

Konsensusrapport

Den gode samtale når noget går galt i sundhedsvæsenet

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

September 2021

Den gode samtale

når noget går galt ! sundhedsvæsenet

PS!

Indhold

1. Forord	2
2. Læsevejledning	5
3. Resume og anbefalinger	5
4. Åben og respektfuld kommunikation	6
5. En god patientsikkerhedskultur	8
6. Borgerens behov, når noget går galt	9
7. Internationale erfaringer	10
8. Ændringer i love og praksis	11
Erfaringer fra dialogsamtaler	12
Ændringer i tilsynet med sundhedsvæsenet	13
9. Barrierer og løsninger	13
Barrierer for borger/patient/pårørende	13
Barrierer for medarbejderne	14
Organisatoriske barrierer	16
10. Anbefalinger	17
I hvilke tilfælde skal man tale med borgeren om en hændelse?	18
Forberedelse til samtalen	19
Hvornår i forløbet skal samtalen foregå?	19
Hvordan kan samtalen foregå?	19
Hvem skal deltage i samtalen?	21
11. Referencer	23

PS!

Forord

Et grundelement i et moderne patientsikkert sundhedsvæsen er åben og respektfuld kommunikation mellem sundheds-personale og borgere, patienter og pårørende. Sundhedsindsatsen skal leveres sikkert og effektivt, men det er også vigtigt, at den kommunikation, der foregår omkring sundhedsindsatsen, understøtter borgerens/patientens tryghed og oplevelse af at blive lyttet til.

Dette gælder generelt, men er særlig aktuell i situationer, hvor der i et forløb for en borger/patient er noget, der ikke er gået som det skal. I 2008 udgav Dansk Selskab for Patientsikkerhed pjecen Sig undskyld, der handler om kommunikation i forbindelse med patientskader. Siden er der sket en del ændringer i sundhedsvæsenet. Patientsikkerhedskulturen har udviklet sig, og der er sket ændringer både organisatorisk og lovgivningsmæssigt.

Det er et område, som er fyldt med dilemmaer. Der sker i øjeblikket en udvikling i patientsikkerhedskulturen i retning af større åbenhed og større fokus på læring og kommunikation. Mange enheder i sundhedsvæsenet har allerede en god og naturlig praksis for, hvordan man taler med borgere/patienter i vanskelige situationer. Modsat har der også de senere år udviklet sig en stigende modstand blandt sundhedspersonalet imod at starte samtaler om fejl og patientskader, fordi man frygter konsekvenser.

Der er opnået positive erfaringer, blandt andet fra de dialogsamtaler, man har indført som tilbud i forbindelse med patientklager. Erfaringerne herfra kan med fordel bruges bredere, sådan at god kommunikation iværksættes tidligt i forløbet og er med til at genoprette tryghed og tillid mellem borger/patient og sundhedsvæsen.

Lovstramninger fra 2016 har betydet udfordringer for den åbne kommunikation mellem sundhedspersonale og borgerne, idet der blandt sundhedspersonalet er opstået en frygt for sanktioner fra myndighedernes side.

Derfor har Dansk Selskab for Patientsikkerhed, på opdrag af bestyrelsen, taget initiativ til at samle en arbejdsgruppe med deltagelse af sundhedsvæsenets interessenter.

Denne konsensusrapport præsenterer arbejdsgruppens overvejelser omkring kommunikation med borgere, patienter og pårørende, når noget går galt som led i behandling, genoptræning/rehabilitering eller pleje. Medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet arbejder i komplekse systemer, hvor fejl og skader kan ske. Dem skal vi lære af, og vi skal turde tale med borgere/patienter om det. Der er mange forskellige kontekster, behov og tilgange til dette arbejde i sundhedsvæsenet. Det er derfor ikke nogen nem opgave at skulle komme med anbefalinger på så komplekst et område, men vi prøver alligevel.

Rapporten har været forelagt en række eksterne ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet, der har erfaring med kommunikation med borgere efter fejl og skader.

To repræsentanter for Patientambassadørerne har været med i arbejdsgruppen og bidraget med patientperspektiver. Patientambassadørerne har desuden formuleret en udtalelse med deres ønsker til, hvordan patienter mødes, når noget går galt i deres forløb i sundhedsvæsenet (bilag).

Rapporten indeholder også en kort gennemgang af vigtige ændringer i lovgivningen, som har haft særlig betydning for god kommunikation med borgere/patienter, når noget går galt.

Målgruppen er alle dele af sundhedsvæsenet, dvs. både hospitaler, praksissektoren, apotekssektoren, det præhospitale område og andre steder, hvor det kan være relevant. Det gælder også alle sundhedsydelser i kommunerne, herunder ældreplejen og socialområdet, fx socialpsykiatrien. Desuden – og ikke mindst – vil anbefalingerne være relevante, når noget går galt ved overgange mellem forskellige sektorer. Fx ved udskrivelse fra sygehus til kommunal hjemme- og sygepleje. Rapporten er målrettet sundhedspersonale og ledere vel vidende, at der især i kommunerne også er andre professioner og ufaglært personale i frontlinjen. Her appelleres der til at finde lokale løsninger og tydelig forventningsafstemning af de respektive medarbejders rolle ift. mødet med borgere, når noget er gået galt.

Rapporten munder ud i en række anbefalinger, der kan bidrage til lokale drøftelser af, hvordan dialog med borgere/patienter om fejl, skader og andre hændelser, der har kompromitteret tillid og tryghed, kan vurderes og håndteres i praksis. Det er hensigten, at rapporten bruges som grundlag for udvikling af konkrete læringsredskaber til forbedring, forebyggelse og bedre kommunikation i alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Vi håber, at både sundhedsvæsenet og borgerne vil tage godt imod rapporten og de nye anbefalinger.

Rapporten er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2020. Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer, FOA, Danmarks Apotekerforening, Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES) samt Patientambassadørerne i Dansk Selskab for Patientsikkerhed:

- **Kommunernes Landsforening** ved **Inge Jekes**
- **Danske Regioner** ved **Rasmus Lund Rosenkrands** og **Martin Bredgaard Sørensen**
- **Lægeforeningen** ved **Unna Scherer**
- **Dansk Sygeplejeråd** ved **Susanne Richter**
- **Danske Patienter** ved **Lotte Lindemann Rønfelt**
- **Danske Handicaporganisationer** ved **Helle Schmidt**
- **FOA** ved **Amalie Dam-Hansen**
- **Danmarks Apotekerforening** ved **Rikke Lundal Nielsen**
- **Patientambassadørerne i Dansk Selskab for Patientsikkerhed** ved **Birgit Hartoft og Lise Christiansen**
- **Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES)** ved **Marlene Dyrløv Madsen**

Gruppen er blevet sekretariatsbetjent af konsulent Rikke Kristensen, konsulent Birgitte Holmark og kommunikationskonsulent Charlotte Frenndved, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Tak for værdifulde bidrag til rapporten fra

Dorthe Gylling Crüger, lægelig koncerndirektør i Region Hovedstaden

Charlotte Wilken-Jensen, ledende overlæge, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Amager Hvidovre Hospital

Nicolai Kjems, centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune

Kristine Binzer, praktiserende læge og lægefaglig konsulent, Region Sjælland

Anita Mink, praktiserende læge og plejehjemslæge

Dansk Selskab for Patientsikkerheds netværk at risikomanagere i regionerne og i kommunerne

Arbejdsgruppens forslag blev tiltrådt af bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2020.

Patientambassadørerne

Patientambassadørerne er et netværk af patienter og pårørende, der arbejder for et sikkert og effektivt sundhedsvæsen. De er tilknyttet Dansk Selskab for Patientsikkerhed og deltager i selskabets projekter.

Patientambassadørerne har udarbejdet en udtalelse "Sådan vil borgeren gerne mødes, når noget går galt i sundhedsvæsenet. Se bilag.

Læsevejledning

Brug af ord og betegnelser

Der findes en række ord og betegnelser, som anvendes når noget går galt i et forløb i sundhedsvæsenet. Det er begreber som "fejl", "patientskade", "utilsigtet hændelse" og "klage".

I denne rapport undgår vi at anvende skarpe definitioner af disse begreber. I stedet anvendes frasen "når noget går galt i et forløb". Det dækker over et kontinuum af hændelser fra fysisk, psykisk eller emotionel skade, fejl eller risici, som borgeren har været udsat for, skuffede forventninger hos borgeren, eller hændelser, der har beskåret kontakten mellem borger og sundhedspersonale.

På hospitalerne og i praksissektoren vil man som regel kalde brugerne for "patienter", mens brugerne i det kommunale sundhedsvæsen er "borgere".

I denne rapport anvendes primært ordet "borger", da det dækker bredt og også kan omfatte patienter og pårørende. Visse steder fx. i forbindelse med citater, anvendes dog også ordet "patient".

Resume og anbefalinger

Hvis en borger har været udsat for, at noget er gået galt i et forløb i sundhedsvæsenet, kan det være svært at tale om det. Det gælder både for sundhedspersonalet og for de berørte borgere, patienter og pårørende. Men i disse situationer er kommunikationen ekstra vigtig.

Nærværende konsensusrapport er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Selskab for Patientsikkerhed med deltagelse af sundhedsvæsenets interessenter. Den rummer en række anbefalinger, der kan støtte og guide i forbindelse med denne vanskelige kommunikation.

Den åbne og respektfulde kommunikation, der beskrives i rapporten, er aktuel – ikke bare ved fejl, utilsigtede hændelser, skader og klager, men i alle situationer, når borgeren har været ude for en hændelse, der har kompromitteret tilliden eller trygheden eller skabt misstemning mellem borger og sundhedsvæsen.

Arbejdsgruppen anbefaler:

Hvornår?

- at man så vidt muligt forsøger at afklare hændelser umiddelbart som led i behandling, genoptræning/rehabilitering og pleje og således forebygger utryghed hos borgeren.
- at forberedelserne til samtalen påbegyndes, så tidsmæssigt tæt på hændelsen som muligt, og at samtalen afholdes hurtigt efter, forudsat at borgeren er i stand til at modtage informationen, og at personalet kender de basale fakta om hændelsen.

Hvordan?

- at der, hvis der er behov for det, etableres en dialog med borgeren og eventuelt dennes pårørende i form af en samtale eller en samtalerække.

- at man tager ansvar for samtalen, anerkender at noget er gået galt, og at det har haft konsekvenser for borgeren, at man eventuelt siger undskyld, og at man forpligter sig til at følge op på det videre forløb.

Hvem?

- at man har lokale procedurer for, hvem der deltager i samtaler med borgere om hændelser, hvor noget er gået galt, og at indsatsen tænkes sammen med andre tiltag og bliver en del af "det vi gør".
- at der – når der tages stilling til, hvem der skal deltage i samtalen – tages hensyn til den konkrete situation, herunder borgerens ønsker og sundhedspersonalets kompetencer.
- at ledelsen skaber rammer og systematik om arbejdet og støtter op om medarbejderne i situationer, hvor der kommunikerer med borgerne om hændelser, hvor noget er gået galt, og at ledelsen om nødvendigt tager over.

— — —

Åben og respektfuld kommunikation

Åben og respektfuld kommunikation mellem sundhedspersonale og borgere er en forudsætning for en god patientsikkerhedskultur. Borgere har ret til information om deres helbred, pleje og behandling, inklusive den risiko, der er forbundet med sundhedsvæsenets ydelser. Denne åbne og imødekommende kommunikation er en naturlig del af et forløb, når en borger er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Helt generelt er kommunikation en meget vigtig del af den sundhedsfaglige ydelse. I en stor del af de utilsigtede hændelser og klager er problemer med kommunikationen medvirkende årsag.

Når noget går galt i et forløb, opstår der særlige udfordringer for kommunikationen. Det kan være en fejl, en utilsigtet hændelse eller et forløb, hvor behandlingsresultatet har været mindre vellykket, eller hvor der er tilstået komplikationer eller bivirkninger til behandlingen. Disse hændelser eller situationer kan være meget svære at tale om. Det gælder både for sundhedspersonalet og for de berørte borgere, patienter og pårørende. Men i disse situationer er kommunikationen ekstra vigtig.

Nærværende rapport rummer arbejdsgruppens anbefalinger, der kan danne grundlag for lokale drøftelser samt støtte og guidning i forbindelse med denne vanskelige kommunikation.

Den åbne og respektfulde kommunikation, der beskrives i rapporten, er aktuel – ikke bare ved fejl, utilsigtede hændelser, skader og klager, men i alle situationer, når borgeren har været ude for en hændelse, der har kompromitteret tilliden eller trygheden eller skabt misstemning mellem borger og sundhedsvæsen.

Omfanget og varigheden af kommunikationen vil afhænge af situationen og af borgerens behov. I nogle tilfælde kan situationen afklares med en enkelt forklaring eller dialog. I nogle situationer kan det også være omsorg, der er brug for snarere end dialog. I andre situationer kan det være nødvendigt med en længere samtalerække. Og sommetider er der brug for en udtrykkelig undskyldning.

“

Vi kan altid lære noget af de situationer, hvor borgerne er utilfredse. Det kan godt være, at det sundhedsfaglige er helt i orden, men om ikke andet kan vi blive bedre til kommunikationen.”

- Nicolai Kjems, centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune

”

Kommunikationen har flere formål. For det første er det vigtigt for den borger, som det er gået ud over, at sundhedsvæsenet i handlinger og ord viser, at borgerens oplevelser tages alvorligt. Borgeren har behov for at blive set, hørt og anerkendt, og kommunikationen er afgørende for, hvordan borgeren opfatter det, der er sket, og genetablerer tilliden til sundhedsvæsenet [1] [2] [3].

Kommunikationen og anerkendelsen kan desuden være et element i at afbøde de psykologiske følgevirkninger for de sundhedspersoner, der er berørt af hændelsen.

“

”Det er min erfaring, at det er en kæmpe forløsning både for patient og sundhedsprofessionel at få samtalen holdt - undskyldning eller ej.”

- Charlotte Wilken-Jensen, ledende overlæge, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital

”

Formålet med kommunikationen er desuden at sikre, at borgerens erfaringer og observationer inddrages aktivt i det videre behandlings- og læringsforløb. Borgeren oplever situationen fra en anden vinkel end sundhedspersonalet og kan derfor bidrage med erfaringer og observationer, der er vigtige for analyse af hændelsen. Aktiv inddragelse af borgeren viser, at borgerens oplevelser af hændelsen anerkendes (se bilag).

“

”Det handler om at skifte fokus fra, at personalet skal ’drage omsorg’ for patienten, til at personalet og patienten skal møde hinanden som ligemænd i dialogen. Dette gælder selvfølgelig ikke de svageste patienter, men det bør sige sig selv.”

- Birgit Hartoft, patientambassadør

”

Sundhedsvæsenet har naturligvis også et ansvar for at forebygge, at utilsigtede hændelser, skader og klager i det hele taget opstår. Mange utilsigtede hændelser og patientklager bunder i mangelfuld kommunikation mellem patienten og sundhedspersonalet, og mange hændelser vil kunne forebygges, hvis personalet klædes bedre på til kommunikationen med patienterne.

Hertil kommer, at et større fokus på god service vil kunne øge tryghed og mindske frustration hos patienten og dermed reducere risikoen for dårlige oplevelser. God service kan f.eks. være, at det er let at komme i kontakt med afdelingen, at man kan finde vej, at der udvises respekt for patientens tid.

En god patientsikkerhedskultur

Den åbne og respektfulde kommunikation mellem sundhedsvæsen og borger er som nævnt et vigtigt element i, hvad man kan kalde en god patientsikkerhedskultur. At opbygge og vedligeholde en god patientsikkerhedskultur i organisationen er ledelsens ansvar.

I en god patientsikkerhedskultur samarbejder sundhedsvæsenets ledere og medarbejdere med borgere, patienter og pårørende om hele tiden at forbedre arbejdsgange og kommunikation. Sundhedsvæsenet lytter til borgernes ønsker og behov og inddrager borgerne – både i de enkelte forløb i sundhedsvæsenet og i overordnede beslutninger lokalt og nationalt.

Organisationer med en god patientsikkerhedskultur er karakteriseret ved, at arbejdsgange og systemer designes så robuste som muligt, risici analyseres, og man uddrager læring af de situationer, hvor det går godt, og hvor det ikke går helt som planlagt.

Forløb tilrettelægges sådan, at de tilgodeser borgernes behov, pårørende inddrages og koordination på tværs af afdelinger og sektorer sikres. Særligt når der er tale om svækkede borgere eller borgere med en demenssygdom, sørger de sundhedsfaglige for at inddrage de pårørende og at sikre koordinering af relevante parter som f.eks. praktiserende læge mhp. god kommunikation og koordinering af det videre forløb.

Der er åbenhed og gennemsigtighed i forhold til de eventuelle fejl, utilsigtede hændelser og patientskader og -klager, som opstår, og disse episoder bliver brugt til læring og forbedringer.

Alt dette kræver psykologisk tryghed for både borgere og medarbejdere. Som borger skal man opleve, at det er i orden at gøre opmærksom på sine ønsker og behov og eventuelle fejl og risici. Medarbejderne skal føle sig trygge ved at påpege risici og at rapportere hændelser, der kan bruges til læring.

I en god patientsikkerhedskultur er der også et beredskab, der tager sig af medarbejdere, der har været involveret i hændelser, hvor noget er gået galt (second victims) [4].

Projekt: "Mental sundhed hos sundhedsprofessionelle"

Dansk Selskab for Patientsikkerhed samarbejder med en række andre organisationer om projektet "Mental sundhed hos sundhedsprofessionelle", der blandt andet skal se på omsorgen for 'second victims'.

Målet med projektet er, at sundhedspersonalet oplever en mere åben og empatisk kultur, der medvirker til at fremme mental sundhed, øge tryghed og psykologisk sikkerhed. Endvidere, at personale efter belastende oplevelser bliver mødt med forståelse, hjælp og konkrete evidensbaserede handlinger for at afbøde eller hindre psykiske traumer.

Den kollegiale tone mellem medarbejderne i organisationen og tonen i kommunikationen med andre afdelinger og sektorer er også vigtig for kulturen. Man risikerer at underminere borgernes tillid, hvis ikke sundhedspersonalet udtrykker gensidig respekt for hinandens arbejde.

Organisationens ledelse har en helt afgørende rolle i at skabe en god patientsikkerhedskultur, og det er ledelsens og medarbejdernes konkrete handlinger, der former kulturen – ikke vejledninger og retningslinjer. Det kan være, at ledelsen "går i borgerens fodspor" for at opleve systemet fra borgerens perspektiv, løbende taler med borgerne, systematisk lytter til de ansattes bekymringer mv. Ledelsen er rollemodel og demonstrerer, hvordan man praktiserer åben og respektfuld kommunikation med borgerne, og ledelsen bakker op om medarbejderne og sørger for, at de har de nødvendige kompetencer og redskaber til at påtage sig opgaven.

“

"Hvis medarbejderne sporer utryghed eller undren eller utilfredshed hos borgere eller pårørende, så gør vi det, at de bliver tilbudt at kontakte den ansvarlige leder. Hvis de har noget, de gerne vil tale om, så er de velkomne til at ringe. Det, at ledelsen tidligt går ind og stiller sig foran medarbejderne, det har gjort noget godt for vores arbejdsmiljø."

- Nicolai Kjems, centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune

”

Borgerens behov, når noget går galt

Langt de fleste kontakter mellem borgere og sundhedspersonale forløber godt, men en del borgere kommer i sundhedsvæsenet ud for forløb, hvor "noget går galt". I disse situationer er det relevant at tale med borgeren om situationen. I mange tilfælde vil det være hensigtsmæssigt at inkludere pårørende i processen.

Når borgere oplever at være udsat for fejl i sundhedsvæsenet, medfører det ofte en række negative følelser, såsom afmagt, forvirring, frustration og vrede, måske endda en følelse af ydmygelse. Borgeren kan også opleve, at det er vanskeligt at komme til at tale med det sundhedsfaglige personale om hændelsen (se bilag).

Det er sundhedsvæsenets ansvar at tage initiativ til kommunikation med borgeren og evt. dennes pårørende samt at være imødekommende over for et tilsvarende initiativ fra borgeren. Det er vigtigt for at kunne genoprette en gensidig tryghed og skabe forsoning.

“

"Patienterne og deres pårørende har også et ansvar for at skabe en god dialog, når de oplever, at noget går galt. I stedet for at klage først kan man få bedre forløb ved at tale med afdelingen/lægehuset/det specifikke sundhedspersonale direkte. I mange lægehuse har man f.eks. skabt en mulighed med en Ris/Ros postkasse."

- Kristine Binzer, praktiserende læge og lægefaglig konsulent, Region Sjælland

”

Hvad borgeren har brug for i forbindelse med hændelsen er meget individuelt og afhænger af situationen. Borgerens opfattelse af situationen kan være meget forskellig fra sundhedspersonalets [5]. Sommetider oplever borgeren, at en hændelse har været meget alvorlig, selv om den for sundhedspersonalet synes ubetydelig. Men det kan også være omvendt.

Mange mindre alvorlige hændelser kan afklares umiddelbart med en kort snak mellem borgeren og sundhedspersonalet, hvor man anerkender, at der er sket en fejtagelse og berører eventuelle konsekvenser. Den type samtaler foregår allerede hyppigt som en del af sundhedsvæsenets dagligdag. Det vil i mange tilfælde være tilstrækkeligt til, at hverken borgeren eller sundhedspersonen behøver tænke mere på det.

“

"Når der opstår utilfredshed eller utryghed hos en borger, så kan der tidligt i processen være et vindue for forventningsafstemning. Det behøver ikke være meget alvorligt, før vi går i dialog, før vi bliver nysgerrige på, hvordan vores borgere har oplevet situationen."

- Nicolai Kjems, centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune

”

I andre situationer kan borgeren have brug for en nærmere forklaring for at forstå hændelsen og den aktuelle situation. Her kan der være brug for en mere formel samtale eller samtalerække. I den forbindelse er det vigtigt, at personalet er lyttende over for de oplevelser, som borgeren har haft. Dvs. stiller sig til rådighed for borgeren, hvis denne har behov for at tale hændelsen igennem, og også gerne inddrager borgeren og borgerens erfaringer i at forbedre arbejdsgangene, sådan at hændelsen ikke sker igen.

For nogle borgere vil en udtrykkelig undskyldning være en hjælp til at komme over situationen, men for mange er det vigtigste, at situationen erkendes og ikke "fejles ind under gulvtæppet" samt at der sker læring af hændelsen. Det er vigtigere at udvise forståelse og medfølelse over for borgerens situation end konkret at bruge ordet "undskyld" (se bilag). For borgerne er det vigtigste ofte, at det sikres, at der sker læring, så hændelsen ikke sker for andre.

Under alle omstændigheder handler det om at genoprette borgerens tryghed og skabe forsoning så hurtigt som muligt.



"Det kan være fantastisk at sige undskyld efter en ambulans kontrol, hvor man kan mærke, man har haft en dårlig kemi med patient, eller hvor sygeplejersken gør opmærksom på, at det var en kikset konsultation. Det kan også være meget givtigt, hvis en kollega gør opmærksom på et dårligt forløb, at man som ledelse tager initiativ og kontakter patienten."

- Charlotte Wilken-Jensen, ledende overlæge, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital



I nogle situationer oplever borgeren fejl, som ikke er erkendt af sundhedspersonalet. Sommetider bliver fejlen først tydelig længe efter den umiddelbare kontakt med sundhedsvæsenet. Det kan være, når borgeren beder om indsigt i sin journal, eller opsøger yderligere viden om sin sygdom, f.eks. hos patientforeninger. Det kan også være, når borgeren opdager, at den iværksatte behandling ikke virker, og/eller at diagnosen er forkert. I nogle situationer kan fejlbehandling give varige men.

I den type situationer kan det opleves som meget svært for borgeren at komme i dialog med sundhedsvæsenet. Som patient er man sårbar og afhængig af sine behandlere og deres velvillige indstilling [6].

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet udviser lydhørhed og oprigtig interesse, når borgere giver udtryk for oplevelsen af fejl. Det er vigtigt at få situationen afklaret, så trygheden kan genoprettes.

Internationale erfaringer

Gennem de sidste 20 år er der også internationalt kommet en stigende erkendelse af, at der er brug for åbenhed og kommunikation med patienter og pårørende i forbindelse med utilsigtede hændelser og patientskader.

I den engelsksprogede litteratur bruges f.eks. ordene "disclosure of adverse events", "Communication when things go wrong", "apologising for errors in health care", "Saying Sorry – expressing regret during open disclosure".

Flere nylige artikler tyder dog på, at god praksis på området stadig ikke er fuldt implementeret [7] [8] [9].

Flere lande har udarbejdet nationale retningslinjer for "Open disclosure". Eksempler er Australien, Canada og Irland [10] [11] [12].

I Australien har man et helt "framework", der foruden retningslinjerne også omfatter en række redskaber til implementering. F.eks. er der eksempler på patientinformation [13] og en række ressourcer og hjælpemidler for personalet, herunder tjeklister og FAQ.

University of Michigan Health System har gennem næsten to årtier arbejdet for at skabe fuld åbenhed omkring fejl og skader [14]. Systemet omfatter en række komponenter, herunder åben og ærlig kommunikation med patienten og de pårørende. I visse situationer tilbydes en undskyldning og evt. økonomisk kompensation. Desuden er der et rapporteringssystem, der anvendes til at analysere hændelser og kvalitetsforbedringsinitiativer på baggrund af hændelser. Systemet har resulteret i, at der er langt færre patienter, der anlægger sag og kræver erstatning, og det har nedbragt sagsbehandlingstid og ført til økonomiske besparelser [15] [16].

På baggrund af erfaringerne fra Michigan har det amerikanske Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, udarbejdet et værktøj, The Candor Toolkit, med detaljeret vejledning for de enkelte led i processen [17].

Det amerikanske Institute for Healthcare Improvement, IHI, har også en publikation om emnet, der opfordrer til åbenhed og læring i forbindelse med utilsigtede hændelser, og det rummer en række redskaber til ledere af organisationer i sundhedsvæsenet [18].

Et amerikansk studie har vist, at læger som udgangspunkt ikke er gode til at gennemføre samtaler med en patient om fejlmedicinering, men at de forbedrer deres kompetencer ved hjælp af simulationstræning [19].

Til gengæld viser en britisk interviewundersøgelse, at træning ikke nødvendigvis er nok. Den kultur, man som sundhedsperson er omgivet af på arbejdspladsen, har stor betydning for, at der tales åbent med patienterne. Her har sundhedsvæsenets ledere et stort ansvar for at skabe et ikke-straffende og lærende miljø og at virke som rollemodeller, konkluderer artiklen. Kollegial støtte er også essentielt [3].

Ændringer i love og praksis

I de seneste 10-12 år er der sket en række lovændringer, som har haft indflydelse på, hvordan der drages omsorg for patienter, borgere, pårørende og personale, når noget er gået galt i sundhedsvæsenet. Nogle ændringer, f.eks. dialogsamtalerne, har haft en positiv indvirken og medvirket til et større fokus på omsorgen. Noget tyder dog på, at andre ændringer kan have skabt nogle u hensigtsmæssige effekter for den åbne og lærende patientsikkerhedskultur. Ved f.eks. øget fokus på enkeltsager og straf kan der være risiko for, at der skabes en usund patientsikkerhedskultur, hvor man fortier, at noget er gået i galt, fremfor at fokusere på videnopsamling, læring og forebyggelse [20] [21] [22] [23].

Siden 1. januar 2004 har det været en pligt at rapportere utilsigtede hændelser, der sker på offentlige sygehuse. I 2010 blev ordningen udvidet til at gælde de øvrige dele af sundhedsvæsenet, dvs. den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apotekssektoren og den præhospitale sektor. I 2011 blev det desuden muligt for patienter og pårørende at rapportere utilsigtede hændelser [24].

Patientombuddet blev også etableret i 2011, hvilket medførte to markante ændringer. For det første blev det muligt at indgive en klage over et behandlingssted og ikke som tidligere kun over konkrete sundhedspersoner. For det andet blev der indført tilbud om dialogsamtaler i forbindelse med en klage over en behandling eller en konkret sundhedsperson. Tilbuddet omfattede kun behandling, som regionerne havde betalt for. Ordningen om dialogsamtaler gælder fortsat ikke i kommunerne [25].

Tilbud om dialogsamtale* i forbindelse med en klagesag

Ordningen med tilbud om dialogsamtale blev indført i 2011 med det formål at styrke dialogen mellem patienter og sundhedsvæsenet og få rettet misforståelser og fejl tidligere i forløbet. Ved dialogsamtalerne kan det afklares, om sagen kan løses med f.eks. en undskyldning eller forklaring på forhold, hvor kommunikationen måske ikke har været optimal. Samtidig er dialog samtalen et vigtigt læringsredskab, der kan medvirke til forbedringer i rutiner, arbejdsgange og behandlinger samt forebygge, at den samme fejl gentager sig. Under samtalen kan patienten opfordres til at bidrage med input til den videre læringsproces, så lignende situationer undgås. Der er også mulighed for, at sundhedspersonalet kan fortælle patienten, hvilke tiltag man konkret har iværksat på baggrund af patientens oplevelser.

Tilbuddet om dialog foregår konkret ved, at patienterne i klageskemaet kan svare "Ja tak" eller "Nej tak" på spørgsmålet "Ønsker du en dialog med regionen? Hvis patienten svarer "Ja tak", anmoder Styrelsen for Patientklager (tidligere Patientombuddet) regionen om at tilrettelægge og afholde dialogen. Det er individuelt fra region til region, hvordan dialogen tilrettelægges i praksis. Dialog samtalen kan foregå telefonisk eller ved fysisk møde. Dialog samtalen skal dog afholdes inden for 4 uger fra det tidspunkt, hvor Styrelsen for Patientklager har fremsendt klagen til regionen.

Dialog samtalen kan føre til, at patienten beslutter at trække klagen tilbage, fordi der under samtalen er blevet rettet misforståelser, og at patienten eventuelt har fået en undskyldning. Regionen orienterer Styrelsen for Patientklager herom, og sagen bortfalder herefter. Patienten kan også vælge at opretholde klagen eller ændre klagen f.eks. ved at frafalde en del af klagen eller ændre sagstype fra en disciplinær nævns sag til en klage over sundhedsvæsenet. Regionen giver herefter Styrelsen for Patientklager besked om, at patienten har fastholdt eller ændret klagen og sender de relevante oplysninger.

Ordningen med dialog samtaler foregår på sygehuse, men også ved klager hos fx privatpraktiserende læger og fysioterapeuter, når regionen har betalt for behandlingen. Lignende ordninger er frivilligt indført i nogle kommuner, f.eks. i form af "klagedrevet innovation" [26].

** Ordet "dialogsamtale" er en etableret betegnelse for de lovbestemte samtaler efter klager*

Erfaringer fra dialog samtaler

Cirka en tredjedel af de personer, der klager, ønsker en dialog med regionen. Undersøgelser har vist, at der er gode erfaringer med dialog samtalerne, og mere end 40 procent af borgerne frafalder klagen efter dialogen [27] [28].

En kvalitativ undersøgelse i 2012 viste, at hovedparten af de interviewede patienter oplevede et positivt udbytte af dialog samtalen. De synes bl.a., at det var positivt, at de fik mulighed for at fortælle om og uddybe deres oplevelser af det, der lå til grund for klagen. De oplevede desuden, at personalet lyttede til dem og forklarede det, der var sket, og i nogle tilfælde beklagede eller undskyldte det skete. Patienterne havde en oplevelse af, at dialogen nyttede, og at de blev hørt.

Det interviewede personale havde også overvejende positive oplevelser med de dialoger, som de havde deltaget i. Hovedparten mente, at patienterne kunne få et positivt udbytte af samtalerne, og at der var læringspotentiale i samtalerne for personalet eller afdelingen – særligt i forhold til kommunikation og information.

En metode, der kaldes Styrket Borgerkontakt er prøvet af i kommuner og på hospitaler, og det har også medført reduktion i antallet af klager [29].

I 2015 blev der lavet en evaluering af lovændringen om bl.a. indførelsen af tilbud om dialogsamtaler samt etablering af Patientombuddet og muligheden for at klage over et behandlingssted. Det blev konkluderet, at ordningen gav særdeles gode muligheder for at komme i dialog med og eventuelt klage over behandling i sundhedssystemet. Indførelsen af forløbsklager og dialogsamtaler blev hilst velkommen af både patienter, sundhedspersonale og myndigheder. Forløbsklagerne har givet et bedre grundlag for læring relateret til procedurer, arbejdsgange, ledelse og organisering sammenlignet med disciplinærklagerne. Dialogsamtalerne giver mulighed for dialog mellem parterne, og det fører i mange tilfælde til afslutning af klagen på baggrund af gensidig forståelse, og sparer dermed både patienten og sundhedssystemet for et langvarigt klageforløb [1] [30].

Meget kan løses gennem disse dialogsamtaler, der er et vigtigt element i håndtering af klager over hændelser, når noget er gået galt i sundhedsvæsenet. Det er på den anden side også muligt at forebygge behovet for dialogsamtaler gennem en mere åben og ærlig kommunikation om fejl i sundhedsvæsenet.

Ændringer i tilsynet med sundhedsvæsenet

De seneste år er der sket markante ændringer af tilsynet med sundhedsvæsenet. Med lovændringen af autorisationsloven i 2016, blev tilsynet med behandlingssteder omlagt fra et frekvensbaseret tilsyn til et sundhedsfagligt tilsyn baseret på risikovurderinger. Det betyder, at Styrelsen for Patientsikkerhed udvælger enhederne på baggrund af en risikovurdering og stikprøver. De analyserer, om der på baggrund af tilsynserfaringer og andre data, er områder, hvor der kan være problemer med den nødvendige kvalitet.

Samtidig fik Styrelsen for Patientsikkerhed flere redskaber til at kunne skride hurtigt ind overfor sundhedspersoner, der fejlbehandler patienter og udsætter dem for fare [25].

Barrierer og løsninger

Der er både hos borgere, patienter, medarbejdere og i organisationen en række barrierer for kommunikationen, når noget er gået galt i et forløb.

En af de væsentligste barrierer er, hvis der i organisationen mangler psykologisk tryghed. Det kan betyde, at man som borger eller medarbejder er bange for konsekvenserne, hvis man tager initiativ til kommunikationen. Barrieren kan overvindes ved, at sundhedsvæsenets ledere aktivt går ind og støtter op om en åben og respektfuld kommunikation mellem borgere og sundhedsvæsen.

Barrierer for borger/patient/pårørende

Når noget går galt i et forløb, kan det efterlade borgeren og de pårørende i en sårbar situation, og det kan være svært for borgeren selv at tage initiativ til at tale om det skete (se bilag).

Det er kendt, at borgere generelt oplever en række barrierer i deres kommunikation med sundhedspersonalet. De kan opleve personalet som alvidende og patroniserende. Borgerne er afhængige af et godt forhold til sundhedspersonalet og er bange for at være "besværlige" [6].

Borgere, der er socialt udsatte eller sårbare på grund af f.eks. demens, sprogproblemer eller andre kommunikationsvanskeligheder, har brug for at blive hjulpet på vej. Her kan pårørende være en vigtig ressource.

Flere undersøgelser peger på, at det er positivt for både patienter og sundhedspersonale, at patienter har pårørende med ved samtalerne [30].

Løsningsforslag:

- *Vær opmærksom og lydhør over for borgere og pårørende, som kan have vanskeligt ved at udtrykke sig*
- *Anerkend, at situationen kan være vanskelig for borgeren og de pårørende*
- *Orienter borgeren om vigtigheden af at have en pårørende eller bisidder med*
- *Inddrag pårørende – de er en vigtig ressource*

Barrierer for medarbejderne

En række barrierer kan bidrage til, at sundhedsvæsenets medarbejdere ikke tager initiativ til kommunikation, når noget er gået galt i et forløb [7].

For mange medarbejdere vil det gælde, at de aldrig har prøvet det før, de har ingen erfaring, og det er en vanskelig situation.

Det kan være svært at få tid og overskud til at håndtere utilfredshed hos borgerne, hvis man som ansat i forvejen har en presset arbejdsdag. Små-klager kan nogle steder fylde meget i det daglige, og det kan være uoverkommeligt at gå ind i en samtale med borgeren i alle tilfælde. Borgerne har ikke altid forståelse for, hvordan man kan kommunikere om hændelser, hvor noget er gået galt.

“I kommunerne har vi ofte nogle meget langvarige forløb med borgerne. Det betyder også, at der opstår både positive og negative følelse i relationen. De kommunikationsmæssige udfordringer er helt anderledes end fx på at hospitalsambulatorium.”

- Nicolai Kjems, centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune

Hvis man som medarbejder har gjort sit bedste, kan det føles som uretfærdigt at skulle anerkende en fejl, som man måske ikke har haft nogen indflydelse på, eller som bunder i en travl og presset hverdag med ofte modsatrettede krav fra borgere, patienter, pårørende og ledelse [2].

Løsningsforslag:

- *Det er en ledelsesopgave at sikre, at både ledere og medarbejdere forstår organisationens politik på området og er i stand til at efterleve og anvende den i praksis. Det vil ofte kræve uddannelse, coaching og supervision af medarbejderne.*
- *Det er en ledelsesopgave at stille sig foran medarbejderne og tage det ledelsesmæssige ansvar for hændelsen og for kommunikationen med borgerne og de pårørende, hvis situationen kræver det*
- *Der kan stilles uddannelse, træning og redskaber til rådighed for medarbejderne for at ruste dem til kommunikationen, når noget er gået galt.*
- *Information til borgeren om, hvordan man kommunikerer i tilfælde, hvor noget er gået galt.*

En anden stor barriere for medarbejderne er frygt for sanktioner, frygt for at miste jobbet og frygt for retlige/juridiske konsekvenser.

I forbindelse med færdiggørelsen af nærværende rapport har indholdet været forelagt for Dansk Selskab for Patientsikkerheds to netværk for risikomanagere i hhv. regionerne og kommunerne. Tilbage meldingen fra netværkene er, at der blandt sundhedspersonalet hersker en udtalt berøringsangst for at gå i dialog om utilsigtede hændelser, fejl og skader. Sundhedspersonalet er bange for at tale om, at de har gjort noget forkert. De er bange for, at det får konsekvenser for deres ansættelse. De frygter at ende i klagesystemet, der opfattes som meget ubehageligt, og de er bange for juridiske konsekvenser som påtale fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, fratagelse af autorisation eller indgivelse af politianmeldelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Allerede da Sig Undskyld blev udgivet i 2008 tydede både nationale og internationale erfaringer og litteratur på, at en af barriererne ved at sige undskyld til patienter samt at anerkende, at noget er gået galt, var uklarhed om, hvorvidt det kunne få en juridisk betydning for den enkelte sundhedsperson og organisationen [2] [7]. Dansk Selskab for Patientsikkerhed fik derfor dengang jurist og lektor Helle Bødker Madsen til at udarbejde en juridisk redegørelse om, hvorvidt der kan være retlige konsekvenser ved at undskylde, når noget er gået galt i sundhedsvæsenet. I redegørelsen blev det konkluderet, at myndighederne i deres behandlinger af sagerne ikke lægger vægt på, om der er givet en undskyldning. Dét, at man har sagt undskyld til en borger for at noget er gået galt, vil derfor ikke i sig selv få juridisk betydning [31].

Da frygten for juriske konsekvenser fortsat eksisterer blandt sundhedspersonalet har Dansk Selskab for Patientsikkerhed som baggrundsmateriale til denne konsensusrapport udarbejdet et opdateret notat. Notatet redegør for, hvorvidt der er retlige konsekvenser ved at anerkende, at noget er gået galt i sundhedsvæsenet og evt. undskylde eller beklage. I notatet gennemgås de forskellige myndigheders organisationer, patienter og borgeres muligheder for at klage over behandling og søge erstatning. I gennemgangen behandles også sanktioner, der iværksættes af myndigheder på eget initiativ som f.eks. disciplinære reaktioner i anledning af en ansats tilsidesættelse af sine tjenesteplichter eller tilsynsforanstaltninger som f.eks. fratagelse af autorisation [25].

I notatet konkluderes det, *at myndighederne i deres vurdering af sagerne ikke lægger vægt på, om en sundhedsprofessionel har anerkendt, at noget er gået galt, og evt. undskyldt eller beklaget. Det har derfor ikke i sig selv nogen retlige konsekvenser at anerkende, at noget er gået galt i sundhedsvæsenet, i form af f.eks. kritik fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, et erstatningsansvar, tilsynsforanstaltninger, politianmeldelse mv.*

Omvendt fratager det selvfølgelig heller ikke sundhedspersoner for ansvar, at der er sagt undskyld til borgeren.

I de senere år har der været debat om myndighedernes skærpede linje over for enkeltpersoner blandt sundhedspersonalet. En række sager med sanktioner imod og politianmeldelser af sundhedspersoner har skabt en stemning af mistillid og frygt blandt sundhedspersonalet [20] [21] [22] [23] [32] [33].

"Vi vil advare imod en paranoid tilstand, hvor fejl og utilsigtede hændelser bliver skjult eller fortiet af frygt for politianmeldelser og offentlig klapjagt"

Kronik af Ulla Astman (Regionsrådsformand i Region Nordjylland) og Andreas Rudkjøbing (daværende formand for Lægeforeningen) i Berlingske, december 2017 [22]

Dette tema er blevet diskuteret i Dansk Selskab for Patientsikkerheds netværk for risikomanagere i regioner og kommuner. Ifølge risikomanagerne er mange medarbejder i tvivl, om de tør fortælle borgeren, at de har gjort noget forkert,

for dermed kan borgeren få anledning til at klage. Og det opfattes af sundhedspersonalet som meget ubehageligt at ende i klagesystemet, ikke mindst på grund af de formuleringer, som myndighederne bruger, når de henvender sig til sundhedspersoner i denne type sager. Tonen i korrespondancen betyder, at man som sundhedsperson kan føle sig nærmest skyldig på forhånd.

Selv om det blandt de sager, der behandles af myndighederne, kun er et fåtal, der munder ud i kritik, opleves det belastende for medarbejdere at være involveret i sager, der sommetider tager flere år, inden de bliver afgjort. F.eks. er den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Styrelsen for Patientklager i øjeblikket ca. 15,1 måneder ved klager over konkrete sundhedspersoner. Sagsbehandlingen i Styrelsen for Patientsikkerhed kan også være på flere måneder og nogle gange år. En sag, der verserer i lang tid, kan få stor betydning for både den enkelte sundhedsperson, afdelingen og hele hospitalet eller kommunen, og blot en enkelt sag kan være med til at skabe frygt og en usund patientsikkerhedskultur, som påvirker sundhedspersonalets initiativ til kommunikation.

Løsningsforslag:

- *Opbakning fra ledelsen i forbindelse med klagesager og en kultur, der accepterer, at selv i organisationer med høj patientsikkerhed, forekommer uundgåeligt hændelser, som medfører klager.*
- *Integration af organisationens tilgang i bl.a. introduktionsprogrammer og så klar og tydelig vejledning som muligt.*

Organisatoriske barrierer

I organisationer, hvor patientsikkerhedskulturen er mindre udviklet, kan der herske en uhensigtsmæssig nulfejlskultur, som betyder, at medarbejderne er bange for at tale om eventuelle hændelser. Medarbejderne kan være usikre på, om deres kolleger og ledelse vil støtte dem og bakke op om en åben kommunikation med borgere og pårørende om hændelser, hvor noget går galt [2].

Medarbejderne kan også opleve personlig krise over det skete, føle sig skyldige, ansvarlige, uværdige, mangle overskud til at yde omsorg til borgeren [4] [25].

Medarbejderne kan mangle de nødvendige færdigheder for at kunne håndtere samtalen med borgeren og erkende en hændelse, hvor noget er gået galt. Det kan f.eks. være svært for medarbejderen at håndtere situationen, hvis borgeren og/eller de pårørende er vrede over eller meget berørte af hændelsen.

En særlig barriere opstår, når noget går galt i forbindelse med overgange i sundhedsvæsenet. Det kan være overgang mellem hjem, praktiserende læge, hospital, kommune. Eller overgang mellem to afdelinger. Det er et fortløbende arbejde at skabe mere sikre overgange på tværs af sektorer. I denne sammenhæng handler det om, at der er nogle, der skal tage ansvaret for kommunikationen med borgerne, når noget går galt i forbindelse med sektorovergange.

Løsningsforslag:

- *Ledelsen sikrer, at både borgere og medarbejdere oplever psykologisk tryghed, så man ikke er bange for at gå i dialog, når noget er gået galt.*
- *Ledelsen har fokus på medarbejdernes generelle kommunikations-kompetencer og der tilbydes uddannelse og supervision, så medarbejderne kan kommunikere på en sikker, empatisk og professionel måde.*
- *De lokale ledelser melder deres forventning ud om, hvordan organisationen håndterer åbenhed og dialog med borgere, der har været udsat for, at noget er gået galt i deres forløb.*

- *De lokale ledelser praktiserer åbenhed, virker som rollemønstre og bakker både medarbejdere og borgere op i en konstruktiv kommunikation.*
- *Når en borger har været ude for noget, der er gået galt i deres forløb i sundhedsvæsenet, vil de ofte ikke være de eneste, der har brug for hjælp. En organisation med en god patientsikkerhedskultur yder aktiv støtte til både borgere og medarbejdere, der har været involveret i en hændelse, hvor noget er gået galt.*
- *I forbindelse med overgange anvendes de samarbejdsstrukturer, der i forvejen findes mellem f.eks. kommuner og sygehuse.*

Anbefalinger

Samtalen med borgeren om, at noget er gået galt i forløbet, må – ligesom ved alle andre samtaler i sundhedsvæsenet, tage udgangspunkt i den enkelte borgers behov, og her også i karakteren og alvorligheden af den konkrete hændelse.

Ikke alle hændelser vil kræve større udredninger og analyser. Her vil det være naturligt og tilstrækkeligt, at personalet anerkender hændelsen over for borgeren, gerne umiddelbart efter at problemet opdages, og spørger ind til borgerens oplevelse af situationen og giver udtryk for, at der sker læring af hændelsen.

Andre situationer kan være anderledes alvorlige og komplekse, og der vil være behov for mere formelle samtaler med borgeren og de pårørende. Det kan være en række samtaler, længerevarende opfølgning og eventuelt en undskyldning.

At erkende, anerkende og måske også undskylde en alvorlig hændelse og de eventuelle konsekvenser, den har for borgeren, må ikke blot være ord og parader. Det må være samtale fulgt op af handlinger. Borgeren skal opleve, at der tages ansvar for situationen og for ham eller hende, som det er gået ud over. Sådant skabes forudsætninger for, at borgeren kan genvinde tilliden til den eller de involverede sundhedspersoner, til organisationen og til sundhedsvæsenet i det hele taget. Og det er vigtigt i et fortsat behandlingsforløb.

Hensigten med samtalen er også at sikre, at borgerens observationer inddrages aktivt, sådan at der kan ske læring og forbedringer på grundlag af hændelsen.

Det er derfor vigtigt, at samtalen foregår på den rette måde og i den rette ånd. Det vil sige, at de involverede sundhedspersoner møder borgeren imødekomende, empatisk, lyttende, og velforbereget. Det er også vigtigt, at borgeren har mulighed for at forberede sig til samtalerne og føler sig tryk ved at deltage. Borgeren opfordres til at tage en pårørende eller en anden bisidder med.



”Det kan være rigtig svært for en patient eller pårørende at udtrykke sine behov i situationer, hvor noget er gået galt. Der er en stor sårbarhed og en række barrierer, der kommer i spil. Det er af stor betydning, at patienten eller den pårørende rådgives og støttes i at forberede sig til dialogen, så vedkommende kan møde tryk op til mødet. Og her præciseres vigtigheden af at have en bisidder med.”

- Lise Christiansen, patientambassadør



I forbindelse med samtalen støttes borgeren i at forstå forskellen mellem UTH, klage og erstatning. Det kan være relevant at nævne muligheden for, at borgeren kan rapportere en utilsigtet hændelse, eller at der er mulighed for at få råd og vejledning om mulighederne i forbindelse med den konkrete situation f.eks. hos en patientvejleder eller i patienterstatningen.

Hovedprincipperne for kommunikationen, når noget er gået galt i et forløb, er, at borgeren oplever:

- at der bliver taget ansvar for samtalen og for hændelsen
- at anerkendelsen og eventuelt undskyldningen tilpasses situationen og borgerens behov
- at anerkendelsen og eventuelt undskyldningen gives i respekt for borgeren
- at borgerens erfaringer bliver brugt til forbedringer for kommende borgere i sundhedsvæsenet
- at borgeren så vidt muligt inddrages aktivt i lærings- og forbedringsprocessen

Med disse principper in mente tilpasses kommunikationen de konkrete personer og omstændigheder.

I hvilke tilfælde skal man tale med borgeren om en hændelse?

Det er som tidligere nævnt aktuelt at kommunikere med borgeren i alle situationer, når borgeren har været ude for en hændelse, der har gjort skade, kompromitteret tilliden, trygheden eller skabt misstemning mellem borger og sundhedsvæsen. Det vil være naturligt, at omfanget af kommunikationen tilpasses situationens alvor og borgerens behov for at forstå situationen. Måske er det ikke altid en egentlig samtale, der er brug for, men snarere omsorg og opmærksomhed.

Man bør som udgangspunkt tage en samtale med borgere, når en hændelse (det kan også være en undladelse) har medført konsekvenser for borgerens fysiske eller psykiske helbred. Konsekvensen kan også være af følelsesmæssig karakter.

Anbefalingen gælder derfor både når der er sket en fejl eller en utilsigtet hændelse, og ved kendte komplikationer ved behandlingen eller en alvorlig kommunikationsbrist, som har haft betydning for den videre behandling.

Borgere er forskellige, og hændelser har forskellig karakter. Alle scenarier kan ikke forudbeskrives og klassificeres som hændelser, der kræver en eller flere samtaler. Det vil i alle tilfælde bero på en konkret vurdering. En vurdering, der særligt skal lægge vægt på borgerens oplevelse samt dennes behov for at forstå hændelsen og ønske om forbedring, så det ikke sker for andre.

Almindeligvis er det ikke nødvendigt at informere borgeren om nærved-hændelser, altså hændelser der blev afværget. Heller ikke selvom hændelsens potentiale er betydeligt. I situationer, hvor det skønnes, at borgeren kan bidrage med oplysninger, der vil modvirke en gentagelse af hændelsen, kan det overvejes at informere samt invitere borgeren til at bidrage med oplevelser og forbedringsforslag.

Vi anbefaler,

- **at man så vidt muligt forsøger at håndtere hændelser som led i behandling, genoptræning/rehabilitering og pleje og således forebygger utryghed hos borgeren.**
- **at der, hvis der er behov for det, etableres en dialog med borgeren og eventuelt dennes pårørende i form af en samtale eller en samtalerække.**

Forberedelse til samtalen

Er det besluttet at gennemføre en mere formel samtale med borgeren om hændelsen, er det vigtigt, at samtalen forberedes. Der tages stilling til, hvornår og hvordan samtalen kan foregå, og hvem der skal deltage. Det uddybes i de flg. afsnit.

Formålet med og indholdet i samtalen overvejes: Er der sket fejl eller skade? Er der misforståelser, der skal afklares? Er der forløb, der skal forklares? Skal der gives en undskyldning? Og i så fald for hvad?

Borgeren opfordres til at forberede sig til mødet, sådan at han/hun kan fortælle sin side af historien og evt. medbringe en liste med spørgsmål. Det er vigtigt, at borgeren føler sig tryk ved mødet, og der opfordres til, at borgeren tager en bisidder med.

Mødetidspunktet planlægges under hensyntagen til borgerens ønsker.

Hvornår i forløbet skal samtalen foregå?

Samtalen eller samtalerækken skal påbegyndes så tidsmæssigt tæt på hændelsen som muligt. Dvs. så snart det opdages, at noget er gået galt – under forudsætning af at borgeren er i stand til at modtage informationen, og at sundhedspersonalet kender de basale fakta om hændelsen.

Ikke al kommunikation om alvorlige hændelser kan fuldendes med én samtale. Det vil ofte være hensigtsmæssigt at se kommunikationen som en flerleddet proces med en første indledende samtale, hvor der orienteres om hændelsen – her drejer det sig alene om fakta. Borgeren får en forklaring og erkendelse af, at noget er gået galt i deres forløb. I den eller de efterfølgende samtaler orienteres borgeren om, hvad der er sket, hvorfor det skete, og inviteres til at bidrage med egne forslag til, hvordan gentagelser kan forebygges.

Det er vigtigt, at borgeren så vidt muligt bidrager med sine oplevelser af hændelsen, og hvorfor det er sket. De informationer er vigtige for at der kan ske læring af hændelsen.



”Det er min erfaring, at patienterne efter en skade er meget optagede af, at det samme ikke sker for andre, når de først er kommet ud over gennemgangen af eget forløb.”

- Charlotte Wilken-Jensen, ledende overlæge, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital



Hvordan kan samtalen foregå?

Mødet afholdes så vidt muligt som et fysisk møde. Det skal foregå uforstyrret, i enrum og i passende rammer. Fra starten er det vigtigt at sikre en god og uformel stemning med en behagelig, venlig, respektfuld og ligeværdig tone. Undgå fagsprog. Start gerne med at takke borgeren for at have taget sig tid til at mødes og for at ville beskrive deres forløb. Det kræver mod af borgeren at være kritisk overfor sundhedsvæsenet, der er en stor organisation. Det kræver også mod at deltage i samtalen om at noget er gået galt og evt. skulle rejse kritikken overfor enkeltpersoner.

Det sundhedspersonale, der deltager i mødet, kan give udtryk for, at de erkender hændelsen og tager ansvar for samtalen ved at gennemgå en række punkter:

- spørge ind til, hvordan borgeren har det, og hvordan denne har oplevet situationen
- forklare hændelsens betydning for borgerens helbred og prognose, og hvad der er og vil blive gjort for at begrænse skadens omfang for borgeren
- forklare hvad der er sket ud fra sundhedsvæsenets synspunkt
- invitere borgeren til at komme med forslag til forbedringer og evt. drøfte med borgeren, hvad der skal til, for at hændelsen ikke sker igen
- forklare hvilke tiltag man har planlagt at sætte i værk for at forbedre arbejdsgange

“

”Det patienten/den pårørende har oplevet, skal anerkendes og tages ind. Det er vigtigt ikke at gå i forsvarsposition, men at kunne rumme, at ens ”system” har kunnet opleves som borgeren beskriver det.”

- Dorthe Gylling Crüger, lægelig koncerndirektør, Region Hovedstaden

”

Sundhedspersonen lytter til borgerens følelser og oplevelse af situationen og udviser forståelse og medfølelse. Det kan være fint, at man som sundhedsperson giver udtryk for, at man er ked af det skete, uden dog at belaste borgeren med sine personlige følelser.

Hvis situationen tilsiger en undskyldning, og borgeren har behov for dette, så kan sundhedspersonen også undskylde hændelsen.

“

”Det at man som leder selv bliver berørt, af klagers oplevelse, gør ikke spor. Tværtimod. Det, at give udtryk for, at man er ked af, at klager har haft den oplevelse de har, afmonterer meget.”

- Dorthe Gylling Crüger, lægelig koncerndirektør, Region Hovedstaden

”

Der knytter sig stærke følelser til ordet ”undskyld” blandt borgere såvel som personale (om brugen af ordet ”undskyld”, se bilag 2). For nogle borgere er det af stor betydning at høre netop ordet ”undskyld”. Tilsvarende finder nogle sundhedspersoner det uacceptabelt at skulle anvende netop ordet ”undskyld” i den aktuelle sammenhæng. Da hensigten er, at borgeren får en ærlig og fyldestgørende forklaring, og at der udvises forståelse og medfølelse, anbefales det, at man som sundhedsperson bruger det sprog og ordvalg, som er mest naturligt for én.

Ved mere alvorlige hændelser kan der som tidligere nævnt være brug for en samtalerække, hvor den første samtale er orienterende og handler om det, man rent faktisk ved, er sket. I den situation forpligter man sig eksplicit til at påtage sig initiativet til de opfølgende samtaler. I disse samtaler er der mulighed for at forklare borgeren, hvordan afdelingen vil forebygge, at andre borgere udsættes for samme hændelse. Det vil også give anledning til at invitere og opfordre borgeren til at bidrage til undersøgelsen af, hvorfor hændelsen skete. Hvordan borgeren oplevede det, og om han eller hun har forslag til, hvordan en gentagelse kan undgås.

Der opsummeres ved, at man gennemgår, hvad organisationen har fået ud af samtalen, og spørger til borgerens opfattelse af samtalen.

“

”At man har fokus på den gode intention, er for mig at se afgørende for, at man både får anerkendt den borger, der har været udsat for hændelsen, men også får påpeget, at intentionen fra det personale, der har været involveret, ikke har været ond, men at vi som system ikke er lykkedes godt nok i situationen, og at vi rigtig gerne vil blive dygtigere til det. Min erfaring er at det også tager presset af medarbejderne, der oplever at organisationen har en systemforbedringstilgang og ikke en blaming- eller fejlfindingstilgang.”

- Dorthe Gylling Crüger, lægelig koncerndirektør, Region Hovedstaden

”

Vi anbefaler:

- **at man tager ansvar for samtalen, erkender at noget er gået galt, og at det har haft konsekvenser for borgeren og at man eventuelt siger undskyld på egne og systemets vegne.**
- **at man forpligter sig til at følge op på det videre forløb med handling og systematisk læring af situationen.**

Hvem skal deltage i samtalen?

Hvem der deltager i samtalen eller samtalerne vil afhænge af situationen, og af hvad man aftaler lokalt.

Borgeren opfordres til at tage en pårørende eller anden bisidder med, men hvis det drejer sig om sårbare borgere eller borgere med en demenssygdom, kan det være op til sundhedspersonalet at sørge for, at pårørende involveres.

“

”Når det gælder borgere med demens, kan det bidrage væsentlig til håndtering af utilsigtede hændelser, at de pårørende er inviteret til at deltage. Dialogen bidrager til at nuancere hændelsen - for personale, læge og pårørende, og giver en bedre forståelse af det menneske, der ikke længere selv kan give udtryk for følelser og forklare sig. Men ofte er de pårørende der ikke.”

- Anita Mink, praktiserende læge og plejhjemslæge

”

Afhængig af konteksten og borgerens situation/ønsker/behov, kan det være hensigtsmæssigt, at det er det sundhedspersonale, der har været direkte involveret i hændelsen, der tager samtalen med borgeren.

Når det drejer sig om situationer, hvor man kan afklare situationen umiddelbart i forlængelse af hændelsen, er det naturligt, at det er den eller de involverede sundhedspersoner, der taler med borgeren om hændelsen. Dette sker formentlig allerede i stor udstrækning.

Drejer det sig om mere formelle samtaler eller møder, vil det oftest være på ledelsens initiativ. Her kan det også være hensigtsmæssigt, at de involverede sundhedspersoner deltager. Forudsætningen er imidlertid, at de pågældende

medarbejdere er rustet til samtalen og føler sig trygge ved det. Her kan det være en fordel for medarbejderen, at en leder deltager i mødet som backup. Sundhedspersonalet kan ligesom borgeren have behov for en bisidder.

Der kan også være grunde og omstændigheder, der gør, at andre end det implicerede personale må tage over. I nogle tilfælde vil borgeren og de pårørende f.eks. være utrygge ved at skulle møde den sundhedsperson, der har været direkte involveret i hændelsen.

Jo mere alvorlig og kompleks hændelserne er, f.eks. ved fejl i overgange, jo mere relevant er det, at det er en repræsentant for ledelsen, der tager samtalen med borgeren og de pårørende samt sikrer handling og læring af situationen. Det vigtigste er, at der er én som på organisationens vegne tager ansvaret for situationen, møder borgeren, og starter samtalen om det, som er sket.

Vi anbefaler:

- **at man har lokale procedurer for, hvem der deltager i samtaler med borgere om hændelser, hvor noget er gået galt, og at indsatsen tænkes sammen med andre tiltag og bliver en del af "det vi gør".**
- **at der – når der tages stilling til, hvem der skal deltage i samtalen – tages hensyn til den konkrete situation, herunder borgerens ønsker og medarbejdernes kompetencer.**
- **at ledelsen skaber rammer og systematik om håndtering af hændelser, hvor noget er gået galt, støtter op om medarbejderne i situationer, hvor der kommunikeres med borgerne om disse hændelser, og om nødvendigt tager over.**



"Det handler ikke bare om at følge op på den enkelte situation. Vi skal også sikre, at vi følger op som samlet sundhedsvæsen. Hvordan får vi viden videre i systemet? Det drejer om læring – men også om modning af sundhedsvæsenet."

- Nicolai Kjems, centerchef for Sundhed og Ældre, Hvidovre Kommune



Referencer

- [1] *Erfaringer med dialogsamtaler ved klager. En interviewundersøgelse blandt patienter og personale udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser i 2012..*
- [2] *Understanding the nature of apology in the context of healthcare, Marlene Dyrlov Madsen, Systems Analysis Department, Risø National Laboratory and Department of Philosophy and Science Studies, Roskilde University, Denmark, 2006.*
- [3] *Harrison R, Birks Y, Bosanquet K, et al. Enacting open disclosure in the UK National Health Service: a qualitative exploration. J Eval Clin Pract. 2017; 23: 713- 718..*
- [4] *Omsorg for second victim, rapport fra arbejdsgruppe, nedsat af Dansk Selskab for Patientsikkerhed <https://patientsikkerhed.dk/materialer/omsorg-for-second-victim/>.*
- [5] *To sider – samme sag Patienters oplevelser af fejl under indlæggelse og patientjournalers oplysninger om utilsigtede hændelser. Udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser, Sundhedsforvaltningen, Københavns Amt.*
- [6] *Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet - En kvalitativ analyse blandt patienter, pårørende og sygeplejersker. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i 2014 på vegne af Hej Sundhedsvæsen (et samarbejde mellem Dansk Selskab for P.*
- [7] *Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. J Public Health Res. 2013;2(3):e32. Published 2013 Dec 1. doi:10.4081/jphr.2013.e32.*
- [8] *Carey M, Boyes AW, Bryant J, Turon H, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher R. The Patient Perspective on Errors in Cancer Care: Results of a Cross-Sectional Survey. J Patient Saf. 2019;15(4):322-327. doi:10.1097/PTS.0000000000000368.*
- [9] *Giraldo, Priscila & Sato, Luke & Castells, Xavier. (2017). The Impact of Incident Disclosure Behaviors on Medical Malpractice Claims. Journal of patient safety. 10.1097/PTS.0000000000000342..*
- [10] *The Australian Open Disclosure Framework. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/open-disclosure/the-open-disclosure-framework>.*
- [11] *Canadian Disclosure Guidelines – being open with patients and Families. Canadian Patient Safety Institute, 2011 <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf>.*
- [12] *Open disclosure national guidelines communicating with service users and their families following adverse events in healthcare. Lenus – the Irish Health Repository, 2013.*
- [13] *Open disclosure of things that don't go to plan – A guide for patients Australian Commission on Safety and Quality in Health Care <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Open-Disclosure-Patient-Pamphlet-OFFICE-PRINTING-May-20132.p>.*
- [14] *The Michigan Model: Medical Malpractice and Patient Safety at Michigan Medicine. Michigan Medicine, University of Michigan <https://www.uofmhealth.org/michigan-model-medical-malpractice-and-patient-safety-umhs>.*
- [15] *Allen Kachalia et al. Liability Claims and Costs Before and After Implementation of a Medical Error Disclosure Program. Annals of Internal Medicine, 17. August 2010.*
- [16] *Full Disclosure of Medical Errors Reduces Malpractice Claims and Claim Costs for Health System, AHRQ Health Care Innovation Exchange <https://innovations.ahrq.gov/profiles/full-disclosure-medical-errors-reduces-malpractice-claims-and-claim-costs-health-sy>.*
- [17] *Communication and Optimal Resolution (CANDOR) Toolkit. Agency for Healthcare Research and Quality (US Federal Agency) <https://www.ahrq.gov/patient-safety/capacity/candor/modules.html>.*

- [18] Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. (Available on www.IHI.org).
- [19] Crimmins AC, Wong AH, Bonz JW, et al. "To Err Is Human" but Disclosure Must be Taught: A Simulation-Based Assessment Study. *Simul Healthc*. 2018;13(2):107-116. doi:10.1097/SIH.0000000000000273.
- [20] Læge i retten for fejlbehandling: Straf giver ikke mere læring, siger Lægeforeningen af Lise Møller, da-gens medicin, 5. februar 2020 <https://dagensmedicin.dk/laege-tiltalt-for-fejlbehandling-straf-giver-ikke-mere-laering-siger-laegeforeningen/>.
- [21] Læserbrev – Vi skal lære af fejl – ikke straffe af Hjalte Aaberg, bragt i Information den 7. november 2017 <https://www.information.dk/debat/2017/11/laeserbrev-laere-fejl-straffe>.
- [22] Kronik - Advarsel: Offentlig gabestok og mistillid kan være til skade for patienter af Ulla Astman og Andreas Rudkjøbing bragt den 15. december 2017 i Berlingske <https://www.berlingske.dk/kronikker/advarsel-offentlig-gabestok-og-mistillid-kan-vaere-til-sk>.
- [23] Artikel: Lægeformand – Vi er blevet bange for at gå på arbejde af DR SYD den 25. oktober 2017 <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/syd/laegeformand-vi-er-blevet-bange-gaa-paa-arbejde>.
- [24] Styrelsen for Patientsikkerhed <https://stps.dk/da/laering/utillsigtede-haendelser/om-rapporteringsordningen/>.
- [25] Retlige konsekvenser af at anerkende, at noget er gået galt. Notat, Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2021.
- [26] Klagedrevet innovation (Roskilde Kommune) <https://roskilde.dk/kommunen/innovation-og-nyttaenkning/klagedrevet-innovation>.
- [27] Styrelsen for Patientsikkerhed, årsberetning for 2017.
- [28] Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, Årsberetning 2017.
- [29] Rapport om Styrket Borgerkontakt - en proaktiv, løsningsorienteret metode til håndtering af klager, oktober 2012 Udarbejdet af Styregruppen bag et forsøgsprojekt støttet af ABT-Fonden (nu Fonden for Velfærdsteknologi)..
- [30] Evaluering af sundhedsvæsenets patientklagesystem, Udarbejdet af Ministeriet for Sundhed og forebyggelse i 2015..
- [31] Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Sig undskyld. 2008 https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2017/02/sig_undskyld_dk.pdf.
- [32] Fejl kan slå hårdt - også når de ikke har konsekvenser for patienter. *Sygeplejersken* 2017; (10): 44-46 <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2017-10/fejl-kan-slaa-haardt-ogsaa-naar-de-ikke-har-konsekvenser-for>.
- [33] Patientklager rammer hårdt og kalder på åben ledelse. *Forkant – ledelse i sundhedsvæsenet*, december 2016, s. 36-37 <https://dsr.dk/lederforeningen/nyheder-og-medier/magasinet-forkant>.
- [34] Utillsigtet hændelse - omsorg for patienter og pårørende, Region Nordjylland <https://pri.n.dk/Sider/14098.aspx>.
- [35] Myndighedsguide fra Folketingets Ombudsmand https://www.ombudsmanden.dk/myndighedsguiden/generel_forvaltningsret/god_forvaltningskik/.

Bilag er vedhæftet som separate filer

Den gode samtale

når noget går galt ! sundhedsvæsenet