdelingslederne finder det hensigtsmæssigt, at de indkalder til dialogmødet. Lederne lægger vægt på, at de kan få kontakt med klageren før mødet for at få en fornemmelse af, hvad der er vigtigt for patienten i selve mødesituationen. Det hjælper dem i planlægningen af mødet. Det forekommer mest naturligt for de fleste patienter og næsten alle klinikere, at forpligtelsen til at invitere til mødet skal ligge hos ledelsen på den afdeling, der klages over. På et af ledergruppeinterviewene blev det foreslået, at hvis der klages over mere end én afdeling, kan ansvaret ligge på det organisatoriske niveau, som akkurat dækker de implicerede afdelinger. I klager over tværsektorielle forløb, kan det være regionen som må organisere mødet.

**4. Det er hensigtsmæssigt, at afdelingsledelsen afgør, hvem der skal deltage i mødet fra sygehusets side.**

*Begrundelse* Bestemmelsen af mødedeltagere er ofte en afvejning af hensyn til patientens ønsker og til personalet i den konkrete situation. Hvis klagen vedrører mere end én afdeling, bør begge repræsenteres ved mødet, så ingen kan "skyde skyld" på de andre, og klageren oplever, at det er "systemet" som tager ansvar.

**5. Patienterne opfordres til at revidere klagen før Patientombuddet sætter klagesagsbehandlingen i gang, såfremt dialogmødet har ført til afklaring af dele af klagen.**

*Begrundelse* Klinikere og ledere forventer, at dialogmøderne vil rydde mange misforståelser af vejen. De finder det væsentligt, at klagerne revideres for at afspejle at parterne er blevet klogere efter dialogmødet. Klinikerne udtrykker ønske om, at klagebrevene bliver mere kvalificerede end i dag og tror at revision af klagen vil afhjælpe problemet. Herved forventer de, at den efterfølgende sagsbehandling på afdelingen vil blive mindre ressourcekrævende end i dag.

Patienterne, som ofte føler sig meget usikre i.f.m. formulering af klager, er også interesseret i at kunne genoverveje klagens indhold efter mødet. På dette tidspunkt har patienten bedre mulighed for at overskue, om klagen bedst kan indgives efter § 1 (patientombuddet) eller § 2 (disciplinærnævnet). Efter mødet er det nemmere at formulere sig klart om de punkter, som stadig findes kritiske og/eller utilfredsstillende belyst. Patienterne mener, at bisidderen kan være en vigtig hjælp i revidering af klagen.

Det vurderes af næsten alle som blev spurgt, at dette ekstra led i klageprocessen kan medvirke til at den formelle sagsbehandling bliver betydeligt mere relevant og måske også mindre ressourcekrævende end i dag.

Det er allerede i dag muligt for patienter og pårørende at fremsende reviderede klager til behandling, men meget få gør det. Det nye i denne anbefaling er således ikke at give patienterne mulighed for at revidere klagerne, men aktivt opfordre dem til det.

### 3. Bilag: Respondenternes øvrige synspunkter og ønsker

Under interviewene gav patienter, pårørende, klinikere og ledere udtryk for nuancerede refleksioner over deres erfaringer med klageprocesser. Nogle af disse synspunkter er gengivet nedenfor, idet de giver anbefalingerne en kontekst.

#### BEGREBERNE KLAGER, FEJL OG UTILSIGTEDE HÆNDELSER

Med det aktuelle patientklagesystem er begrebet "klage" for klinikerne knyttet snævert til de klagesager, som har officiel status og modtages via patientklagenævnet. Mundtlige eller skriftlige henvendelser til afdelingerne fra patienter/pårørende som beskriver et forløb, de har oplevet som utilfredsstillende, opfattes hos de fleste respondenter i kliniker-grupperne ikke som egentlige klager. De betegnes som "henvendelser", "breve" og hos enkelte også "klager".

Flere af de interviewede klinikere skelner skarpt mellem klager, kendte komplikationer, utilsigtede hændelser og fejl. Sundhedsstyrelsens definition af utilsigtede hændelser lægger vægt på skade eller risiko for skade som definatorisk afgrænsning.

En utilsigtet hændelse er her en ikke tilstræbt begivenhed, der skader patienten, eller medfører risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme.

(Fra [www.sst.dk](http://www.sst.dk), februar 2010)

Denne definition er velkendt af alle interviewede sundhedspersoner, og de finder det væsentligt, at utilsigtede hændelser ikke forveksles med "kendte komplikationer", som ikke skal rapporteres til patientsikkerhedsdatabasen. Hvad der "tæller" som utilsigtet hændelse eller som "kendt komplikation" er stærkt kontekstafhængigt, og også genstand for individuelle fortolkninger af klinikerne. For eksempel kan punktering af en tarm i forbindelse med en operation af nogle læger og under visse omstændigheder betragtes som en "kendt komplikation", mens det i andre sammenhænge kan betragtes som en "utilsigtet hændelse".

Flere af de interviewede klinikere fremhævede, at komplikationer som patienten på forhånd var orienteret om kunne opstå, ikke rapporteres til patientsikkerhedsdatabasen. Som eksempel blev netop nævnt punkteret tarm samt infektioner i operationssår. Flere af de interviewede understregede også, at der er en stor gråzone mellem hvad der bør og ikke bør rapporteres, idet de lægger vægt på om patienten selv vil opleve, at en utilsigtet hændelse får konsekvenser. Et eksempel på en utilsigtet hændelse, som kom under "bagatelgrænsen" er en patient, hvis operation forlænges fordi et stykke operationsudstyr tabes på gulvet og der går 20 minutter med at fremskaffe nye, sterile utensilier.

Distinktionen mellem komplikationer og utilsigtede hændelser viste sig at være vigtig for hvordan klinikerne ser på patienters behov for en undskyldning. Det er helt gennemgående, at alle respondenter gerne vil give



en undskyldning, hvis det er "berettiget". Men af flere respondenter, især blandt lægerne, opfattes forventningen om en undskyldning ikke som berettiget, hvis der er tale om en kendt komplikation eller at patienten har oplevet "dårlig service" som for eksempel at blive holdt fastende i flere døgn fordi en operation bliver udsat gentagne gange.

Sygeplejerskerne i undersøgelsen er mere rundhåndede med undskyldningerne. De siger at de gerne vil "beklage, at patienten har haft den oplevelse". Flere af respondenterne lagde meget vægt på at bruge denne formulering. Direkte adspurgt forklarede de, at patienten får en beklagelse, som ikke nødvendigvis omhandler det, der skete for patienten, men blot patientens *oplevelse* af et forløb. Denne italesættelse af undskyldninger for patientens oplevelse var næsten identisk i Kolding og på Rigshospitalet.

For patienterne er begrebet "utilsigtet hændelse" ukendt, og de benytter i stedet ordet "fejl" om forhold som af klinikerne betegnes som UTH'er eller komplikationer. Patienterne i undersøgelsen taler også om "fejl" i kommunikation og koordinering, hvilket ikke betragtes som fejl af personalet.

Disse forskellige begrebsanvendelser har givet anledning til forvirring omkring undersøgelsens genstandsfelt. Klinikerne især har haft svært ved at generalisere hvad "den gode dialog" er, fordi de synes det afhænger af, om der i klagen er tale om patienter, som klager over "oplevelser" af deres forløb eller om klagerne vedrører kendte komplikationer eller utilsigtede hændelser.

For alligevel at få et fælles omdrejningspunkt for interview af patienter/pårørende, klinikere og ledere, var det nødvendigt at definere en "klage" som en skriftlig henvendelse til afdelingen eller til patientklagenævnet, hvori patienten forholder sig kritisk og spørgende til sit behandlingsforløb.

## FOREBYGGELSE AF KLAGER

Selv om klageforebyggelse næppe kan være en del af en formaliseret klageproces, blev der alligevel lagt stor vægt på forebyggelse i adskillige interview med patienter, klinikere og ledere. Flere klinikere insisterede på at klageforebyggelse skal tænkes med som en forudsætning for at få klagesystemet til at fungere. Der blev blandt andet argumenteret med, at den udvidede klageadgang og dialogmøder som standard vil medføre et større ressourceforbrug til klagebehandling, hvis ikke antallet af klager kan nedbringes. Nogle af patienterne mente at en bedre løbende kommunikation i og om behandlingsforløbet kunne have afværget nogle af de problemer, som førte til at de sidenhen ønskede at klage.

Klager kan forebygges i det kliniske mikrosystem omkring patienten. Indsatsområderne ligger på klinisk praksis, kommunikation og de mere overordnede læringssystemer, som sygehuset etablerer.

I undersøgelsen er følgende konkrete tiltag blevet fremhævet som medvirkende til at forebygge at der opstår behov for at klage på de interviewede afdelinger:

- Tal med patienter og pårørende om hvad de kan forvente i forbindelse med indlæggelse eller ambulant behandlingsforløb. Skriftligt eller webbaseret informationsmateriale kan understøtte dette, men ikke erstatte den mundtlige forventningsafstemning. Praktiseres blandt andet på Juliane Marie Centeret på Rigshospitalet.

- Når der sker uventede ting, så tal med patienterne om hvad der er sket og hvorfor med det samme. Hvis der er tale om en utilsigtet hændelse, som har skadet patienten, så tag ansvar, anerkend at skaden er sket, sig undskyld og giv patienten en forklaring på, hvad man videre vil gøre.<sup>9</sup>
- Brug udskrivnings-/afslutningssamtalen til også at spørge til patientens eller de pårørendes oplevelse af forløbet. Herved kan nogle skuffelser bearbejdes og misforståelser opklares.
- Informér om de formelle klagemuligheder, men gør også patienten opmærksom på muligheden for at kontakte afdelingen for en snak om forløbet. Dette anbefales af hovedparten af de interviewede afdelinger.
- En opringning til patienten 3 dage efter udskrivelse kan gennemføres for at sikre, at alt er i orden. Patienten kan få svar på udestående spørgsmål, hvilket giver både øget klinisk kvalitet og tryghed for patienten. Her er der mulighed for at opdage en klage i opløbet. Praktiseres af Kolding organkirurgisk afdeling.
- Frankerede feedback postkort som udleveres til alle patienter i forbindelse med udskrivning/afslutning kan give afdelingen værdifuld indsigt i, hvordan patienterne oplever at afdelingen fungerer. Kommer der en meget negativ tilbagemelding, kan patienten ringes op og inviteres til et møde. På Kolding organkirurgisk afdeling vurderer de, at dette er en væsentlig kilde til klageforebyggelse. Omtrent halvdelen af deres patienter indsender postkortet; de fleste med positive feedback.

#### Feedback postkort fra Kolding Organkirurgisk afdeling



<sup>9</sup> Dette er en opsummering af patientambassadørernes råd i Dansk Selskab for Patientsikkerheds læringssæt "Når skaden er sket". Læringssættet kan rekvireres via [www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk)

## PATIENTERNES ØNSKER OM HJÆLP TIL KLAGESKRIVNING

Patienterne og pårørende i undersøgelseerne mener alle, at det vil være en stor fordel at patienter kan få hjælp til at formulere deres klager fra en, som har indsigt i sundhedssektoren og klagemulighederne. Patientvejlederne tilbyder allerede i dag at hjælpe patienterne med klageprocessen, hvilket de interviewede patientvejledere angiver som deres hovedopgave. Alligevel er kendskabet til dem måske ikke så udbredt.

Af de 12 patienter/pårørende som deltog i undersøgelsen, kendte kun 2 til muligheden for at bruge en patientvejleder. I alt 7 patienter/efterladte i undersøgelsen har klaget til sygehuset og/eller patientklagenævnet. Heraf havde 6 fået hjælp til at gennemtænke deres kritikpunkter, før vedkommende skrev sin formelle klage eller et klagebrev til afdelingen. Blandt de 6 respondenter, som ikke har fået hjælp til afklaring af deres klagepunkter, er der kun 1 som selv har klaget. Det tyder på, at barriererne for at klage er ganske store, selv når patientforløbene rummer så alvorlige hændelser som hjertestop, invalidering og dødsfald.

De patienter/efterladte, som fik hjælp til at formulere klagen, støttede sig til en person i deres eget netværk, som havde en indsigt i patientsikkerhedsarbejde og klagesystemet. Flere af dem fortalte, at de ikke ville have klaget uden den støtte de fik i deres netværk. Støtten var vigtig af to grunde:

- 1) De skadelidte følte sig bestyrket i deres tro på, at det var rimeligt at klage.
- 2) Patienter/pårørendes første forsøg på at skrive en klage var ikke vellykkede. Ved at få hjælp til at afklare, hvad klagen skulle handle om, blev de i stand til at formulere klagepunkterne som spørgsmål til nogle kritiske hændelser uden at brevet blot blev en udladning af vrede og frustration.

Blandt de patienter, som har valgt ikke at klage, beskrives følelser som afmagt og tvivl om det nytter noget at klage. Flere nævner også, at de ikke tror på, at de kan skrive en saglig klage, fordi de er så vrede.

På den baggrund er det ikke overraskende, at alle respondenterne er enige om, at det er vigtigt at alle patienter i fremtiden ved, hvor man kan få hjælp til klageprocessen.

Der er også udbredt enighed hos klinikere og patientvejledere om, at det er en fordel for alle parter, hvis patienten får hjælp til at afklare, hvilke klagepunkter som er de væsentlige i forbindelse med formuleringen af en skriftlig klage. De begrundet det med, at patienter som er utilfredse med et forløb eller en hændelse i forløbet kan være meget vrede, bange og forvirrede. Klinikere mener, at det ofte afføder lange og ufokuserede klagebreve, som er vanskelige og unødigt tidskrævende for afdelingerne at forholde sig til. Et godt skriftligt oplæg giver ifølge flere ledere i undersøgelsen det bedste afsæt for en god dialog.

## PATIENTERNES TANKER OM DEN SKRIFTLIGE KLAGE

Patienterne i undersøgelsen er tilfredse med, at der fremover kun er en enkelt klage-indgang.

Patienterne lægger vægt på, at de kan skrive klagen om det de har oplevet uden på dette tidspunkt at præcisere, om det er en "systemklage" eller en klage over sundhedspersoners faglige virksomhed. Undersøgelsen understøtter partsindlæg i debatten forud for lovforslaget, som peger på, at det i praksis ofte vil være umuligt for patienten at vide, hvad klagens væsentligste omdrejningspunkt er, før der har været en dialog med behandlingsstedet og/eller rådgivning fra en person med indsigt i sundhedsjura.

Alle adspurgte patienter og klinikere anbefaler, at den indsendte klage betragtes som diskussionsoplæg. Den kan fungere som et udkast til en endelig klage, hvis en klagesag stadig er relevant efter dialogmødet. Ca. 2/3 af respondenterne er forelagt denne idé, som opstod et stykke inde i interviewfasen.

Der er opbakning til lovforslagets formulering om, at det også skal være muligt at sende klagen direkte til sagsbehandling uden forudgående dialogmøde.

## ORGANISERING AF DIALOGMØDER

Spørgsmål om hvem, der skal arrangere dialogmødet og hvem der skal deltage, gav anledning til lange diskussioner i alle interviewene. Der er mange hensyn som skal afbalanceres overfor hinanden, og der er næppe en løsning, som passer til alle situationer. Men udvælgelsen af deltagere kan blive mere gennemtænkt, hvis arrangøren kender klagerens ønsker til mødet på forhånd.

### Hvem skal indkalde til dialogmødet

Afdelingslederne lægger vægt på, at de kan få kontakt med klageren før mødet for at få en fornemmelse af, hvad der er vigtigt for patienten i selve mødesituationen.

Afdelingslederne finder det hensigtsmæssigt, at de indkalder til dialogmødet af følgende grunde:

- det giver afdelingsledelsen mulighed for at få kontakt med klagerne før mødet
- det udviser ansvar overfor den, som har klaget
- det kan være svært at koordinere kalendere for mødedeltagere på afdelingen, hvis der er kort varsel

De fleste af de interviewede patienter finder det vigtigt, at det er sygehuset som reagerer på klagen og inviterer til mødet. Et par stykker nævnte, at de ville foretrække, at mødet blev indkaldt af en, som ikke var part i sagen.

Det forekommer mest naturligt for de fleste patienter og næsten alle klinikere, at forpligtelsen til at invitere til mødet skal ligge hos ledelsen på den afdeling, der klages over. På et af ledergruppeinterviewene blev det foreslået, at hvis der klages over mere end én afdeling, kan ansvaret ligge på det organisatoriske niveau, som akkurat dækker de implicerede afdelinger. I klager over tværsektorielle forløb, kan det være mest hensigtsmæssigt at regionen har ansvaret for planlægning af mødet.

Hvem skal indkalde til dialogmødet?	Afdelingsledelsen (eller relevant ledelsesniveau)	Regionen (f.eks. patientkontoret)
Argumenter for (fremkommet i interview)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det signalerer ansvarlighed overfor klageren</li> <li>• Det giver mulighed for at lederen får en indledende fornemmelse af klagerens sindstilstand, hvilket er en hjælp ved forberedelse af mødet.</li> <li>• Det forankrer klagen på det sted, den vedrører</li> <li>• Der vil ofte være flere klinikere, som skal deltage i mødet, og så bliver det lettest at det foregår på afdelingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionen opfattes som mere uvildig af klageren, hvilket kan virke tryghedsfremmende.</li> <li>• Det giver mulighed for at holde mødet på "neutral grund" for alle parter.</li> <li>• Der er mulighed for, at patientvejlederen kan påtage sig en mæglerrolle, hvis vedkommende også er "vært"</li> </ul>
Argumenter imod (fremkommet i interview)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdelingsledelsen kan virke intimiderende på patienten</li> <li>• Hvis afdelingsledelsen føler sig presset til at påtage sig opgaven, kan "kemien" være dårlig fra start</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionen kan virke lidt fjern i.f.t. patientens forløb</li> <li>• Det kan muligvis tage længere tid at få arrangeret på grund af vanskeligere kalenderkoordination, end hvis afdelingen gør det.</li> </ul>

### Invitationens form

I de to ledergruppe interview var der stemning for, at afdelingsledelsen *ringer* til klageren og tilbyder et dialogmøde hurtigst muligt. Der er erfaring for, at det opfattes positivt, hvis klageren ringes op af en leder på afdelingen. Dette giver mulighed for, at lederen kan "lodde stemningen" hos patientens familie og bruge denne indsigt til at tilrettelægge dialogmødet mest hensigtsmæssigt. Patienter som er meget følelseladede kan f.eks. betyde at ledelsen kan vælge at skåne sit personale for konfrontationen, i hvert fald i første omgang. Afdelingslederne og klinikerne er enige om, at patientens ønsker til deltagere fra behandlingsstedet så vidt muligt bør tilgodeses. Klageren kan have et ønske om at tale med eller netop ikke tale med personale, som har været direkte involveret i en alvorlig hændelse. Klagerens ønsker og sindstilstand er således væsentlige input til den leder, som skal udvælge personale til at deltage i mødet. Dette kan være vanskeligt at få frem hvis invitationen kommer skriftligt.

De fleste af patienterne i undersøgelsen er positivt indstillet overfor, at det er en leder som kontakter dem efter klagen er afsendt. Enkelte brød sig ikke om det, og lagde vægt på at hvis de blev ringet op før mødet, skulle samtalen udelukkende dreje sig om at få en aftale, ikke en egentlig diskussion om klagens indhold.

### Hvem skal deltage i mødet

Hvis klagen berører mere end én afdeling, finder både patienter og klinikere det vigtigt, at begge afdelinger repræsenteres ved dialogmødet. Dette vil medvirke til, at personalet fra de enkelte afdelinger ikke kan skyde skyld på de andre, og at klageren oplever at det er "systemet" der tager ansvar. Omvendt bemærker

flere, at ressourceforbruget stå mål med klagens alvor. Der er eksempler på, at patientklager nævner mange personer som kun har haft ganske perifer berøring med patienten.

Lederne mener, at udvælgelsen af deltagere må komme an på en konkret vurdering. Der er i interviewene med klinikere og ledere enighed om, at det bør være afdelingsledelsen som tager stilling til, hvem der skal deltage fra afdelingens side. Såfremt klagen har en meget alvorlig karakter, eller der er indikationer på at klageren er meget oprevet, mener de det er en god idé at en fra afdelingsledelsen eller en person med særlig kompetence i mediation er til stede.

Det er veldokumenteret, at alvorlige skader på patienter som følge af utilsigtede hændelser påvirker personalet dybt<sup>10</sup>. Derfor er der en væsentlig opgave for lederen i at sikre, at personalet bliver bakket op i forbindelse med et dialogmøde.<sup>11</sup> Lederne i interviewene var generelt meget opmærksomme på denne problematik, men deres holdning til, hvorledes den såkaldte "2nd victim" problematik skal håndteres, var vidt forskellig. Cirka halvdelen mente, at det personale, som har været direkte involveret i en skadevoldende hændelse *altid* bør være til stede ved dialogmødet. Den anden halvdel mente det modsatte.

I interviewene af klinikerne var der udbredte ønsker om, at man bliver inviteret med til mødet, hvis man har været involveret i det, som klagen handler om. Det føles vigtigt for de fleste respondenter, at man får mulighed for at forklare sig, og ikke bliver holdt udenfor af ledelsen<sup>12</sup>.

Ud af disse forskellige synspunkter tegner der sig alligevel nogle principper, de fleste ledere kunne blive enige om:

- Det kan være et udmærket princip, at klageren bliver spurgt om hvem han/hun særligt ønsker med ved mødet. Dette bør ledelsen så vidt muligt tage hensyn til, men det er afdelingslederens beslutning om ønsket imødekommes.
- De fleste patienter og ingen klinikere mente, at man bør tvinge det direkte implicerede personale til at deltage i dialogmødet. Flere af lederne mente dog, at lederen har en opgave i at hjælpe personalet med at blive klar til et møde i de alvorlige sager.
- Hvis en kliniker er stærkt berørt af en klage, må lederen tale det grundigt igennem med vedkommende før det evt. besluttes, om han/hun skal deltage i mødet. Der er også mulighed for at holde et første møde mellem klageren og lederen, og derefter holde muligheden åben for at et nyt møde, hvor klinikerens deltager.
- Hvis en kliniker er stærkt berørt af en utilsigtet hændelse eller af tonen i en klage, er det en god ide at vedkommende har en chef eller anden støtteperson med, hvis han/hun deltager i dialogmødet.

---

<sup>10</sup> John Banja (2005) "Medical Errors and Medical Narcissism", Jones and Bartlett Publishers

<sup>11</sup> Se Dansk Selskab for Patientsikkerheds pjese "Sig undskyld" samt kompendiet "Når skaden er sket" fra læringssættet "Patientsikkerhed. Når skaden er sket", som kan downloades eller bestilles på [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

<sup>12</sup> På dette punkt kan undersøgelsesdesignet være præget af "selection bias", idet de afdelinger og personer, der har indvilget i at deltage i undersøgelsen, er overvejende positivt indstillet overfor dialogmøder som element i systemisk læring.

- Dialogmøder fungerer bedst hvis der er "balance" i antallet af deltagere på begge sider af bordet. Enkelte læger i undersøgelsen fandt det uproblematisk at tage møder alene med klagerne, men ellers var der udbredt enighed – også fra ledernes side – om at man bør være to fra personalesiden.
- Både patienter og personale finder det vigtigt, at klageren har en pårørende, og meget gerne en bisidder med indsigt i sundhedssystemet med ved mødet. Klinikerne har oplevet, at det kan være en fordel at der er en person, som klageren har tillid til, som kan hjælpe ham/hende med at forstå, hvad der bliver sagt. De interviewede patientvejledere fremhævede, at når de er med som bisiddere kan det virke som en garant for, at patienten faktisk får svar på sine spørgsmål. Uden at gøre andet end at være til stede, kan de blive en slags "anstandsdame" for dialogprocessen.

Patienternes behov er at have mulighed for at få en uvildig bisidder, og denne rolle kan i princippet besættes af en hvilken som helst person, som patienten har tillid til, som kender noget til sundhedsvæsenet eller patientens sygdom, og som evner at lytte og stille konstruktive spørgsmål.

#### Forberedelse af mødet

På behandlingsstedet kan der være behov for et forberedende møde, især i de mere alvorlige sager, eller hvis mere end en enkelt afdeling er involveret.

- I alvorlige sager vil det være en fordel, at det indklagede personale har nogen udenfor egen afdeling at støtte sig til, f.eks. en psykolog eller anden ekspert i "2nd victim" problematikken. Ikke alle afdelinger har en åben og imødekomende kultur i forbindelse med utilsigtede hændelser.
- Hvis klagen rejser alvorlig kritik af den kliniske faglighed, kan det være en fordel at de indklagede kan tale med en udenforstående som har indsigt i specialet, for at få en slags "2nd opinion" på deres egen rolle.

Hvis der er flere end én afdeling involveret, synes lederne at det er væsentligt, at de kender hinandens rolle i hændelsesforløbet før mødet med patienten/de pårørende.

#### Mødets placering

Patienterne finder det vigtigt, at mødet afholdes på et sted, som er rart at sidde, og hvor der ikke er risiko for at blive forstyrret. Flere udtrykte spontant ønske om, at mødet ideelt set skulle foregå hjemme hos dem selv, men hvis ikke dette kunne lade sig gøre, ville de helst have at det var et "hyggeligt" rum på sygehuset eller patientkontoret.

Sygehuspersonalet var entydigt interesseret i, at møderne bliver holdt så tæt på deres daglige arbejdslokalitet som overhovedet muligt – helst i direkte nærhed eller på afdelingen.

Hvor skal dialogmødet holdes?	På afdelingen (eller relevant ledelsesniveau)	I regionen (f.eks. patientkontoret)
Argumenter for (fremkommet i interview)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det forankrer klagen på det sted, den vedrører</li> <li>• Der vil ofte være flere klinikere, som skal deltage i mødet, og så bliver det lettest at det foregår på afdelingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionen opfattes som mere uvildig af klageren, hvilket kan virke tryghedsfremmende.</li> <li>• Det giver mulighed for at holde mødet på "neutral grund" for alle parter.</li> </ul>

Hvor skal dialogmødet holdes?	På afdelingen (eller relevant ledelsesniveau)	I regionen (f.eks. patientkontoret)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er mulighed for, at patientvejlederen kan påtage sig en mæglerrolle, hvis vedkommende også er "vært"</li> </ul>
Argumenter imod (fremkommet i interview)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patienten er på "fremmed grund"</li> <li>Patienterne finder det vigtigt, at stedet føles rart og hjemligt, men oplever at afdelingens faciliteter er kolde og upersonlige.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regionen kan virke lidt fjern i.f.t. patientens forløb</li> <li>Det kan muligvis tage længere tid at få arrangeret på grund af vanskeligere kalenderkoordination, end hvis afdelingen gør det.</li> </ul>

## AFVIKLING AF DIALOGMØDER

Flere af de interviewede patienter og klinikere nævnte, at det må være væsentligt at dialogmøderne kører efter en fast skabelon. For patienternes vedkommende kan der være en vis frustration bygget op i forvejen, hvor man ikke har følt sig lyttet til. Disse enkle idéer til mødets struktur kom frem:

- 1) Patienten / den pårørende fremlægger hvad klagen drejer sig om – og beskriver sin opfattelse af forløbet
- 2) Klinikere / afdelingsledelsen beskriver hvordan de opfatter forløbet omkring klagepunkterne.
- 3) Hvis klageren har behov for det, kan der gives en undskyldning.
- 4) Mødelederen (kan være bisidderen) udforsker, hvad man er enige om, og præciserer forskelligheder i opfattelser. Disse forskelle kan man så se, om der kan kastes mere lys på.
- 5) Mødet konkluderes med en opsummering fra afdelingen, hvor patienten/de pårørende får en foreløbig tilbagemelding på, om afdelingen giver patienten medhold i, at visse ting kan og bør gøres bedre. Der kan gives en orientering om, hvordan afdelingen arbejder med forbedring af kvaliteten, og evt. også om, hvordan den aktuelle sag vil blive brugt i et læringsøjemed.

## LÆRING AF KLAGER

Uanset, om klageprocessen afbrydes efter dialogmødet eller fortsætter i Patientombudet, så mener de interviewede ledere, at en systematisk dokumentation og bearbejdning af de rejste kritikpunkter vil være hensigtsmæssig for afdelingens løbende arbejde med kvalitetsudvikling.

På både Rigshospitalet og Kolding sygehus var der flere afdelinger, som havde en systematisk opfølgingsproces på patientklager, både dem rettet til afdelingsledelsen og til patientklagenævnet. Ledelsen afsøger mønstre i, hvad og eventuelt hvem, der bliver klaget over, og diskuterer det med personalet. Det har blandt andet ført til indførelsen af kommunikationskurser for alle ansatte på en af Koldings afdelinger. Det er imidlertid slående, at kun to ud af seksten interviewede klinikere nævnte "læring" da de blev spurgt om, hvad de gerne ville have ud af en dialog med patienter. Lederne var alle meget optaget af at bruge klager som indgangsvinkel til at skabe læring. Dette tyder på, at der er behov for



en kulturforandrings-indsats på afdelingerne, så klinikerne kan se dialogmøderne som en positiv mulighed for at lære af patienternes oplevelser.

Der blev i interviewene givet følgende eksempler på læringsystemer:

- Afdelingsledelse læser alle klager og analyserer dem samlet en gang i kvartalet. Herefter diskuteres mønsteret i klagerne med personalet. Hvis der er et forandret indhold i klagerne bliver der taget en beslutning om, hvordan man vil komme videre.
- Årlige audits af klagesager som afrapporteres til sygehusledelsen.

Enkelte andre sygehuse i Danmark (f.eks. Glostrup<sup>13</sup>) har erfaringer med at invitere utilfredse patienter ind til morgenkonferencer for at fortælle om deres forløb. Patienterne fortæller bare, uden afbrydelse. Først efter at der er sagt farvel, diskuterer klinikerne hvilke konsekvenser de vil drage af det.

Systematisk læring af patienters dårlige oplevelser og anvendelse af denne viden i forbedringsprojekter har stor effekt på sygehuses kvalitetsudvikling. "Patient centered care" modellen bygger på inddragelse af patienters og pårørendes erfaringer i kvalitetsudvikling<sup>14</sup>.

Både danske og udenlandske erfaringer tyder på, at forpligtende inddragelse af patienternes erfaringer og forløbsbeskrivelser i sygehuses kvalitetsudviklingsarbejde er en effektiv langsigtet strategi til at øge patienttilfredsheden og den kliniske kvalitet.<sup>15</sup> Desuden medfører det, at antallet af klagesager falder. Der er opnået gode erfaringer med denne tilgang i USA, England og Australien.

---

<sup>13</sup> Samtale med Erik Juhl, 23.2.2010

<sup>14</sup> Patient Centered Care modellens systematiske læring af patientoplevelser er beskrevet i flere publikationer fra Institute of Healthcare Improvement. Find links på [www.ihl.com](http://www.ihl.com)

<sup>15</sup> Danske Patienter (2009): "Patientrepræsentation. Inddragelse af patientperspektivet i organisering og udvikling af sundhedsvæsenet." Kan downloades fra [www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk).

## SAMMENFATNING AF ØNSKER TIL DIALOGEN

Nedenstående oversigt sammenfatter i stikordsform nogle af de centrale problematikker vedrørende dialogmøder, som blev berørt i interviewene. Indholdet er alene udtryk for respondenternes ønsker.

Spørgsmål	Patienters ønsker til dialogen	Klinikeres ønsker til dialogen	Lederes ønsker til dialogen
Hvad vil I gerne have ud af dialogen?	<p>Alle ønsker en forklaring. Nogle nævner også "at få luft" og blive lyttet til. (int. nr.1, 3, 4, 5, 10)</p> <p>Enkelte ønsker at mærke, at personalet er kede af det skete (nr. 3, 9, 11).</p> <p>Når det lykkes at få dialogen, fortager vreden sig, og klageren ser mere nuanceret på årsagerne (nr. 5, 8, 12)</p>	<p>Har et personligt ønske om at forklare sig.</p> <p>Ønsker at klageren går derfra og forstår hvorfor ting gik, som de gik.</p>	<p>Vigtigt at holde formålet klart: handler det om at forstå hvad der er sket og nærme sig hinanden, eller om at afklare forløbet rent juridisk? Dette har konsekvenser for hvordan dialogen tilrettelægges.</p> <p>Lederne ønsker generelt, at formålet er at alle parter forstår forløbet.</p>
	<p>En sikker fornemmelse af, at deres klage bruges til at forbedre systemet fremadrettet.</p>	<p>Kun 2 af 16 respondenter nævner selv læring. (Det fleste har en opgivende holdning til systemiske forbedringer på baggrund af "serviceklager" eller "forløbsklager", som der er flest af.)</p>	<p>Læring nævnes af en deltager i begge ledelsesgruppe-interviewene, og alle deltagere bakker op om det.</p>
Syn på undskyldninger	<p>Ofte ønskes en undskyldning, men ikke alle respondenter finder det vigtigt at ordet undskyld bruges. Alle ønsker at personalet skal tage ansvar for det, som er sket.</p> <p>En undskyldning kan få en uventet positiv effekt på klagerens opfattelse af sygehuset. (int. nr. 8)</p>	<p>Giver undskyldning, hvis de mener det er berettiget, f.eks. ved erkendt UTH, men ikke ved "kendte komplikationer" og heller ikke for f.eks. udskudte operationer</p>	<p>Finder det væsentligt, at <i>systemet</i> påtager sig ansvar for dårlige forløb og UTH'er overfor patienterne. Mener at en undskyldning oftere kan være berettiget, end klinikerne gør. Samtalen vil vise, om der skal gives en undskyldning, og det må i givet fald ske på afdelingsniveau, da systemperspektivet skal fastholdes.</p>
Hvem skal deltage i samtalen på personale-siden?	<p>Mange ønsker at møde det personale, som klages over, eller som minimum én, der har godt indblik i forløbet.</p> <p>Ønsket om at få den i tale, som klageren selv tror er</p>	<p>Både læger og sygeplejersker udtrykker ønske om at blive inviteret med i sager, som de har været direkte involveret i. Ellers kan de føle sig holdt udenfor.</p>	<p>Delte meninger om, hvorvidt direkte involveret personale skal eller bør deltage i dialogen. De fleste synes, at direkte involveret personale bør deltage, hvis klageren ønsker det OG</p>

Spørgsmål	Patienters ønsker til dialogen	Klinikeres ønsker til dialogen	Lederes ønsker til dialogen
	ansvarlig for en fejl, kan være meget stærkt (næsten alle interview).	Vil have mulighed for at deltage i samtalen, og som minimum have indflydelse på, hvad ledelsen siger til klageren.  Næsten alle respondenter mener, at den direkte kontakt i dialogen er den bedste måde at komme videre, når der er klager.	forholdene taler for det. Enighed om, at direkte involveret personale ikke går alene til samtale. Tvangsdeltagelse kan føre til defensiv adfærd (int. 11b)  Mulighed for at vælge mødedeltagere efter situationen.  En leder fra afdelingen kan ringe til klageren for at invitere til dialogmødet.
Ledelsens rolle ved dialogmødet			Hvis en ansat er meget ked af det, er det en ledelsesmæssig opgave at få vedkommende "klar" til dialogmødet. (int. nr. 13 & 17) Ledelsen skal beskytte personalet mod aggressive klagere. (Int. nr. 15, 17, 11b)
	Hvis ledelsen er til stede, får patienterne mere tillid til, at der sker læring.	Meget vrede patienter og/eller alvorlige UTH'er: leder bør være til stede ved samtalen. (int. 1, 3, 6, 7, 8, 10, 11,12) I mindre alvorlige sager er respondenterne uenige om, hvorvidt ledelsen bør være med.	Vil gerne deltage for at bakke op om personalet, støtte dialogprocessen, få indsigt i, hvad sagerne drejer sig om, så der kan tages handling på forbedringsbehov
Hvem skal deltage i samtalen på patient-siden?	Den som klager og andre efter eget valg, hvis man ønsker det. (alle)  Vrede patienter har behov for en bisidder. (int. nr. 3, 9 & 11)	Finder det vigtigt, at der er pårørende med for at kunne hjælpe med at lytte. Mange respondenter fremhæver, at der bør være "balance" i antallet på begge sider.	
Hvordan sikres det at dialogen bliver konstruktiv?	Mulighed for en <i>uvildig</i> bisidder med enten mægler-kompetence eller sundhedsfaglig indsigt. De fleste finder, at sygehusets patientvejleder vil være	Sygeplejersker vil gerne have en bisidder med faglig indsigt, gerne en læge eller afdelingsleder. Lægerne er mere indstillet på at tage	Patienten kan med fordel få støtte af en bisidder med indsigt i sundhedsvæsenet. Deltagere i begge ledergruppeinterview fandt at patientvejlederen er

Spørgsmål	Patienters ønsker til dialogen	Klinikeres ønsker til dialogen	Lederes ønsker til dialogen
	velegnet. I sager med personkonflikter er uvildigheden særligt vigtig, og klageren kan føle sig i tvivl om patientvejlederens habilitet <sup>16</sup> .	samtalen uden bisidder, men i alvorlige tilfælde vil de gerne have at ledelsen deltager.	oplagt.
Hvornår skal samtalen foregå.	Timing: når de føler sig parat (men det gør de typisk, når de selv har taget initiativ til at klage).	Timing: hurtigst muligt efter hændelsen. Det kan være et problem for personalet, hvis klagen kommer måneder efter hændelsen.	Dialogen iværksættes snarest muligt efter, at patienten/de pårørende er blevet bevidste om, at de er utilfredse. Dialog er langt bedre end skriftlige forklaringer, og den bør finde sted før der er brugt ressourcer på skriftlige besvarelser. Vigtigt at få klagen tilsendt straks for at tidsfristen på 4 uger kan overholdes.
Hvor skal samtalen foregå	Flere respondenter siger: helst hjemme hos patienten for at skabe ligevægt i samtalen og gøre patienten til "et helt menneske" i personalets øjne. Alternativt: i et uforstyrret, hyggeligt indrettet samtalerum på sygehuset. Alle er enige om, at de fysiske rammer er vigtige.	De, som har forholdt sig til spørgsmålet, mener det skal foregå på afdelingen. Vigtigt, at man ikke bliver forstyrret.	På sygehuset, eller evt. patientkontoret.
Hvor lang tid skal sættes af?	En time vil nok dække de fleste behov.	½-1 time, afhængigt af situationen.	
En eller flere samtaler?	Har ikke forholdt sig til spørgsmålet	I de fleste tilfælde vil det være nok med en enkelt samtale, men i alvorlige sager kan det være en fordel at ledelsen tager en indledende snak med klageren, hvorefter der holdes dialogmøde hvor også de direkte involverede personer er tilstede.	
Hvis der klages over flere afdelinger	Ønsker at få "systemets" forklaring, derfor er det bedst at have alle involverede samlet til mødet.	Vigtigt at alle afdelinger er repræsenteret ved samme møde, bl.a. for at undgå at kolleger peger fingre af hinanden.	Dialogmøde med alle involverede afdelinger på én gang. Det kræver grundig forberedelse, bl.a. et formøde for personalet.

<sup>16</sup> Respondenterne forholder sig til hvor vidt patientvejlederne kunne være ønskværdige i bisidderollen ud fra deres eget perspektiv. Her tages ikke stilling til hvordan man sikrer uvildighed i forvaltningslovens forstand. Hvis patientvejlederne skulle kunne indgå i bisidder-rollen, ville det kræve at ministeren fastsatte en ændret opgavebeskrivelse.

Spørgsmål	Patienters ønsker til dialogen	Klinikeres ønsker til dialogen	Lederes ønsker til dialogen
Tilrettelæggelse af dialogmødet	Initiativet til dialogmødet bør komme fra sygehuset. Alle respondenter er enige.		

## SAMMENFATNING AF ØNSKER TIL KLAGEPROCESSEN GENERELT

Selv om fokus i denne undersøgelse har ligget på, hvordan et dialogmøde kan lykkes, er der alligevel i samtalerne dukket refleksioner op over klageprocessen generelt. Nedenfor opsummeres respondenternes syn på, hvilke forhold klageprocessen fremadrettet bør tage højde for.

	Patienters ønsker til klageprocessen	Klinikeres ønsker til klageprocessen	Lederes ønsker til klageprocessen
Adgang til at klage	Flere respondenter ser journalen som en barriere for at klage. De synes ikke de kan skrive en klage, før de forstår alt hvad der står i journalen. Disse patienter ønsker lettere adgang til at klage, f.eks. ikke at skulle forholde sig til hele journalen. (nævnt i 3 interview)	Det hænder, at utilfredse patienter blot får stukket en brochure om klage-processen i hånden, i stedet for at man forsøger at tale med dem om det, de er utilfredse med. Alene dette fører måske til klager, som kunne være undgået ved en dialog. (nævnt i to klinikerinterview, et på RH & et i Kolding, ledelse på RH var enige)	
	Alle er enige om, at patienter skal kunne kræve klagen behandlet uden, at der har været et dialogmøde.		
Hvad der kan klages over	Der bør kunne klages over alt, hvad der ikke lever op til rimelige forventninger, også samarbejdet med patienten/de pårørende. Det er svært at forstå skellet mellem patientforsikring og patientklagenævn i dag. Derfor er én indgang vigtig. Det kan være yderst vanskeligt at skelne mellem klager over forløb og sundhedspersoner, som der lægges op til i lovforslaget.	Ønsker, at de kun skal forholde sig til klager med "substans". Oplever, at mange klager i dag er irrelevante, fordi de handler om forhold, som de sundhedsfaglige ikke kan "gøre for", f.eks. udskudte operationer og kendte komplikationer. Finder generelt klager over skadevoldende UTH'er og dårlig klinisk kvalitet relevante.	Lederne mener generelt, at patienternes klager er relevante, også når de drejer sig om de "bløde" ting: ventetider, uhensigtsmæssige forløb og kommunikationsbrist. Hilser den udvidede klageadgang velkommen.
Klagens indhold & udformning	Patienter vil gerne beskrive nuancerne i deres forløb for at kunne få en fyldestgørende forklaring. D.v.s. ingen begrænsninger på format.	Respondenterne er enige om, at klagerne i dag ofte er meget lange, beskrivende og ufokuserede. Mange klager tager "alt for meget" med. "Det er svært at se, hvad der er det essentielle, når klagerne fylder 15 tætskrevne sider." (int. nr. 14b)	

	Patienters ønsker til klageprocessen	Klinikeres ønsker til klageprocessen	Lederes ønsker til klageprocessen
	Ønsker mulighed for at få hjælp til at skrive klagen, så den bliver taget alvorligt.	Det ønskes, at klagerne fremover bliver mere kortfattede og koncentrerer sig om relevante klagepunkter.	
Sagsbehandling	Forstår ikke, at sagsbehandlingen skal være så lang. Oplever, at sagsbehandlingen i dag tilsidesætter forhold, som er meget væsentlige for patienten.	Sagsbehandlingen bliver tung i dag, fordi alle som nævnes i klagerne skal svare skriftligt på klagen. Ønsker at slippe for at svare på klager fra patienter, de ikke selv kan huske, fordi de kun var perifert involveret.	Papirarbejdet er voldsomt i det aktuelle system. Ønsker mindre ressourcetung sagsbehandling med mindre "jurister" og mere læring. Hvis patientvejlederen er tovholder på klagesagen i de første faser vil dette måske komme af sig selv. (På RH styres alle klagesager fra klagenævnet og patientforsikringen gennem juridisk afdeling i dag.)
Fortolkning af det skete	Der kan være behov for at kunne spørge en uvildig sundhedsfaglig om det rimelige i den forklaring, der gives på klagen. Frygt for "at blive løbet om hjørner med". Det er ikke sikkert, at patientvejlederen kan leve op til dette, selv om han/hun var med til dialogmødet. [kk: det er jo derfor de skal have mulighed for at gå videre med klagen]	Debriefing umiddelbart efter "noget går galt" nævnes som effektivt og ønskværdigt af mange sygeplejersker. Lægerne lægger mindre vægt på det.  I forbindelse med klagesagen - og gerne før dialogmødet – ønske om at få en fagligt kvalificeret person til at gennemgå klagesagen med den indklagede/involverede læge. En slags faglig second opinion. (læge i interview. 11b)	Formøde før dialogmødet for at de involverede har et fælles billede af, hvad der er gået galt for patienten.



