

Patienters klageadgang på sundhedsområdet

Betænkning fra udvalget nedsat af
Sundhedsministeriet vedrørende revision
af patienters klageadgang på sundhedsområdet



Betænkning nr. 1325

Januar 1997

Betænkning
Udgivet af Sundhedsministeriet
Januar 1997

Købes hos boghandleren
eller hos Statens Information, Statens Publikationer
Postboks 1103, 1009 København K
Tlf. 33 37 92 28, Fax 33 37 92 80

75,- kr. inkl. moms

Tryk: Herrmann & Fischer A/S

ISBN 87-601-1363-4

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1

Baggrund for udvalgets nedsættelse, udvalgets kommissorium og sammensætning, samt sammendrag af udvalgets konklusioner og forslag.....	9
1.1. Baggrunden for udvalgets nedsættelse.....	9
1.2. Udvalgets kommissorium og sammensætning	11
1.3. Sammendrag af udvalgets konklusioner og forslag...	14
1.4. Opfyldelse af udvalgets kommissorium.....	21

Kapitel 2

Beskrivelse af de eksisterende klageordninger.....	22
2.1. Afgrænsning af eksisterende klageordninger	22
2.2. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn	23
2.3. Særligt vedrørende klager over privatpraktiserende tandlæger.....	25
2.4. Særligt vedrørende klagesystem for psykiatriske patienter.....	28
2.5. Klager over andre forhold.....	33
2.6. Patienters erstatningsadgang	36
2.7. Sundhedsstyrelsens og embedslægernes opgaver	39
2.8. Andre myndigheders varetagelse af klager, råd og vejledning på sundhedsområdet.....	40

Kapitel 3

Initiativer til nedbringelse af sagsbehandlingstider i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.....	47
3.1. Indledning.....	47
3.2. Patientklagenævnets produktion.....	49
3.3. Patientklagenævnets personale.....	49
3.4. Patientklagenævnets EDB/IT.....	49
3.5. Arbejdsgruppe vedr. datagrundlag på patientklageområdet.....	50
3.6. Sekretariatets samarbejde med nævnet.....	50
3.7. Formandsafgørelser.....	50
3.8. Samarbejdet med embedslægerne.....	52
3.9. Øvrige initiativer.....	52
3.10. Afsluttende bemærkninger.....	53

Kapitel 4

Lokal patientvej lederfunktion.....	54
4.1. Almindeligt om vejledning af patienter om klagemuligheder.....	54
4.2. Konkrete initiativer på patientvej ledningsområdet.....	55
4.3. De eksisterende patientvejledningers opgaver.....	56
4.4. Generelle bemærkninger om patientvejledningen.....	56
4.5. Hvilke opgaver bør patientvejlederen varetage ?.....	57
4.6. Hvilke opgaver kan patientvej lederne eventuelt yderligere varetage ?.....	58
4.7. Særligt omkring “postkassefunktion”.....	59
4.8. Hvilke opgaver kan patientvejlederen ikke varetage ?.....	62

4.9. Generelt om bemanning og ansættelsesforhold	63
4.10. Udvalgets konklusion.....	64

Kapitel 5

Lokale klagenævn og lignende, herunder Amtsrådsforeningens forslag om forsøg med decentralisering af patientklagesystemet.....	67
5.1. Indledning	67
5.2. Vurdering af lokale klagenævn og andre decentrale myndigheder med beslutningskompetence	68
5.3. Konklusion.....	76
5.4. Amtsrådsforeningens forslag.....	77

Kapitel 6

Embedslægerne's rolle i patientklagesystemet	85
6.1. Embedslægerne's opgaver generelt.....	85
6.2. Embedslægerne's tilsyn med sundhedspersoners virksomhed.....	88
6.3. Embedslægerne's opgaver i relation til klagesagsbehandlingen.....	89
6.4. Konklusioner vedr. embedslægevæsenets medvirken ved klagesagsbehandling fra Sundhedsministeriets rapport om analyse af patientklageområdet, Sundhedsministeriet, marts 1996.....	90
6.5. Vurdering af embedslægerne's fremtidige rolle i klagesagsbehandlingen.....	92

6.6. Udvalgets konklusion.....	94
--------------------------------	----

Kapitel 7

Eventuel samordning af Patientklagenævnet og Patientforsikringen.....	96
---	----

7.1. Baggrund for Patientklagenævnets og Patientforsikringens adskilte organisation.....	96
7.2. Vurdering af muligheder for samordning mellem Patientforsikringen og Patientklagenævnet.....	99
7.3. Udvalgets konklusion.....	103

Kapitel 8

Mulighed for samordning af klagesystemet i øvrigt	105
---	-----

8.1. Indledning.....	105
8.2. Vurdering af mulighed for samordning.....	106
8.3. Udvalgets konklusion.....	108

Kapitel 9

Patienters og indklagede sundhedspersoners retssikkerhed.....	109
---	-----

9.1. Indledning.....	109
9.2. Formålet med klageadgangen.....	110
9.3. Sanktioner og rettigheder som følge af Patientklagenævnets afgørelser.....	114
9.4. Retssikkerhedsgarantier.....	117

9.5. Vurdering af retssikkerhedsgarantier	121
9.6. Afklaring af spørgsmålet om klagesags- afgørelsernes betydning og anvendelse af andre myndigheder.....	144
9.7. Udvalgets konklusioner.....	145

Kapitel 10

Administrative, økonomiske og retlige konsekvenser af udvalgets forslag.....	147
---	-----

10.1. Oprettelse af lokal patientvejlederfunktion	147
10.2. Lokale klagenævn	148
10.3. Fjernelse af klagesagsbehandlingen fra embedslægerne.....	149
10.4. Retssikkerhedsgarantier.....	151

Bilag 1

Amtsrådsforeningens notat af 28. november 1996: Etablering af én eller flere forsøgsordninger med decentrale patientklagenævn.....	153
--	-----

Bilag 2

Embedslægeforeningens skrivelse af 11. januar 1997: Embedslægeforeningens generelle særudtalelse til betænkningen "Patienters klageadgang på sundhedsområdet".....	168
---	-----

Bilag 3

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns notat af 27. november 1996: Notat om retssager anlagt af Lægeforeningen mod Patientklagenævnet	174
--	-----

Bilag 4

Den Almindelige Danske Lægeforenings skrivelse af 10. januar 1997: Særudtalelse fra Lægeforeningens repræsentant Torben Pedersen i Sundhedsministeriets udvalg vedrørende revision af patienters klageadgang på sundhedsområdet	178
--	-----

Kapitel 1

Baggrund for udvalgets nedsættelse, udvalgets kommissorium og sammensætning, samt sammendrag af udvalgets konklusioner og forslag

1.1. Baggrunden for udvalgets nedsættelse

Der gives i dag patienter adgang til at klage over behandling og service inden for sundhedsvæsenet efter forskellige til dels af hinanden uafhængige klageordninger. Dette kan indebære en dårlig ressourceudnyttelse samt manglende overskuelighed og lange sagsbehandlingstider for patienterne m.fl.

Klager over sundhedspersonalets faglige fejl skal således rettes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Dog skal klager vedrørende tandlæger i første instans rettes til det imellem sygesikringsparterne særligt etablerede overenskomstaftalte klagesystem.

Klager over service, opførsel m.v. kan påklages til den enkelte driftsansvarlige sundhedsmyndighed, typisk amterne.

Spørgsmål om afklaring af sundhedsfaglige spørgsmål, herunder bistand til undersøgelse af klager over faglige fejl, der er rettet til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, varetages af de lokale embedslægeinstitutioner.

Spørgsmål om erstatning til patienter varetages af Patientforsikringen og domstolene.

Vedrørende Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har en arbejdsgruppe under Sundhedsministeriet i marts 1996 afgivet en rapport, der på baggrund af nævnets mange verserende sager og fortsat lange sagsbehandlingstider har opstillet forskellige forslag til effektivisering af nævnets arbejde. Der er endvidere blevet stillet forslag til, hvorledes nævnets sekretariat kan samarbejde med andre myndigheder, f.eks. amterne og embedslæger. Vedrørende embedslægerne er det foreslået, at disse på sigt helt udgik af klagesagsforberedelsen for Patientklagenævnet.

Ministeriet har sammen med Patientklagenævnet i foråret 1996 taget initiativ til at styrke nævnets interne organisation, mens spørgsmål vedrørende nævnets samarbejde udadtil endnu ikke var færdigdrøftet.

Det har endvidere fra forskellig side været kritiseret, at der ikke på lokalt plan, f.eks. i amterne, er etableret patientvejlederordninger, der bl.a. kunne vejlede patienterne og afklare misforståelser vedrørende patienternes klager m.v.

Endvidere har det, især fra de faglige organisationers side, været påpeget, at det eksisterende klagesystem, navnlig Patientklagenævnet, ikke i tilstrækkeligt omfang tilgodeser sundhedspersonalets retssikkerhed som led i sagsbehandlingsprocessen.

Endelig har Amsrådsforeningen på baggrund af en anmodning fra Frederiksborg Amt om etablering af forsøg med decentrale patientklagenævn i maj 1996 udtrykt, at foreningen generelt ser positivt på en decentralisering af hele eller dele af det eksisterende klagesystem. Foreningen har ønsket gennem forhandlinger med ministeriet at undersøge disse muligheder.

Sundhedsministeren har på denne baggrund rundet, at der bør nedsættes et udvalg, der samlet kunne vurdere de nævnte problemstillinger med henblik på overordnet at effektivisere sagsbehandlingen og nedbringe sagsbehandlingstiderne. Udvalgets hovedformål vil være at vurdere, om der kunne ske en mere effektiv samordning af klagesagernes undersøgelse og behandling, således at bl.a. dobbelt sagsbehandling kunne undgås, og om der kunne ske en "decentralisering" af klageadgangen, således at klager i størst muligt omfang først rettes til de forskellige lokale driftsansvarlige sundhedsmyndigheder, der tillige kunne træffe afgørelser i sagerne, hvor dette af retssikkerhedsmæssige og faglige hensyn var forsvarligt samt økonomisk velbegrundet.

1.2. Udvalgets kommissorium og sammensætning

Udvalget har faet følgende opgaver:

1. Udvalget skal give en kortfattet beskrivelse af de eksisterende klageordninger vedrørende patienters klager over såvel faglige som servicemæssige og erstatningsmæssige spørgsmål.
2. Udvalget skal herefter drøfte og vurdere samt stille de forslag til de ændringer af klagesystemerne, der findes hensigtsmæssige, idet følgende hensyn skal lægges til grund herfor:
 - dels ønsket om en nedbringelse af sagsbehandlingstiderne.
 - dels ønsket om en større overskuelighed af klagemu-

lighederne for patienterne.

- dels ønsket om en større samordning af klagesageres undersøgelse og afgørelse, således at bl.a. dobbelt sagsbehandling søges undgået, herunder en vurdering af embedslægernes rolle i det fremtidige klagesystem, og en evt. samordning af Patientklagenævnets og Patientforsikringens sagsbehandling.
- dels ønsket om, at patienternes første kontakt til klagesystemet så vidt muligt sker lokalt, således at bl.a. eventuelle misforståelser m.v. kan afklares hurtigst muligt, og således, at de driftsansvarlige myndigheder gennem klagesagerne tidligt kan indgå i en kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet.
- dels ønsket om, at patienters og eventuelle indklagede sundhedspersoners retssikkerhed tilgodeses, herunder en vurdering af indførelse af en ankeinstans, under hensyntagen til de retskrav, patienterne kan opnå, og de sanktioner, der kan iværksættes over for de indklagede sundhedspersoner i sagen.
- dels at tage stilling til, hvorledes Amtsrådsforeningens ønsker om decentralisering af klagesystemet og forsøg i forbindelse hermed kan indgå i udvalgets forslag.

Udvalget skal i øvrigt ikke foretage en dybtgående undersøgelse af patienters erstatningsmuligheder, idet dette forudsattes at ske i et særligt udvalg nedsat til revision af patientforsikringsloven.

Udvalget skal endelig foretage - foreløbige - vurderinger

af de administrative og økonomiske konsekvenser, der måtte følge af udvalgets forslag, herunder alternative forslag.

Udvalget kan nedsætte arbejdsgrupper bestående af udvalgets medlemmer og særligt udefra kommende sagkyndige. Udvalget kan endvidere lade særligt sagkyndige få foretræde for udvalget med henblik på afdækningen af særlige problemstillinger.

Udvalget skal afslutte sit arbejde senest 1. november 1996.

Udvalget fik følgende sammensætning:

Kontorchef Steen Loiborg (formand), udpeget af sundhedsministeren.

Fuldmægtig Elise Quaade, indstillet af Sundhedsministeriet.

Konst, sekretariatschef Agnes Hauberg/sekretariatschef Anne Lind Madsen, indstillet af Patientklagenævnet.

Overlæge Michael von Magnus/læge Søren Quist, indstillet af Sundhedsstyrelsen.

Direktør Arne Grünfeld, indstillet af Patientforsikringen.

Formand, embedslæge Jens Misfeldt, indstillet af Embedslægeforeningen.

Fuldmægtig Jette Lauridsen, indstillet af Amtsrådsforeningen i Danmark.

Fuldmægtig Janni Christensen, indstillet af Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Patientvejleder Lene Madsen, indstillet af Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Formand, overlæge, dr. med. Torben Pedersen/kontorchef Nils Michelsen, indstillet af Den Almindelige Danske Lægeforening.

Tandlæge Hans Christian Hagh/afdelingschef Henrik Hoffmann, indstillet af Dansk Tandlægeforening.

Overtandlæge Annette Thøgersen, indstillet af Tandlægenes Nye Landsforening.

Næstformand, socialrådgiver Jørgen Eckmann/konsulent Jette Juul Jensen, indstillet af De Samvirkende Invalideorganisationer.

Cand. mere. jur. Mette Reissmann, indstillet af Forbrugerrådet.

Sekretariatsfunktionen er varetaget af fuldmægtig Barbara Erlich-Eriksen, Sundhedsministeriet.

Betænkningen er renskrevet af assistent Mette Krogholt, Sundhedsministeriet.

Udvalget har afholdt 7 møder, det første den 22. august 1996, og det sidste møde den 28. november 1996. Udvalget har ikke haft nedsat arbejdsgrupper.

1.3. Sammendrag af udvalgets konklusioner og forslag

Idet der nærmere henvises til de enkelte forslag i respektive kapitler, kan udvalgets konklusioner og forslag kort resumeres så-

ledes:

I *kapitel 2* beskrives de eksisterende klageordninger, herunder Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og andre særlige klageordninger vedrørende klager over privatpraktiserende tandlæger, klagesystem for psykiatriske patienter m.v. Endvidere beskrives patienters erstatningsadgang, Sundhedsstyrelsens og embedslægernes opgaver og andre myndigheders varetagelse af klager, råd og vejledning på sundhedsområdet.

I *kapitel 3* beskrives en række initiativer til nedbringelse af sagsbehandlingstider i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn vedrørende nævnets produktion, personale, EDB/ETB, sekretariatets samarbejde med nævnet og embedslægerne, formandsafgørelser m.v.

Disse initiativer, der primært vedrører Patientklagenævnets interne virksomhed, er allerede iværksat eller er indgået i udvalgets arbejde, specielt hvor forslagene vedrører klagesystemets overordnede organisation, retssikkerhed m.v.

I *kapitel 4* beskrives og vurderes indførelse af en lokal patientvejlederfunktion, konkrete initiativer på patientvejledningsområdet, patientvejledningens opgaver, "postkassefunktion" m.v.

Udvalget anbefaler,

at alle de beskrevne opgaver, som patientvejlederen bør varetage i fremtiden, gøres til opgaver for patientvejlederne, for så vidt angår sygehusvæsenets område, idet det dog af Amtrådsforeningen understreges, at eventuelle opgaver, der ligger ud over indholdet i økonomiaftalen for 1997 mellem regeringen og Amtrådsforeningen, vil det være op til de enkelte amter at fastlægge,

side 16

og

at patient vej lederordninger oprettes i samtlige amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab med en fællesbetegnelse "patientvejledningen" og senest fra og med udgangen af 1991.

Udvalget er endvidere enig om

at afvise indførelse af en lokal obligatorisk "postkassefunktion", men kan anbefale indførelse af en frivillig "postkassefunktion" for alle klager vedrørende forholdene i sygehusvæsenet.

I kapitel 5 beskrives og vurderes lokale klagenevne og lignende, herunder Amtsrådsforeningens forslag om forsøg med decentralisering af patientklagesystemet.

Et flertal af udvalget kan ikke anbefale,

at der etableres lokale nævne svarende til det centrale Patientklagenævn i de enkelte amter i klagesager vedrørende sundhedspersonalets faglige forhold. Amtsrådsforeningen, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Embedslægeforeningen og Patientforsikringen kan dog ikke tilslutte sig denne afvisning, idet man først ønsker gennem forsøgsordninger at afprøve mulighederne for centrale nævne.

Et flertal i udvalget finder samlet set, at Amtsrådsforeningens forslag indeholder flere forhold, der ikke umiddelbart kan begrunde etablering af forsøg med lokale nævne.

Da mulighederne for etablering af lokale klagenevne med afgørelse af faglige spørgsmål ikke findes fuldt belyste, finder et mindretal af udvalget (Amtsrådsforeningen, Sygesikringens For-

handlingsudvalg, Embedslægeforeningen og Patientforsikringen), at der efter Sundhedsministeriets nærmere drøftelse af forslag herom med Amtsrådsforeningen bør søges hjemmel for gennemførelse af forsøgsordninger med decentrale organer, der tillige kan sikre en hurtig lokal indsats til forbedring af service- og kvalitetsudvikling under den forudsætning, at retssikkerhedsmæssige hensyn for patienter og indklagede sundhedspersoner bliver tilgodeset.

I *kapitel 6* beskrives og vurderes embedslægenes rolle i patientklagesystemet, embedslægeinstitutionernes opgaver i relation til klagesagsbehandlingen og embedslægenes tilsyn med sundhedspersoners virksomhed.

Et flertal af udvalget kan anbefale

at fjerne klagesagsforberedelsen for det centrale Patientklagenævn fra embedslægerne, og

at forslaget om klagesagsbehandlingens fjernelse fra embedslægerne lægges til grund for arbejdet i det udvalg, der i Sundhedsstyrelsens regi er nedsat til samlet at vurdere embedslægenes fremtidige opgaver og struktur.

Amtsrådsforeningen, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Embedslægeforeningen og Lægeforeningen har med forskellige begrundelser ikke kunnet tilslutte sig disse anbefalinger, mens Patientforsikringen ikke har fundet, at man burde tage stilling til et så vidtgående forslag vedrørende embedslægenes fremtidige opgaver.

I *kapitel 7* beskrives og vurderes, bl.a. på grundlag af antallet af fællessager i de to ordninger, en eventuel samordning af Patient-

klagenævnet og Patientforsikringen.

Sammenfattende er det udvalgets opfattelse,

at man fortsat bør lægge Folketingets intentioner til grund om at holde de to ordninger adskilt fra hinanden set ud fra retssikkerheds- og opklaringshensyn.

Da der endvidere er grundlæggende forskelle mellem de 2 ordninger, da sagssammenfaldet er af mindre størrelsesorden (20-25%), og da det er forskellige oplysninger, der skal indhentes, vil der endvidere ikke være administrative fordele ved en sammenlægning af de to ordninger.

1 *kapitel 8* beskrives og vurderes mulighed for samordning af klagesystemet i øvrigt.

Der findes efter udvalgets opfattelse ikke grundlag for hverken administrativt eller lokalemæssigt at samordne eksisterende klageordninger på sundhedsområdet, bl.a. fordi disse efter deres formål har forskellige organisatoriske indhold, procedurer og placeringer, og fordi patienten typisk ikke findes at have behov for at kunne klage over flere forskellige forhold på samme tid, forudsat at der i øvrigt gives patienten en effektiv information om de forskellige klageadgange.

Udvalget har dog noteret sig, at Justitsministeriet senest den 19. december 1996 har fremsat et lovforslag til revision af psykiatriloven (L 133) og heri stillet forslag om samordning i 1. instans af alle klager vedrørende tvang i de lokale statslige patientklagenævn.

I *kapitel 9* beskrives og vurderes patienters og indklagede sund-

hedspersoners retssikkerhed, herunder formålet med klageadgangen, samt sanktioner og rettigheder som følge af Patientklagenævnets afgørelser og en række retssikkerhedsgarantier.

Udvalget har stillet forskellige forslag til forbedring af patienters og indklagede sundhedspersoners retssikkerhed. De vigtigste forslag er følgende:

at Patientklagenævnet i alle sager skal give begge parter partshøring over såkaldte "agterskrivelser", hvorefter et udkast til afgørelse i nævnet indeholdende såvel sagsbeskrivelse som påtænkt afgørelse sendes til parterne. Ordningen suppleres med, at parterne efter anmodning kan få oplysning om den sagkyndige konsulentens navn og aktindsigt i den sagkyndiges vurdering. Forbrugerrådet og De Samvirkende Invalideorganisationer er imod dette forslag.

at det af nævnets afgørelser bør fremgå enten at "et enigt nævn" eller at "et flertal af nævnets medlemmer" har truffet afgørelse i sagen, idet dette dels vil styrke afgørelsens fortolkningsværdi, dels ikke skønnes at ville hindre, at nævnet i sit arbejde vil søge at nå frem til en fælles afgørelse.

at der ikke bør indføres en ankeinstans for afgørelser truffet af Sundhedsvæsenet Patientklagenævn, men

at der efter den indklagede sundhedspersons anmodning indføres en pligt til sagens genoptagelse i nævnet af faglige spørgsmål, såfremt en uafhængig opmand finder grundlag herfor. De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet er imod dette forslag. Lægeforeningen ser dog gerne, at opmændenes adgang til at genoptage sager også omfatter forvaltningsretlige spørgsmål.

at der indføres en supplerende og absolut forældelsesfrist på ikke over 5 år for sagers optagelse i Patientklagenævnet.

I *kapitel 10* beskrives de administrative, økonomiske og retlige konsekvenser af udvalgets forslag.

Idet der nærmere henvises til kapitlets beskrivelse, skal nedenfor alene nævnes de lovændringer, der vil være nødvendige som følge af udvalgets forslag:

Ad oprettelse af lokal patientvejlederfunktion - ændringer ikke nødvendige, men ønskeligt at skabe direkte lovhjemmel. Oprettelse af en frivillig "postkassefunktion" til afklaring af visse klager i patientvejledningen kræver ændring af centralstyrelseslovens § 19 (ny bestemmelse).

Ad lokale nævn - eventuel ny hjemmel for forsøg med lokale nævn i centralstyrelsesloven.

Ad embedslægernes fremtidige rolle - ændring af central styrelseslovens § 19.

Ad retssikkerhedsmæssige garantier:

- indførelse af nævnets pligt til at genoptage sager ved uafhængig opmand - reguleres som ny særskilt bestemmelse - § 19 a,
- indførelse af en absolut forældelsesfrist på ikke over 5 år (alternativt 2-3 år) - ændring af § 22, nyt stk. 2,
- eventuel bemyndigelse af sekretariatet - ud over den eksisterende bemyndigelse af formanden - til på nævnets vegne at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl -

ændring af § 20, stk. 2,

- eventuel placering af nævnsformandskabet hos en eller flere medarbejdere i sekretariatet - ændring af § 16, stk. 2.

1.4. Opfyldelse af udvalgets kommissorium

Udvalget har, jf. resumeet i afsnit 1.3, beskrevet eksisterende klageordninger, og stillet forslag om oprettelse af patientvejledere i de enkelte amter og frivillig "postkassefunktion" samt forslag om at fjerne klagesagsbehandlingen fra embedslægerne, alt med henblik på nedbringelse af sagsbehandlingstiden og at skabe større overskuelighed samt bedre lokal kontakt vedrørende patientklagesystemet. Udvalget har derimod ikke kunnet anbefale oprettelse af lokale patientklagenævn i de enkelte amter.

Udvalget har ikke fundet grundlag for at foreslå en sammenlægning eller samordning i øvrigt af Patientklagenævnet og Patientforsikringen eller af andre klageordninger på området.

Vedrørende styrkelse af retssikkerheden har udvalget bl.a. foreslået, at der fremover bør partshøres over "agterskrivelser" (udkast til klagesagens afgørelse), og at der bør indføres en mulighed for, at Patientklagenævnet foretager faglig revurdering i sager, hvor nævnet har udtrykt kritik af en sundhedsperson.

Kapitel 2

Beskrivelse af de eksisterende klageordninger

2.1. Afgrænsning af eksisterende klageordninger

Man kan i dag klage over såvel den faglige behandling, man som patient har modtaget på såvel et offentligt som privat sygehus, hos praktiserende læge m.v. som over serviceniveauet, sundhedspersonalets opførsel, ventetider på behandling, vilkår for behandling, erstatningsadgang mm.

Der er ikke fastlagt en fælles klageadgang for alle disse forhold. Dette skyldes dels, at det set ud fra en retssikkerhedsmæssig vurdering ikke har været nødvendig, dels at klagerne primært ønskes behandlet af den myndighed eller de parter, der umiddelbart er ansvarlige for ydelsen, medmindre retssikkerhedsmæssige forhold har gjort en mere uafhængig klageadgang nødvendig.

I stedet for et fælles klagesystem er der på forskellige måder sat ind på at give patienterne information om deres klagemuligheder i de forskellige relationer.

Overordnet set skal klager over den faglige virksomhed, der udøves af sundhedspersoner, indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Der findes dog særlige klageadgange vedrørende behandling hos privatpraktiserende tandlæger og inden for psykiatrien.

Klager over andre forhold end den rent faglige virksomhed rettes som udgangspunkt til vedkommende (amts)kommune m.m. Det drejer sig navnlig om serviceniveau, personalets opførsel, visitationen og ventetider.

Endelig har patienterne mulighed for efter særligt etablerede ordninger at få tilkendt erstatning for behandlingsskader og lægemiddelskader.

Der skal i det følgende nærmere redegøres for disse klageordninger.

Til illustration af de enkelte klageordningers omfang er der i slutningen af de respektive beskrivelser - hvor det er muligt - oplyst antallet af årligt anmeldte klagesager.

2.2. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn blev etableret den 1. januar 1988 i henhold til lov nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. med senere ændringer.

Patientklagenævnet behandler

- klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet, som er omfattet af Patientklagenævnets virksomhed, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 849 af 24. september 1996 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed samt om klagevejledning i statsamterne,

- klager over afgørelser om aktindsigt i henhold til lov nr. 504 af 30. juni 1993 om aktindsigt i helbredsoplysninger,
- sager, som indbringes af Sundhedsstyrelsen, hvis styrelsen finder, at der vil være grundlag for kritik eller anden sanktion, og
- som 2. instans i forhold til det lokale psykiatriske patientklagenævn klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering på psykiatriske afdelinger i henhold til lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Nævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling, og nævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. En afgørelse truffet af Patientklagenævnet kan ikke indbringes direkte for domstolene, men der kan i medfør af grundlovens § 63 anlægges anerkendelsesspørgsmål ved Landsretten imod Patientklagenævnet med påstand om, at en afgørelse kendes ubeføjet.

Efter centralstyrelseslovens § 19, stk. 1, kan nævnet anmode embedslægerne om at undersøge klagesager og udarbejde indstilling til sagernes afgørelse. Nævnet har siden 1. januar 1994 gjort brug af denne hjemmel.

Sundhedsministeren beskikker nævnets formænd og nævnsmedlemmer samt udnævner en sekretær for nævnet, som samtidig leder nævnets sekretariat.

Patientklagenævnet består for tiden af en formand og 4 næstformænd, der som loven foreskriver opfylder de almindelige betingelser for at kunne beskikkes som landsdommer, samt af 16 lægmandsrepræsentanter og en række fagligt uddannede sund-

hedspersoner. 8 af lægmandsrepræsentanterne er beskikket af sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra Amtsrådsforeningen i Danmark samt Københavns og Frederiksberg kommuner. De øvrige 8 lægmandsrepræsentanter er beskikket af sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra De Samvirkende Invalideorganisationer. Der er som minimum beskikket 2 medlemmer af nævnet for hver af de faggrupper, nævnet omfatter.

Lægerne har 12 medlemmer, tandlægerne og sygeplejerskerne 4 medlemmer hver. Beskikkelsen følger den kommunale valgperiode.

Ved afgørelsen af klagesagerne medvirker en formand/næstformand, to lægmænd (en fra hver gruppe af lægmandsrepræsentanter) og to sundhedsfagligt uddannede medlemmer.

Spørgsmål af almindelig interesse for nævnets virksomhed drøftes og besluttet på fællesmøder, hvor der ud over formandskabet tillige deltager 8 lægmandsrepræsentanter og 8 fagligt uddannede.

Endelig påhviler det formanden at indkalde det samlede nævn til et årligt møde, hvor spørgsmål af almindelig interesse for nævnets virksomhed, for eksempel årsberetningen, drøftes.

Patientklagenævnet har i 1995 modtaget 2.045 nye klager, hvoraf 1.581 sager er antaget til behandling.

2.3. Særligt vedrørende klager over privatpraktiserende tandlæger

I henhold til den særlige bemyndigelse i centralstyrelseslovens §

12, stk. 1, er det, jf. § 1 i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 409 af 25. maj 1994 om afgrænsning af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed (klager over tandlæger) bestemt, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ikke behandler klager over tandlæger, der kan behandles efter reglerne i overenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening om tandlægehjælp. Dette indebærer, at klager over tandlæger, der har overenskomst med sygesikringen, hvilket i realiteten udgør så godt som hele den private voksentandpleje, behandles og afgøres decentralt i de amtslige tandlægenævn. Klagen modtages i et visitationsudvalg, som består af et medlem udpeget af amtet og et medlem udpeget af kredsforeningen. Visitationsudvalget skal vurdere, om klagen umiddelbart kan afvises, bl.a. på baggrund af forældelsesfrist. Udvalget skal, hvis dette ikke er tilfældet, (re)etablere kontakt mellem klageren, tandlægen og udvalget.

I tilfælde af, at klagen derefter opretholdes, oversendes den til samarbejdsudvalget, såfremt klagen alene vedrører overenskomstmæssige forhold og til amtstandlægenævnet, hvis der også er tale om faglige forhold. Klager, der vedrører såvel overenskomstmæssige som faglige forhold, oversendes til samarbejdsudvalget til videre foranstaltning for så vidt angår de overenskomstmæssige forhold, efter at sagens faglige forhold er behandlet endeligt af amtstandlægenævnet.

Samarbejdsudvalget underrettes om afgørelser truffet af visitationsudvalget.

Amtstandlægenævnene er paritetisk sammensat af 3 medlemmer, udpeget af den lokale kredsforening og af 3 medlemmer, udpeget af amtet. Amtstandlægenævnenes afgørelser træffes ved flertalsbeslutninger. I tilfælde af stemmelighed forelægges sagerne for Landstandlægenævnet. Landstandlægenævnet har en tilsvarende

sammensætning, dog er der tillige en landsdommer som formand.

Sagsbehandlingen i amts- og Landstandlægenævn skal efter overenskomsten være i overensstemmelse med forvaltningslovens regler om inhabilitet, vejledning og repræsentation, parters aktindsigt, partshøring, klagevejledning og tavshedspligt.

Amtstandlægenævnet bedømmer klagens faglige forhold og kan over for en tandlæge beslutte, at tandlægen til den sikrede patient tilbagebetaler et af nævnet fastsat beløb, medmindre der under klagesagsbehandlingen er indgået forlig i sagen.

Forliget kan også vedrøre et erstatningsbeløb og her involveres tandlægenes fælles forsikring.

Amtstandlægenævnenes afgørelser kan af klager og/eller tandlægen ankes til Landstandlægenævnet, der tillige fastsætter forretningsorden for amtstandlægenævnene.

Der indberettes til Sundhedsstyrelsen om alle sager (også forlig og afvisning) efter retningslinier fastlagt af parterne i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

Spørgsmål om overtrædelse af lov om tandlæger, straffelovgivning m.v. er ikke omfattet af overenskomstens klageregler. Opstår der under behandlingen af en klagesag begrundet formodning om, at der i sagen foreligger en overtrædelse af straffeloven, eller en alvorlig overtrædelse af tandlægeloven, jf. lovens § 19, skal sagen straks indbringes for Sundhedsstyrelsen, der herefter undersøger sagen og forelægger denne for Patientklagenævnet med indstilling om eventuel kritik m.v. En endelig behandling af sagen i det overenskomstbaserede klagesystem afventer Patientklagenævnets afgørelse af det formodede kritisable forhold.

Det overenskomstbaserede klagesystem er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling, og afgørelser truffet i Landstandlægenævnet kan for så vidt angår den tandlægefaglige afgørelse ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Klager over sagsbehandlingen i amts- og Landstandlægenævn kan imidlertid indbringes for henholdsvis det amtslige samarbejdsudvalg og landssamarbejdsudvalget. Disse udvalg er nedsat af overenskomstens parter og har primært til opgave at vejlede og fortolke forhold vedrørende forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser.

Der blev i alt i 1995 anmeldt 320 klagesager til samtlige amtstandlægenævn og 73 ankesager til Landstandlægenævnet.

2.4. Særligt vedrørende klagesystem for psykiatriske patienter

2.4.1. Almindelige klagemuligheder

For så vidt angår faglig virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet, kan psykiatriske patienter, i det omfang den faglige virksomhed ikke er omfattet af bestemmelserne i lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven), indbringe klage for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i medfør af centralstyrelseslovens § 12.

Klager over andre forhold end den faglige virksomhed, feks. vedrørende personalets optræden, serviceforhold m.v., kan af psykiatriske patienter indbringes for den på det givne forvaltningsområde drift ansvarlige administrative myndighed, feks. vedkommende amtsråd.

2.4.2. Særlige klagemuligheder

2.4.2.1. Psykiatriloven

Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling må kun finde sted efter reglerne i psykiatriloven, jf. lovens § 1, stk. 1.

Psykiatrilovens bestemmelser om klagemuligheder gælder med undtagelse af den under 2.4.2.1.1. beskrevne domstolsprøvelse af frihedsberøvelse også for personer, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, der er truffet i strafferetsplejens former, jf. bekendtgørelse nr. 605 af 23. august 1990. Ej heller bestemmelserne i psykiatriloven om patientrådgivere, jf. 2.4.2.1.3., finder anvendelse på disse personer.

2.4.2.1.1. Frihedsberøvelse

Afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse skal sygehusmyndigheden efter anmodning fra den psykiatriske patient eller den i medfør af psykiatriloven beskikkede patientrådgiver indbringe for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a, jf. psykiatrilovens § 34, stk. 1. Godkender retten, at patienten tvangstilbageholdes, kan spørgsmålet om udskrivning først på ny begæres prøvet efter stk. 1, når der er forløbet 2 måneder efter rettens afgørelse, jf. psykiatrilovens § 34, stk. 2.

Justitsministerens afgørelse i henhold til psykiatrilovens § 40, stk. 1, om en ekstraordinært farlig persons anbringelse i sikringsan-

stalten, som er knyttet til amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, skal af justitsministeren inden 5 søgnedage efter, at afgørelsen er truffet, indbringes for retten til prøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a, jf. psykiatrilovens § 40, stk. 2. Begæring om ophævelse af anbringelsen kan af patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgeren tidligst fremsættes overfor justitsministeren, når der er forløbet 2 måneder efter enten en tidligere justitsministeriel afgørelse eller rettens afgørelse, jf. § 40, stk. 2, jf. § 41, stk. 1 og 2. Såfremt 2 måneder er forløbet, skal en begæring behandles af justitsministeren, og såfremt begæringen afslås, skal afslaget på begæring af patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgeren forelægges retten til prøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a.

Der blev i alt i 1993 til Justitsministeriet anmeldt 149 klagesager vedrørende tvangsindlæggelse og 416 klagesager vedrørende tvangstilbageholdelse.

2.4.2.1.2. Anden tvang

Klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering skal efter anmodning fra patienten/den i henhold til psykiatrilovens § 40, stk. 1, anbragte eller patientrådgiveren af sygehusmyndigheden indbringes for det i henhold til psykiatrilovens § 35 oprettede stedlige patientklagenævn, jf. psykiatrilovens § 36, jf. § 40, stk. 3.

Der blev i alt i 1993 anmeldt 484 klager omhandlende anden tvang end frihedsberøvelse til de lokale psykiatriske patientklagenævne.

Disse nævns afgørelser kan påklages til Sundhedsvæsenets Pati-

entklagenævn, jf. psykiatrilovens § 38, stk. 1.

Der blev i 1994 anket i alt 72 sager til Patientklagenævnet.

2.4.2.1.3. Patientrådgivere og bistandsværger

Der skal efter psykiatrilovens § 24 beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling. Endvidere skal der efter anmodning fra patienten beskikkes en patientrådgiver ved fiksering m.v. Inden for strafferetsplejen kan - og i visse tilfælde skal - der beskikkes den frihedsberøvede en bistandsværge, jf. straffelovens § 71.

Det følger af bekendtgørelse nr. 32 af 17. januar 1995 om patientrådgivere og bistandsværger, at disse bl.a. skal rådgive og vejlede om klageadgang, bistå med at udforme eventuelle klageskrivelser og yde bistand ved behandlingen af eventuelle klagesager.

2.4.2.2. Folketingets tilsyn i henhold til grundlovens § 71

Psykiatriske patienter, som uden for strafferetsplejen er frihedsberøvede, kan rette henvendelse til Folketingets tilsyn i henhold til grundlovens § 71, jf. bestemmelsens stk. 7.

2.4.2.3. Folketingets Ombudsmand

Efter lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand, der med virkning fra 1. januar 1997 - navnlig udvider ombudsmandskompetencen i forhold til kommunerne og visse råd og

nævn - har alle, der er frihedsberøvede, ret til i en lukket skrivelse at rette henvendelse til ombudsmanden, jf. også afsnit 2.8.4.

Det følger endvidere af gældende regler, at klager over behandlingen af personer, som uden for strafferetsplejen er frihedsberøvede, skal henvises til det af Folketinget i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, nedsatte tilsyn, der kan overdrage ombudsmanden at medvirke ved behandlingen af sådanne klager, for så vidt de er rettet mod nogen, der henhører under ombudsmandens virksomhed.

2.4.2.4. Lovforslag om revision af psykiatriloven

Justitsministeriet har den 19. december 1996 fremsat et lovforslag om revision af psykiatriloven (L 133). Revisionsloven følger af en revisionsbestemmelse i psykiatriloven og er bl.a. baseret på en psykiatrilovsundersøgelse fra august 1996 udført af Retspsykiatrisk Klinik. Ifølge lovforslaget, der er fremsat med henblik på en indledende bred debat om forslagene, foreslås bl.a. at alle spørgsmål vedrørende tvangsanvendelse, dvs. såvel tvangstilbageholdelse og tvangsindlæggelse, der hidtil kunne indbringes for domstolene, og tvangsanvendelse, der kan påklages til de under statsamterne nedsatte patientklagenævn, fremover i 1. instans skal kunne påklages til de nævnte lokale patientklagenævn. Dette foreslås bl.a. med henblik på at skabe større overskuelighed i klagesystemet.

2.5. Klager over andre forhold

2.5.1. Klager over sundhedsvæsenets service, personalets opførsel, ventetider m.v.

Som bekendt henhører klager over sundhedspersonalets optræden, serviceniveauet, ventetider og lignende ikke under Patientklagenævnet, der alene behandler klager over den rent faglige virksomhed.

Sådanne klager rettes for offentligt ansat personale direkte til vedkommende ansættelsesmyndighed.

Serviceklager, der vedrører sygehusene, fremsættes derfor over for sygehusejerne, dvs. den pågældende amtskommune (sygehusudvalg-/forvaltning) eller Hovedstadens Sygehusfællesskab. Serviceklager over privatpraktiserende sundhedspersonale omfattet af den offentlige sygesikring fremsættes typisk over for det overenskomstbaserede klagesystem, jf. afsnit 2.5.2.

2.5.2. Klager over den offentlige sygesikrings ydelser

Klager over den offentlige sygesikrings ydelser er baseret dels på lovgivning og bekendtgørelser, dels på et overenskomstmæssigt klagesystem.

For så vidt angår klageadgangen baseret på lovgivning og bekendtgørelser er det i henhold til bekendtgørelse nr. 77 af 31. januar 1994 af lov om offentlig sygesikring fastsat, at afgørelse truffet af kommunalbestyrelsen vedrørende begravelseshjælp og befordringsgodtgørelse kan indbringes for det sociale ankenævn.

Derudover kan afgørelser truffet af amtsrådet vedrørende retten til ydelser efter lovens kapitel 2 (vederlagsfri lægehjælp ved alment praktiserende læge, fri lægehjælp ved speciallægehjælp efter henvisning fra alment praktiserende læge m.v.) og afgørelser truffet af kommunalbestyrelsen på amtskommuners vegne efter § 23, stk. 1, indbringes for Den sociale Ankestyrelse. Klager til det sociale ankenævn og Ankestyrelsen indgives inden 4 uger efter, at klageren har faet meddelelse om afgørelsen.

Klager over forhold, der er omhandlet i sygesikringsoverenskomsterne, behandles i det i henhold til overenskomsten fastsatte klagesystem. Klager over sundhedsvirksomhed henhører under Patientklagenævnets kompetence, undtagen for så vidt angår klager over voksentandpleje, som henhører under det særlige tandlægefaglige klagesystem.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg har indgået overenskomster med alment praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, fodterapeuter, fysioterapeuter, tandlæger og psykologer.

Det overenskomstbaserede klagesystem er opbygget således, at der på amtsligt niveau for hvert overenskomstområde er nedsat et lokalt samarbejdsudvalg, hvor klagerne behandles som 1. instans. Samarbejdsudvalget er sammensat af repræsentanter udpeget af amtsrådet, samt repræsentanter udpeget af vedkommende interesseorganisations praksisudvalg/kredsforening. Amtets sygesikringsafdeling fungerer som regel som sekretariat for udvalget. Indenfor overenskomstområderne kiropraktorer, fodterapeuter og psykologer forefindes ikke et lokalt samarbejdsudvalg, men alene landssamarbejdsudvalg.

Klagen skal fremsættes inden 6 uger efter, at det forhold, der giver anledning til klagen, er kommet for klagerens kundskab.

Samarbejdsudvalget afholder som regel møder 2-4 gange årligt, og kan kun træffe afgørelse, såfremt samtlige medlemmer er enige.

Samarbejdsudvalgets afgørelser kan inden 6 uger indbringes for de efter overenskomsterne nedsatte landssamarbejdsudvalg, som består af repræsentanter udpeget af Sygesikringens Forhandlingsudvalg og repræsentanter udpeget af vedkommende interesseorganisation. Landssamarbejdsudvalgene afholder møder 2-4 gange årligt, og udover afgørelser i ankesager, træffer udvalget også afgørelser i sager af principiell karakter, og i sager, hvor samarbejdsudvalget ikke har kunnet opnå enighed.

2.5.3. Klager over, på hvilke vilkår en person har ret til behandling og befordring

Efter § 9 i sygehusloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995, kan afgørelser om, på hvilke vilkår en patient har ret til behandling og befordring eller befordringsgodtgørelse, herunder afgørelser truffet af kommunalbestyrelsen, jf. lovens § 8, stk. 2, påklages til Den sociale Ankestyrelse. Klage til ankestyrelsen skal indgives inden 4 uger efter, at klageren har modtaget afgørelsen.

2.5.4. Kautionsafslag

I tilfælde af en amtskommunes afslag på henvisning (kaution) af en patient til behandling på et fremmed amtskommunalt eller privat sygehus, der først og fremmest kommer på tale i relation til behandling på lands- og landsdelsafdelinger, idet der er frit sygehusvalg på almindeligt sygehusniveau, kan man ikke klage til en

anden myndighed, idet amtskommunens afgørelse er endelig. Sundhedsstyrelsen har mulighed for at komme med en vejledende udtalelse over kautionsafslaget.

2.6. Patienters erstatningsadgang

2.6.1. Patientforsikringsordning

Den vigtigste mulighed for erstatning på sundhedsområdet er patientforsikringsordningen. Patientforsikringsordningen, der blev indført ved lov nr. 367 af 6. juni 1991 med virkning fra den 1. juli 1992, yder erstatning til patienter eller disses efterladte samt forsøgspersoner og donorer for somatiske skader og visse psykiatiske skader forårsaget under behandling m.v. i sygehusvæsenet. I 1995 blev ordningen udvidet til også at omfatte skader, der opstår i forbindelse med biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor.

Ansøgning om erstatning indgives til Patientforsikringen, som er en forening af forsikringsselskaber m.fl. Foreningen afgør alle sager om erstatning efter loven. Foreningens afgørelser kan inden 3 måneder indbringes for Patient skadeankenævnet. Dette nævns afgørelser kan indbringes for landsretten.

Patientforsikringsloven har udvidet patienters ret til erstatning for behandlingsskader i sygehusvæsenet, idet der kan ydes erstatning, selv om der ikke er begået lægelige fejl. Ordningen har endvidere gjort det lettere og hurtigere at få tildelt erstatning, eftersom skadelidte patienter undgår at skulle igennem anstrengende retssager.

Der blev i alt i 1995 anmeldt 1.658 sager til Patientforsikringen.

2.6.2. *Lægemiddelskader*

Ved lov nr. 1120 af 20. december 1995 om erstatning for lægemiddelskader er der i lighed med patientforsikringsordningen indført adgang til at få erstatning for skader, der skyldes lægemidler. Det er en forudsætning for erstatning, at lægemidlet er udleveret til patienten den 1. januar 1996 eller senere.

Ordningen sikrer patienter, raske forsøgspersoner og donorer en bred erstatningsdækning i tilfælde af lægemiddelskader.

Der ydes kun erstatning for bivirkninger, der er værre, end hvad man med rimelighed bør acceptere set i forhold til alvorligheden af den sygdom, som behandles med lægemidlet.

Ansøgning om erstatning indgives til Patientforsikringen, der af Sundhedsministeriet er bemyndiget til at behandle disse sager. Foreningens afgørelser kan inden 3 måneder indbringes for Lægemiddelskadeankenævnet. Dette nævns afgørelser kan indbringes for landsretten.

Der er i alt i januar-september 1996 anmeldt 9 sager vedrørende lægemiddelerstatningsordningen, hvoraf de fleste er afviste, bl.a. fordi lægemidlet er udleveret før 1. januar 1996.

2.6.3. *Blødererstatningsfonden*

Blødererstatningsfonden, der er oprettet ved lov nr. 440 af 14. juni 1995, yder støtte til blødere, der efter behandling med blod-

produkter ved danske sygehuse er blevet konstateret HIV-smittede. Der ydes endvidere støtte til disses efterladte. Staten har ydet fonden et beløb på 20 mio. kr.

Den umiddelbare baggrund for fondens oprettelse var Østre Landsrets dom af 14. februar 1995 i blødersagen. Ved dommen fik myndighederne medhold i, at man ikke havde handlet ansvarspådragende ved først at kræve varmebehandling af faktorpræparater fra den 1. oktober 1985 og screening af alt donorblod fra den 1. januar 1986.

2.6.4. Godtgørelsesordning til HIV-positive personer m. m.

Udover de ovennævnte ordninger findes der en særlig godtgørelsesordning til HIV-positive personer, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 914 af 19. november 1992, der med overvejende sandsynlighed er blevet smittet efter behandling med blodprodukter eller gennem blodtransfusioner på danske sygehuse. Godtgørelsen udgør 750.000 kr.

Der er i alt efter ordningen udbetalt godtgørelse efter ovenstående til ca. 120 personer.

Endelig skal nævnes lov nr. 82 af 8. marts 1978 med senere ændringer om erstatning for vaccinationsskader, hvorefter staten yder erstatning for varige skader som følge af vaccinationer foretaget i Danmark. Sager om ydelser efter denne lov behandles af Arbejdsskadestyrelsen med klageadgang til Den sociale Ankestyrelse.

2.7. Sundhedsstyrelsens og embedslægerens opgaver

I henhold til centralstyrelseslovens § 4 fører Sundhedsstyrelsen tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsens tilsyn går videre end til at påse, at sundhedspersonerne overholder de gældende love og andre bestemmelser vedrørende deres virksomhedsudøvelse. Det er ligeledes Sundhedsstyrelsens pligt, bl.a. gennem cirkulærer og retningslinier, at vejlede sundhedspersonerne om, hvad der efter styrelsens opfattelse må anses for at være eksempelvis god og forsvarlig adfærd på det pågældende område.

Patientklagenævnet og embedslægerne er berettiget til at afkræve sundhedspersonerne de til brug for klagesagsbehandlingen fornødne oplysninger, jf. central styrelseslovens § 19, stk. 2. Denne pligt indbefatter udlevering af enhver oplysning, herunder patientjournal. En næsten tilsvarende adgang til oplysninger for tilsynet er tillagt Sundhedsstyrelsen efter flere autorisationslove.

Det løbende tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed i kommunerne og amtskommunerne udøves på Sundhedsstyrelsens vegne af embedslægeinstitutionerne, jf. Sundhedsministeriets (Indenrigsministeriets) bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægeinstitutionernes virksomhed.

Embedslægerne kan endvidere generelt vejlede borgerne om klagemuligheder og rådgive om konkrete klager, samt hjælpe med at opklare opståede misforståelser mellem patienten og vedkommende sundhedsperson, hjælpe med at udforme konkrete klager og sende disse til den rette myndighed.

Embedslægeinstitutioner indberetter forhold, de finder kritisable, til Sundhedsstyrelsen, som herefter vurderer, om sagen skal forelægges Patientklagenævnet. Sundhedsstyrelsen, eller eventuelt embedslægeinstitutionen, vurderer også, om der er behov for yderligere erklæringer, herunder optagelse af politirapport eller indkaldelse af vedkommende sundhedsperson til samtale i embedslægeinstitutionen, f.eks. i tilfælde af lægernes ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Sundhedsstyrelsen forelægger konkrete sager, såkaldte indberetningssager, vedrørende manglende omhu og samvittighedsfuldhed og/eller grovere faglige fejl, jf. f.eks. lægelovens §§ 6, stk. 1, og 18, til afgørelse i Patientklagenævnet.

2.8. Andre myndigheders varetagelse af klager, råd og vejledning på sundhedsområdet

2.8.1. Statsamternes vejledning på sundhedsområdet

Efter centralstyrelseslovens § 23, stk. 2, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 849 af 24. september 1996 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed samt om klagevejledning i statsamterne, skal statsamterne vejlede personer, der ønsker at klage over forhold i sundhedsvæsenet.

Statsamterne skal vejlede om alle typer af klager på sundhedsområdet, dvs. både klager, der vedrører sundhedspersoners faglige virksomhed, og klager vedrørende servicespørgsmål m.v., samt om erstatningsmuligheder m.v.

Statsamternes klagevejledning er et naturligt supplement til den vejledning, som statsamterne i øvrigt tilbyder på forskellige områder.

2.8.2. De almindelige kommunale tilsynsmyndigheders opgaver

Det statslige tilsyn med amtskommunerne og primærkommunerne varetages af henholdsvis Indenrigsministeriet og de kommunale tilsynsråd. Der er et tilsynsråd for hver af de 14 amter bestående af 5 medlemmer med statsamtmanden som formand.

Tilsynsmyndighederne har til opgave at påse lovligheden af kommunale dispositioner. Der er tale om et legalitetstilsyn, idet der alene foretages den juridiske efterprøvelse af kommunale afgørelser. Hvorvidt en lovlig beslutning er hensigtsmæssig, efterprøves ikke af tilsynet.

Kommunaltilsynet er ikke et administrativt klagesystem, hvor borgere har krav på at få behandlet klager over kommunale afgørelser. Tilsynet er derimod karakteriseret ved, at sager - modsat i klageordninger - rejses af egen drift.

Henvendelser fra borgere om konkrete forhold, f.eks. på sygehusområdet, kan dog føre til, at tilsynsmyndighederne beslutter at starte en sag. Det gælder f.eks., hvis det fremgår af henvendelsen, at kommunen sandsynligvis har begået en ulovlighed af en vis klarhed. Hvis der på det pågældende område eksisterer et klagesystem - hvad der er tilfældet, hvis sagen drejer sig om påstået lægelig fejlbehandling - kan tilsynsmyndighederne ikke behandle sagen. Kommunaltilsynet er nemlig subsidiært i forhold til specielle rekursinstanser.

Tilsynsmyndighedernes beslutning om at rejse sag kan - ved siden af borgerhenvendelser - f.eks. være foranlediget af oplysninger fra andre myndigheder, henvendelser fra kommunalbestyrelsesmedlemmer eller presseomtale.

Tilsynsmyndighederne har mulighed for at fremsætte henstillinger og afgive vejledende udtalelser over for kommunerne, men der er også hjemmel til at suspendere eller annullere ulovlige beslutninger.

De mange særlige klageinstanser på sundhedsområdet - Patientklagenævnet, Patientforsikringen, Patientskadeankenævnet, Lægemiddelskadeankenævnet m.v. - samt det forhold, at det kommunale tilsynssystem ikke er et klagesystem, indebærer, at tilsynssystemet spiller en meget begrænset rolle for den enkelte patient.

2.8.3 De amtskommunale patientvejledninger og lignende

Efter centralstyrelseslovens § 23, stk. 1, påhviler det kommuner og amtskommuner at give information og yde vejledning til befolkningen over klageadgangen på sundhedsområdet.

Amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab kan til opfyldelse af denne bestemmelse give borgerne en sådan vejledning igennem oprettelse af patientvejlederfunktioner.

Bornholms og Nordjyllands amtskommuner samt Rigshospitalet (Hovedstadens Sygehusfællesskab) har oprettet en form for patientvejlederfunktion, mens Århus amtskommune har oprettet et patientoplysningskontor.

I de øvrige amtskommuner samt i Hovedstadens Sygehusfællesskab findes der på nuværende tidspunkt ingen formaliseret patientvejlederfunktion. Alle amtskommuner varetager dog i større eller mindre omfang en sådan funktion, jf. i øvrigt kapitel 4. Lokal patientvejlederfunktion.

2.8.4. Folketingets Ombudsmand

Folketingets Ombudsmand har til opgave at påse, at offentlige myndigheder handler i overensstemmelse med gældende ret, og herunder overholder principperne om god forvaltningsskik.

Ved lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand, der træder i kraft den 1. januar 1997, er der sket en revision af ombudsmandsinstitutionen, hvorved bl.a. ombudsmandens kompetence over for kommunerne er udvidet.

Det er karakteristisk for ombudsmanden, at han ikke som en administrativ rekursinstans eller som domstolene kan ændre en forvaltningsmyndigheds afgørelse. Ombudsmanden kan som hovedregel alene udtale sin opfattelse af sagen. Ombudsmanden vil f.eks. kunne kritisere en afgørelse eller henstille til myndigheden, at den ændres eller overvejes på ny. Sådanne henstillinger følges så godt som altid.

Et andet særkende ved ombudsmandsinstitutionen er, at ombudsmanden dels kan afvise sager, selv om de almindelige klagebestemmelser er opfyldt, dels kan tage sager op til undersøgelse af egen drift. Ombudsmandens undersøgelse af en klage er således ikke som ved domstolene bundet af klagerens påstande og anbringender.

På sundhedsområdet er ombudsmanden kompetent over for Patientklagenævnet, men ikke over for Patientforsikringen, der har status som en privat organisation. Heller ikke Patientskadeankenævnet er omfattet af ombudsmandens virksomhedsområde, hvilket beror på, at ankenævnets formand ifølge loven skal være dommer.

Ombudsmandsinstitutionen råder ikke over lægefaglig ekspertise, hvilket indebærer, at ombudsmanden i praksis har begrænsede muligheder for at tage stilling til Patientklagenævnets afgørelser.

Der blev i alt i 1993 anmeldt 16 sager til ombudsmanden vedrørende patientforhold, hvor de 15 sager blev afvist af forskellige grunde.

2.8.5. Retslægerådet

Retslægerådet, der administrativt henhører under Justitsministeriet, er et offentligt, rådgivende organ, der har til opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Lovgrundlaget for Retslægerådet fremgår af lov nr. 60 af 25. marts 1961.

Private borgere har ikke adgang til at forelægge sager for Retslægerådet, der således ikke fungerer som klageinstans.

I vid udstrækning afgiver Retslægerådet udtalelser til brug for domstolenes behandling af såvel straffesager som borgerlige sager. Der kan f.eks. være tale om udtalelser i erstatningssager anlagt mod læger m.v., udtalelser i faderskabssager om fastlæggelsen af avlingstiden eller udtalelser om spirituspåvirkethed i færds-

selssager.

I sager om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i henhold til lov om frihedsberøvelse om anden tvang i psykiatrien vil retten i mange tilfælde anmode Retslægerådet om en udtalelse om den pågældendes sindstilstand.

Patientklagenævnet kan forelægge sager for Retslægerådet. I disse tilfælde er det alene Retslægerådets opgave at afgive en sagkyndig udtalelse til brug for Patientklagenævnets vurdering, hvorimod der ikke er tale om, at Retslægerådet træffer nogen afgørelse i klagesagen,

2.8.6. Domstolene

De almindelige domstole (byretterne, landsretterne og Højesteret) er kompetente til at efterprøve, om forvaltningens afgørelser er lovlige.

På sundhedsområdet har det den betydning, at spørgsmålet om lovmedholdeligheden af en afgørelse truffet af Patientklagenævnet kan prøves ved anlæggelse af et anerkendelsessøgsmål ved Landsretten med påstand om, at afgørelsen kendes ubeføjet.

I praksis er der anlagt 5 anerkendelsessøgsmål mod Patientklagenævnet af Den Almindelige Danske Lægeforening.

Der henvises til afsnit 9.5., punkt 16 og *bilag 3*, hvor disse domme er beskrevet.

2.8.7. Private faglige foreningers kollegiale klageordninger

Flere af de faglige foreninger, f.eks. Lægeforeningen og tandlægeforeningerne har i deres regi oprettet forskellige organer, der regulerer medlemmernes forhold til foreningen og andre medlemmer. F.eks. har Lægeforeningen oprettet et Lægeetisk Nævn, der påser overholdelsen af den faglige og etiske standard hos lægerne, samt en voldgiftsret, der afgør alle stridsspørgsmål af kollegial natur. Begge organer har beføjelse til forskellige disciplinære foranstaltninger over for medlemmerne.

Også ikke-medlemmer, f.eks. patienter, kan forelægge sager for Det Lægeetiske Nævn. Derimod kan Lægeforeningens voldgiftsret kun behandle stridsspørgsmål mellem lægerne indbyrdes.

Kapitel 3

Initiativer til nedbringelse af sagsbehandlingstider i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

3.1. Indledning

Sundhedsministeriet besluttede i efteråret 1995 at nedsætte en styregruppe med den opgave at gennemføre en analyse af patientklageområdet. Baggrunden herfor var primært, at det på trods af tilførsel af flere ressourcer til behandling af patientklagesager ikke havde været muligt at reducere sagsbehandlingstiden og nedbringe sagspuklen.

Analysearbejdet blev afsluttet medio marts 1996, hvorefter der, jf. nedenfor, blev iværksat en række initiativer til umiddelbar nedbringelse af nævnets sagsbehandlingstider og fjernelse af sagspuklen m.m.

3.1.1. Ændret arbejdstilrettelæggelse i Patientklagenævnets sekretariat.

Patientklagenævnets sekretariat har med henblik på en ændret arbejdstilrettelæggelse opstillet en række målsætninger. Sekretariatets mål for sit arbejde er således at udarbejde forslag til afgørelser af høj faglig kvalitet, at yde borgerne god service til enhver

tid, at udbygge samarbejdet med formandskabet, nævnsmedlemmerne, sagkyndige konsulenter, embedslægeinstitutionerne og eksterne samarbejdspartnere, herunder Sundhedsstyrelsen, Retslægerådet og Sundhedsministeriet, og at oparbejde et netværk med erfaringsudveksling med Arbejdsskadestyrelsen, Den sociale Ankestyrelse og Patientforsikringen.

Sekretariatet har endvidere som mål at skabe større overblik over nævnets praksissammenfatninger for at opfylde sin forpligtelse til at offentliggøre nævnets afgørelser.

Med udgangspunkt i disse målsætninger har hver sagsbehandler ansvaret for sagsbehandlingen fra visitationen af sagen til fremsendelse af afgørelsen til klager. Sekretærene (HK) udfører lettere sagsbehandlingsopgaver, ligesom der er sket en yderligere specialisering af arbejdsopgaverne, således at bestemte sagsbehandlere varetager særlige emneområder.

Sekretariatet har i april 1996 til brug for en yderligere effektivisering af sit arbejde anmodet et eksternt konsulentfirma om at yde faglig bistand. Konsulentfirmaet har bistået med at udarbejde grundlaget for en stillingtagen til en ændret tilrettelæggelse af sagsbehandlingen i selvstyrende grupper (teams). Det forventes af disse teams, at samarbejdet bliver styrket, at sagerne vil blive behandlet hurtigere, og at man hurtigere kan oplære nye medarbejdere m.v.

Sekretariatet påbegyndte den nye arbejdstilrettelæggelse i teams 1. september 1996.

3.2. Patientklagenævnets produktion

Patientklagenævnets sekretariat har i maj 1996 opstillet en handlings- og produktionsplan for perioden fra 1. april 1996 til medio september 1997. Planen skal evalueres efter et halvt år med henblik på eventuelle justeringer. Planen forudsætter, at nævnet medio september 1997 kommer i balance.

Alle sager forudsættes behandlet løbende efter case-mix princippet, dvs. både gamle og nye, lette og komplicerede, dog således, at potentielle straffesager samt psykiatriske ankesager prioriteres højest. Sagspuklen forudsættes afviklet og sagsbehandlingstiden nedbragt til henholdsvis 3 måneder for lette sager og 6 måneder for de øvrige sager.

Efter en stigning i antallet af verserende sager i første kvartal af 1996 er udviklingen vendt. Kurven knækkede i juli 1996 og antallet af verserende sager er faldende.

3.3. Patientklagenævnets personale

Der er efter styregruppens afslutning af sit arbejde blevet ansat flere nye sagsbehandlere (jurister) i nævnets sekretariat, så både den ledige lønsum for 1996 og opsparede midler bliver brugt.

3.4. Patientklagenævnets EDB/IT

Sekretariatet er ved at udarbejde en IT handlingsplan med det formål at optimere de teknologiske muligheder for sagsbehandling. Den statistiske brugerflade skal undersøges, og der skal fastlægges faste programmer til udarbejdelse af statistiske oplysninger og til styring af produktionen. Det skal tillige være muligt

for eksterne myndigheder at få statistiske udtræk, ligesom indholdet i afgørelsesdatabasen skal opbygges.

Der er blevet nedsat et teknologiudvalg, der skal udarbejde en strategiplan for teknologiudbygningen og anvendelse det næste år.

5.5. Arbejdsgruppe vedr. datagrundlag på patientklageområdet

Med henblik på dels at kortlægge det statistiske datagrundlag og dels at følge udviklingen på patientklageområdet har Sundhedsministeriet i efteråret 1996 nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra ministeriet, Patientklagenævnet, Patientforsikringen og Sundhedsstyrelsen.

3.6. Sekretariatets samarbejde med nævnet

For at effektivisere afviklingen af nævnsmøder er tidsfristen for udsendelse af mødemateriale til nævnsmøderne forkortet, ligesom det er aftalt, at nævnsmedlemmerne i større omfang kontakter sekretariatet forud for nævnsmøderne med henblik på at sikre, at sagerne kan færdigbehandles i ét nævnsmøde. Endvidere deltager sagsbehandlere i nævnsmødebehandlingen af større og komplicerede sager.

3.7. For mandsafgørelser

Patientklagenævnet har på sit fællesmøde den 9. april 1996 besluttet at indføre formandsafgørelser, jf. § 20, stk. 2 i lov nr. 397

af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

Retningslinierne for formandsafgørelser er følgende:

- Formanden kan på nævnets vegne træffe afgørelse i sager, som efter den af nævnet fulgte praksis ikke skønnes at give anledning til tvivl.
- Formanden kan ikke på nævnets vegne træffe afgørelse om, at en sundhedsperson har overtrådt sin autorisationslov, eller at en bestemt handlemåde fra sundhedspersonens side ville have været mere hensigtsmæssig.
- Formanden kan heller ikke træffe afgørelse på nævnets vegne i sager, hvor der klages over faglig virksomhed, hvis denne har medført patientens død eller betydelige ulemper og gener, som står i et væsentligt misforhold til behandlingens omfang og karakter.
- Formanden kan heller ikke på nævnets vegne træffe afgørelse i sager, hvor der klages over en afgørelse truffet af et lokalt psykiatrisk patientklagenævn.

Det skal endelig af en formandsafgørelse fremgå, at denne er truffet af nævnets formand. Afgørelsen indeholder afslutningsvist på linie med nævnets øvrige afgørelser oplysninger om, at afgørelsen ikke kan indbringes for anden administrativ myndighed, men at Patientklagenævnet kan tage sagen op på ny, hvis der fremkommer nye oplysninger, som er af væsentlig betydning for sagen.

Formandsafgørelser, der har til formål at effektivisere nævnets arbejde og herunder forkorte sagsbehandlingstiden væsentligt, er

blevet effektueret fra juni måned 1996.

Der er i juni-december 1996 blevet afgjort 81 sager ved formandsafgørelser.

3.8. Samarbejdet med embedslægerne

Sekretariatet har afholdt møder med embedslægerne og aftalt retningslinier, således at embedslægerne afleverer et ensartet produkt. Der er således udarbejdet et antal standardskrivelser.

Endvidere er der aftalt faste møder med henblik på at udbygge samarbejdet, hvorved embedslægerne får bedre mulighed for at udarbejde indstillinger i flere sager.

3.9. Øvrige initiativer

Der er i analysegruppens rapport blevet peget på andre initiativer til effektivisering af patientklageområdet, herunder nedbringelse af Patientklagenævnets sagsbehandlingstider, embedslægernes rolle i patientklagesystemet, lokal patientvejlederfunktion, eventuel sammenlægning af Patientklagenævnet og Patientforsikringen i en organisation m.v. Disse problemstillinger bliver nærmere vurderet i de følgende kapitler.

Endelig er i analyserapporten peget på indførelse af en absolut forældelsesregel på 5 år for indgivelse af klager, nedbringelse af antal medlemmer fra 5 til 3, der skal deltage i nævnbeslutningen og placering af formandskabet hos én eller flere medarbejdere eller ansættelse af en fuldtidsformand, jf afsnit 9.5., punkt 17, 18 og 20.

3.10. Afsluttende bemærkninger

De ovenfor nævnte initiativer, der primært vedrører Patientklagenævnets interne virksomhed, er allerede iværksat eller vil i det følgende indgå i udvalgets arbejde, specielt hvor forslagene vedrører klagesystemets overordnede organisation, retssikkerhed m.v.

Kapitel 4

Lokal patientvej lederfunktion

4.1. Almindeligt om vejledning af patienter om klage- muligheder

I henhold til § 23, stk. 1, i lov nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. "påhviler det kommuner og amtskommuner at give information og yde vejledning til befolkningen om klageadgang på sundhedsområdet". Hertil kommer, at statsamterne kan tilbyde klagevejledning.

Endvidere følger det af forvaltningslovens § 7, at "en forvaltningsmyndighed i fornødent omfang skal yde vejledning og bistand til personer, der retter henvendelse om spørgsmål inden for myndighedens sagsområde". Endvidere skal "en forvaltningsmyndighed, der modtager en skriftlig henvendelse, som ikke vedrører dens sagsområde, videresende henvendelsen så vidt muligt til rette myndighed".

Selv om denne bestemmelse kun vedrører såkaldte afgørelsessager, så følger det af god forvaltningsskik, at der i andre sager også gives vejledning, og at sager oversendes til rette myndighed.

Herudover er der ikke opstillet centrale regler om det offentliges pligt til at yde vejledning og information på klageområdet, herunder, hvorledes denne vejledning nærmere skal tilrettelægges.

Sundhedsministeriet har i bemærkningerne til udkast til lovforslag om patientrettigheder, der blev udsendt til høring i december 1995, nævnt nogle nærmere forslag til amternes og Hovedstadens Sygehusfællesskabs oprettelse af patientvejledningsinstitutioner. Der er endnu ikke taget stilling til lovforslagets indhold og fremsættelse.

Herudover er der i økonomiaftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen for 1997 aftalt følgende:

"Parterne er enige om, at der i alle amter bør oprettes patientvejledningsfunktioner, som har til opgave at vejlede om ventetider, frit valg, klagespørgsmål m.v."

4.2. Konkrete initiativer på patientvejledningsområdet

Der er igennem de senere år i amterne og i Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS) på disses eget initiativ oprettet forskellige instanser, der kan give patienter indlagt på sygehus og deres pårørende vejledning og hjælp vedrørende forskellige forhold omkring sygehusvæsenets ydelser, ventetider og klageadgang m.v.

Der er oprettet patientvejledninger følgende steder: i Bornholms, Århus og Nordjyllands amter samt på Rigshospitalet (HS).

Disse vejledningsinstitutioner er typisk benævnt patientvejledere, patientinformation og patientombudsmand. Det bemærkes i den forbindelse, at den nye ombudsmandslov, der træder i kraft den 1. januar 1997, forbyder ulovhjemlet brug af ombudsmandstitlen, herunder selvfølgelig også for de lokale patientvejledningsfunktioner.

4.3. De eksisterende patientvejledningers opgaver

De patient vej ledningsfunktioner, der er oprettet i dag, er typisk tildelt følgende opgaver:

- Afklaring af misforståelser i forbindelse med patientbehandlingen.
- Tilbud om vejledning om sygehusenes ydelser, d.v.s. behandling, pleje, service og afklaring af eventuelle problemer med personalets optræden i forbindelse med indlæggelse m.v.
- Vejledning om klageadgang og hjælp til at sende klager til rette myndighed, f.eks. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller Patientforsikringen.
- Tilbud om aktiv bistand til løsning af lokale spørgsmål og problemer af generel karakter.

4.4. Generelle bemærkninger om patientvejledningen

Det er udvalgets opfattelse, at det er afgørende for en patientvejledning, at den etableres som et tilbud til patienten, og at vejlederne bliver synlige. Dette kan f.eks. ske gennem løbende og fyldestgørende information i den lokale presse, på de enkelte sygehuse og over for de privatpraktiserende læger.

Udvalget finder det vigtigt, at den fysiske placering af patientvejledningen er umiddelbart tilgængelig for patienterne gennem hensigtsmæssige træffe- og telefontider. Endvidere bør vejledningen overalt i landet gives en fælles benævnelse: "Patientvejledningen".

Udvalget mener, at der generelt skal være tale om en neutral indsats fra patientvejlederen. Det er således ikke hensigten, at vejlederen skal yde en advokatliggende bistand, der primært tager hensyn til patientens interesser over for vedkommende sygehusholdning og personalet med henblik på at opnå en ny retlig stilling for patienten.

Det har endelig været vigtigt for udvalget at understrege, at patientvejledningsfunktionen er subsidær i forhold til sygehusejernes almindelige informationsopgaver. Dette betyder, at sygehuspersonalet stadig forudsættes at varetage den primære opgave i forbindelse med den vejledning og bistand, som patienten måtte ønske i den konkrete situation.

4.5. Hvilke opgaver bør patientvejlederen varetage ?

Med udgangspunkt i de opgaver, der varetages af de eksisterende patientvejledningsordninger samt økonomiaftalen mellem regeringen og amterne har udvalget fundet, at de fremtidige patientvejledninger bør varetage følgende funktioner, der alle primært vedrører sygehusvæsenets forhold:

- Vejledning om ventetider til sygehusbehandling.
- Vejledning om frit sygehusvalg.
- Vejledning om klageadgang.

Herudover bør patientvejledningen varetage:

- Vejledning om sygehusenes ydelser, dvs. undersøgelse, behandling, pleje og service.

- Tilbud om aktiv bistand til løsning af konkrete spørgsmål og problemer.
- Afklaring af misforståelser i forbindelse med behandlingen.
- Hjælp til at udforme og sende klager til rette myndighed.

Det er fra Amtsrådsforeningens side understreget som vigtigt, at uanset at udvalget mener, at patientvejlederne bør varetage sidstnævnte 4 opgaver, vil det til enhver tid være op til de enkelte amter at fastlægge indholdet af patientvej ledernes funktioner. Dette skal ses i lyset af, at oprettelse af patient vej lederfunktioner er en del af økonomiaftalen for 1997 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen. Her nævnes alene de 3 førstnævnte opgaver.

4.6. Hvilke opgaver kan patientvejlederne eventuelt yderligere varetage ?

Udvalget har diskuteret, hvilke opgaver patientvejledningerne eventuelt kan suppleres med. Disse opgaver - der alene skal ses som forslag og inspiration til lokal fastlæggelse af patientvejledernes opgaver - fremgår af det følgende.

Patientvejlederne bør give en mere vidtgående information om visitation samt behandlingsmuligheder på sundhedsområdet.

Udvalget har drøftet, om patientvejlederne også skulle varetage vejledning for sager på det øvrige sundheds- og socialområde, men har fundet dette uhensigtsmæssigt, bl.a. fordi dette område er meget kompliceret, og derfor vil stille store krav til patientvejlederne, ligesom området organisatorisk ligger udenfor sy-

gehusvæsenet, og derfor ikke giver den samme lette adgang til uformelle kontakter fra vejlederne.

Patientvejledningen vil endelig gennem undervisning og foredragsvirksomhed over for sygehusvæsenets personale, patientforeninger m.fl. kunne bidrage til en bedre indsigt i patientvejledningens opgaver og brugernes forståelse for og indsigt i sundhedsvæsenet og i patientrettighederne.

Det kan også diskuteres, om en patientvejleder af egen drift skal kunne tage en sag op til behandling. Denne funktion kendes fra den rolle, patientrådgiverne varetager over for psykiatriske patienter, der udsættes for tvangsbehandling efter lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Hertil kommer, at patientvejledningen gennem konkrete forslag, årsrapporter m.v. bør kunne bidrage til en almindelig kvalitetsudvikling af sygehusenes og sundhedsvæsenets ydelser.

4.7. Særligt omkring "postkassefunktion"

Udvalget har drøftet hensigtsmæssigheden af, at der lokalt eventuelt indføres en såkaldt "postkassefunktion", som kan varetages af de lokale patientvejledere.

"Postkassefunktionen" kan beskrives som en ret eller en pligt for klageren til at aflevere "alle" klager vedrørende forholdene i sygehusvæsenet til patientvejledningen, der herefter nærmere kan vurdere, dels om klagen - i forståelse med klageren - kan afklares af patientvejledningen, primært fordi klagen beror på misforståelser og lignende, dels til hvilken klageinstans klagen ellers retteligt skal sendes.

Begrundelsen for indførelse af en lokal "postkassefunktion" kunne være,

- dels at der lokalt sker en samordning af klageindleveringen, der således kan skabe større overskuelighed for klagerne,
- dels at klagerne kan få nærmere vejledning om, hvortil en klage rettelig skal sendes,
- dels kan eventuelle misforståelser lokalt afklares hurtigt,
- dels kan sygehusvæsenet få en umiddelbar og hurtig indmelding om kritik af sygehusvæsenet, bl.a. til brug for kvalitets sikring.

En stillingtagen til "postkassefunktionen" må imidlertid bero på, hvorledes funktionen nærmere indrettes, navnlig om ordningen gøres obligatorisk eller frivillig for klageren.

En sådan frivillig "postkassefunktion" er etableret i statsamtene i henhold til centralstyrelseslovens § 23, stk. 2, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 849 af 24. september 1996 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed samt om klagevejledning i statsamtene. Statsamtene skal dog primært videresende klagen til rette instans, men indlevering af en klage til statsamtet betyder ifølge bestemmelsen, at en fastsat klagefrist anses for overholdt ved indleveringen til statsamtet.

Det forudsættes, at "postkassen" ville blive forpligtet til at vurdere klagesagerne, dels med henblik på, om der foreligger afgørende misforståelser, dels om klagen efter sit indhold er stilet til den

rette klageinstans.

Der er i udvalget anført betænkeligheder ved at indføre "et obligatorisk filter" for klagerne. Endvidere fandtes, at mange ville føle en obligatorisk indlevering som "for meget barnepige" specielt i de relativt mange sager, der klart indeholder en faglig klage, der korrekt er stilet til Patientklagenævnet, eller klart henhører under andre klageordninger, f.eks. Patientforsikringen. Her ville en obligatorisk "postkassefunktion" blive en direkte forsinkende faktor for klagesagsbehandlingen set i forhold til klagerne.

Endvidere ville den obligatoriske "postkasse" kunne blive en stor administrativ belastning for den lokale instans, da den skal gennemgå samtlige klagesager på området, sende kvitteringsskrivelser for, at klagerne nu er videresendt til rette instans m.v., ligesom det centrale Patientklagenævn næppe ville kunne afvise en hertil i øvrigt retmæssigt fremsendt klage med henvisning til, at klagen først skulle sendes til den obligatoriske "postkasse".

En obligatorisk forelæggelse af alle modtagne klagesager for patientvejlederen eller den indklagede sundhedsperson, før en egentlig sagsforberedelse foretages i det centrale Patientklagenævn, som det kendes fra flere andre klageordninger (såkaldt "remonstration") har udvalget også drøftet. En sådan ordning ville for så vidt være velegnet til at afklare rene misforståelser. Heroverfor står, at muligheden for indgåelse af et forlig mellem parterne vedrørende faglige fejl ikke kan anbefales af retssikkerhedsmæssige grunde, idet hensigten med det faglige klagesystem ikke er at opnå et forlig mellem parterne, men en konstatering af, om der er begået en faglig fejl eller ikke, hvor dette i øvrigt er klagens indhold.

Udvalget finder på den anden side, at en frivillig "postkassefunktion" ville være brugbar.

Udvalget finder endvidere, at den af det centrale Patientklagenævn hidtil anvendte praksis, hvorefter kopi af samtlige modtagne klager snarest efter modtagelsen sendes til foreløbig orientering af vedkommende amtskommune m.fl., ville være en god støtte til en lokal løbende kvalitetsvurdering i amterne i stedet for en obligatorisk "postkassefunktion".

Man kunne også overveje at give det centrale Patientklagenævn adgang til at sende en modtagen klage, der synes at bero på misforståelser og lignende, til den lokale patientvejleder med henblik på afklaring af sådanne misforståelser.

4.8. Hvilke opgaver kan patientvejlederen ikke varetage ?

Udvalget har diskuteret, om der burde fastlægges en særlig kompetence for patientvejlederen til selvstændigt at træffe afgørelser vedrørende faglige spørgsmål om sundhedspersonalet - afgørelser som ellers ville høre under Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

En sådan funktion for en lokal patientvejledning vil kræve ændringer i lovgivningen.

For det første vil det stille konkrete krav til patientvejlederens faglighed, hvilket ikke hænger sammen med, at det i øvrigt er udvalgets opfattelse, at det skal være det enkelte amts suveræne afgørelse, hvilke personer, der ansættes i stillingerne. Ansættelsesmyndighederne vil samtidig være fastlåst i forhold til stillingsbeskrivelserne, hvilket heller ikke er hensigten.

For det andet er det ud fra et retssikkerhedsmæssigt synspunkt ikke holdbart, at patient vej lederen tillægges en sådan beslut-

ningskompetence vedrørende faglige spørgsmål, idet der består et ansættelsesforhold mellem den myndighed, der klages over, og patientvejlederen. Dette vil ikke leve op til de generelle krav om, at afgørelser i klager over sundhedspersoner skal træffes af en uvildig instans.

Udvalget har således ikke fundet det hensigtsmæssigt, at der fastlægges en kompetence for patientvejlederne til selvstændigt at træffe afgørelser i faglige spørgsmål vedrørende sundhedspersonalet.

Udvalget har endvidere diskuteret, om patientvejledningerne også bør tillægges en særlig kompetence inden for det psykiatriske område.

Dette har udvalget heller ikke fundet hensigtsmæssigt. Dels vil psykiatriske patienter være omfattet af patientvejledernes almindelige opgaver, dels vil det fremtidige indhold af de særlige lovregulerede vejledninger (patientrådgiverne og de psykiatriske klageudvalg, der er oprettet under statsamterne) blive taget op i forbindelse med revisionen af loven om tvang inden for psykiatrien i Folketingsåret 1996-97, jf. afsnit 2.4.2.4.

4.9. Generelt om bemanning og ansættelsesforhold

Patientvejledningens bemanning og ansættelsesforhold besluttes af de enkelte amter selv, men skal efter udvalgets opfattelse overvejes nøje. Der bør af hvert enkelt amt udarbejdes en klar stillingsbeskrivelse, således at alle parter er klar over vejlederens funktion og kompetence, og der bør udarbejdes overordnede retningslinier, der regulerer kompetenceforholdene.

Patientvejlederens organisatoriske placering vil være amternes afgørelse, men udvalget har diskuteret fordele og ulemper ved henholdsvis en amtslig ansættelse eller ansættelse uden for amtet, f.eks. i statsamtet.

Fordelene ved en amtslig ansættelse frem for en statslig ansættelse er, at vejene til behandlingssystemet er korte, og at adskillige henvendelser og problemer kan afklares hurtigt og på afdelingsniveau.

En sådan model kan på den anden side måske til en vis grad bidrage til tvivl om patientvejlederens neutralitet. Neutraliteten kan og bør dog sikres ved, at denne understreges i stillingsbeskrivelsen. I øvrigt må man gå ud fra, at de personer, der ansættes i patientvejledningsfunktioner, er klar over deres rolle som en del af sygehusvæsenet og dermed også med en vis afhængighed af den politiske og administrative ledelse af sygehusvæsenet.

For at imødegå betænkeligheder i forhold til neutraliteten kan man tænke sig patientvejlederen ansat i den amtslige centralforvaltning.

Det har været diskuteret, hvilke fagpersoner, der må anses for egnede til at varetage patientvejledningsrollen. Udgangspunktet er, at det vil være op til de enkelte ansættelsesmyndigheder at beslutte, hvem der skal ansættes, idet der må tages hensyn til de konkrete opgaver, der skal varetages, herunder om amterne ønsker at tillægge patientvejlederne yderligere opgaver.

4.10. Udvalgets konklusion

Udvalget anbefaler,

at alle de ovenfor i afsnit 4.5 beskrevne 7 opgaver, som patientvejlederen bør varetage i fremtiden, gøres til opgaver for patientvej lederne, for så vidt angår sygehusvæsenets område, idet Amtsrådsforeningen dog særligt har understreget, at eventuelle opgaver, der ligger ud over indholdet af økonomiaftalen for 1997 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen, dvs. de 3 førstnævnte opgaver, vil det være op til de enkelte amter at fastlægge,

at patientvejlederordninger i øvrigt oprettes i samtlige amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab med en fællesbetegnelse "patientvejledningen" og senest fra og med udgangen af 1997,

at det forudsættes, at de offentlige myndigheder kan lægge eksistensen af patientvejledningerne til grund for deres regler og virksomhed fra og med 1. januar 1998, og

at Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen samt Hovedstadens Sygehusfællesskab i fællesskab - bl.a. fordi patientvejledningernes oprettelse grundlæggende er aftalt som led i økonomiaftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen for 1997 - udsender en meddelelse herom til samtlige amter.

De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet mener, at patientvejlederfunktionens bemanning og ansættelsesforhold bør være fastsat af Sundhedsministeriet, så der er ensartede regler i alle amter, og så patienterne sikres samme behandling og hjælp. Uensartede regler for vejlederne vil vanskeliggøre sammenlignelige evalueringer af funktionen, som ellers kunne bidrage positivt til kvalitetsudvikling på hospitalerne. Funktionen bør endvidere være uafhængig af den politiske og administrative ledelse af sygehusvæsenet, da neutraliteten alene kan sikres på denne måde. Forbrugerrådet har særligt understreget, at patientvejlederen primært skal være patientens bisidder.

Udvalget er endvidere enig om,

at afvise indførelse af en lokal obligatorisk "postkassefunktion", men kan anbefale indførelse af en frivillig "postkassefunktion" for alle klager vedrørende forholdene i sygehusvæsenet, og

at der, afhængig af hvad de enkelte amter fastlægger, etableres en adgang for det centrale Patientklagenævn til, hvor en vurdering af klagen synes at vise, at denne beror på misforståelser og lignende, at sende denne til patientvejlederen med henblik på afklaring af, om patienten ønsker at opretholde sin klage.

Begge forhold vil kræve lovhjemmel. Dette støttes bl.a. af, at den ovennævnte "postkassefunktion", der i dag er tillagt statsamtterne, også er lovreguleret.

Det understreges, at ovenstående konklusion vedrørende indførelse af en frivillig "postkassefunktion" for patientvejlederne ikke dækker klagers indlevering af sager i forbindelse med eventuel indførelse af en lokal klageinstans (1. instans) med beslutningskompetence, jf. kapitel 5, idet en klage herefter logisk set skal afleveres til den lokale instans. Vedrørende embedslægernes hidtidige muligheder for at afklare misforståelser, er dette nærmere behandlet i kapitel 6 om embedslægernes fremtidige opgaver.

Kapitel 5

Lokale klagenævn og lignende, herunder Amtsrådsforeningens forslag om forsøg med decentralisering af patientklagesystemet

5.1. Indledning

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er som bekendt den eneste instans, der i dag træffer afgørelse i klager om sundhedspersonalets faglige virksomhed. Der er her set bort fra de lokale psykiatriske patientklagenævn, hvor klagerne i øvrigt alene retter sig mod bestemte lovregulerede psykiatriske behandlingssituationer og ikke mod enkeltpersoner.

Der er fra forskellig side, bl.a. Amtsrådsforeningen, stillet forslag om at vurdere mulighederne for, at der lokalt, i første omgang på forsøgsbasis i f.eks. 2 eller 3 amtskommuner, etableres nævn, der kan træffe afgørelse i patientklagesager som 1. instans og med ankemulighed til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det lokale nævn forudsættes efter forslaget, bl.a. at få faglig bistand fra den stedlige embedslægeinstitution.

Herudover har Ringkøbing Amt tilsvarende arbejdet med muligheden af oprettelse af et lokalt nævn, mens Vejle og Viborg am-

ter har fremsat forslag om, at afgørelseskompetencen i ukomplerede sager henlægges til den lokale embedslægeinstitution, subsidiært at embedslægerne arbejder sammen med et lokalt nævn. I alle forslag indgår, at afgørelseskompetencen suppleres med mulighed for anke til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Endvidere har Embedslægeforeningen foreslået det eksisterende samarbejde udbygget med mulighed for, at embedslægerne skal kunne afslutte klagesager lokalt i alle tilfælde, hvor der ikke rettes kritik mod sundhedspersoner, og således, at klager skal have ret til at kræve sagen endeligt behandlet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

I det følgende skal der dels generelt foretages en vurdering af sådanne lokale klagenævn m.v., dels konkret knyttes nogle kommentarer til det forslag, som Amtsrådsforeningen den 28. november 1996 har fremsendt til Sundhedsministeriet med henblik på gennemførelse af forsøg med lokale nævn.

5.2. Vurdering af lokale klagenævn og andre decentrale myndigheder med beslutningskompetence

5.2.1. Indledning

Lokale institutioner, der tillægges kompetence til at træffe afgørelse i klagesager vedrørende faglige spørgsmål, eventuelt også i andre spørgsmål vedrørende sygehus- og sundhedsvæsenets funktion, kan principielt set være tilrettelagt enten som lokale myndigheder, der rent administrativt træffer afgørelser uden oprettelse af et nævn eller lignende, eller ved oprettelse af et lokalt nævn, som sagerne skal forelægges for.

Udvalget skal ifølge kommissoriet bl.a. undersøge mulighederne for, at patientens kontakt til klagesystemet så vidt muligt sker lokalt, samt mulighederne for en større samordning af klagesagerne og at undgå dobbelt sagsbehandling.

Etablering af et lokalt nævn eller lignende med afgørelseskompetence vil for så vidt bringe afgørelserne tættere på borgerne. Men nogen samordning af klagesagernes undersøgelse vil der ikke blive tale om, da næsten alle de ovenfor nævnte decentrale nævn og lignende alene forudsættes at behandle klager vedrørende faglige forhold hos sundhedspersonalet.

I det følgende skal nærmere vurderes fordele og ulemper ved etablering af lokale nævn og lignende, idet der heri også vil indgå andre i udvalgets kommissorium anførte hensyn, nemlig vedrørende retssikkerhed og det overordnede ønske om en væsentlig nedbringelse af sagsbehandlingstiderne.

5.2.2. Fordele og ulemper

Selv om de fleste problemstillinger vil være ens for nævn og andre mere administrative institutioner, så tager nedenstående vurderinger i første omgang udelukkende sigte på en sammenligning af oprettelsen af lokale nævn, der i princippet svarer til det centrale Patientklagenævn med ankeadgang til det centrale nævn, set i forhold til at bevare det centrale nævn som eneste klageinstans.

Der er nødvendigvis tale om en meget forenklet behandling af problemer og muligheder ved oprettelsen af et decentralt klagesystem, idet vurderingen primært er baseret på økonomiske og sagsbehandlingstidsmæssige samt retssikkerhedsmæssige hensyn.

Som det fremgår senere i kapitlet, har Amtsrådsforeningen ønsket igennem forsøgsordninger at afklare, om særligt lokalt tilpassede patientklagenævn også kan bidrage til at forbedre sygehushæsenets service- og kvalitetsudvikling.

Udvalget har for nærmere at analysere de problemstillinger, der vedrører decentrale nævn, knyttet særlige kommentarer til det konkrete forslag, som Amtsrådsforeningen herom har fremsat under udvalgsarbejdet, jf. afsnit 5.4 og *bilag 1*.

Følgende fordele og ulemper kan opstilles vedrørende oprettelse af lokale patientklagenævn generelt:

Nogle af udvalgets medlemmer mener, at lokale nævn har følgende fordele:

- Den lokale instans kan, efter given beføjelse - eventuelt i et samarbejde med embedslægerne - lettere indkalde sagens parter personligt, eventuelt sammen, med henblik på afklaring af misforståelser, således at en egentlig klagesagsbehandling ikke bliver nødvendig.
- Der kan ske en reduktion i sagsbehandlingstiden i 1. instans, samt i 2. instans (Patientklagenævnet), hvis antallet af ankesager begrænses.
- De lokalt afgjorte sager kan umiddelbart bruges til kvalitets sikring og styrkelse af samarbejdet på lokal plan, bl.a. til brug for embedslægernes tilsynsfunktion.

Et flertal af udvalget mener, at lokale nævn har følgende ulemper:

- De decentrale nævn vil ikke kunne opbygge samme faglige ekspertise på klagesagsområdet, som det centrale Patientklagenævn besidder, bl.a. fordi hver enkelt nævn vil få væsentligt færre klager om året. Patientklagenævnet har således antaget ca. 1.600 sager til nævnsbehandling om året, svarende til gennemsnitligt ca. 100 klager pr. amt, idet de mindre amter har betydeligt færre klager. Endvidere vil der for de personalegrupper, hvor der kun rejses få klager, f.eks. fysioterapeuter og kiropraktorer, versere ganske få klagesager i de enkelte amter.
- Kvaliteten af lokale nævns arbejde vil være meget forskellig, bl.a. med de konsekvenser, at afgørelser af samme sagstyper vil være forskellige fra nævn til nævn, og at den kritik, der vil blive meddelt de indklagede sundhedspersoner, derfor også vil være forskellig, hvorfor retssikkerheden må vurderes at blive forringet, jf. i øvrigt kapitel 9.
- Det vil være meget ressourcekrævende at etablere et 2-leddet klagesystem, dvs. med de decentrale nævn i sygehuskommuner og det statslige centrale Patientklagenævn som ankeinstans. Der vil herunder være tale om et betydeligt dobbeltarbejde, idet det må forventes, at en betydelig del af alle klagesager ankes enten af de klagere, der ikke får medhold, eller af den sundhedsperson, der tildeles en kritik.
- Etableringen af op til 15 nye lokale klagenævn eller lignende vil medføre betydelige merudgifter til det samlede klagesystem, idet der bl.a. ikke forudsættes at kunne ske en tilsvarende reduktion af det centrale Sundhedsvæsenets Patientklagenævns udgifter.

- Der vil i øvrigt kunne opstå inhabilitetssituationer, hvis lokalt ansatte læger rådgiver det lokale nævn i klagesager vedrørende samme amtskommune.
- Det er betænkeligt, at et lokalt nævn, der ikke har den nødvendige faglige ekspertise, skal kunne træffe afgørelser af fagligt og disciplinært indhold i forhold til den enkelte sundhedsperson. Det vil i øvrigt kræve særlig lovhjemmel at indføre en sådan adgang.

Udvalget har nærmere drøftet, i hvilket omfang et sådant 2-ledet klagesystem, jf. de ovenfor beskrevne fordele, vil være i stand til at reducere sagsbehandlingstiderne.

Der skal ydes den samme administrative indsats til behandling af en faglig klagesag lokalt som centralt. Endvidere er der ikke noget, der taler for, at en lokal institution skulle muliggøre en hurtigere sagsgang, idet der lokalt skal foretages de samme undersøgelser, og f.eks. også lokalt skal rettes skriftlig henvendelse til sagens parter osv. Forudsat der ydes den fornødne indsats i begge instanser, vil sagsbehandlingstiden derfor være den samme begge steder.

Da en afgørelse på patientklageområdet altid vil gå imod en af parterne, antages det, at et betydeligt antal af klagesagerne vil blive anket. Sagsbehandlingstiden vil derfor set fra parternes side tværtimod kunne blive opfattet som forlænget, når de også skal afvente ankeinstansens afgørelse. Til forslagene om, at embedslægerne vil kunne tillægges kompetence til at træffe (foreløbige) afgørelser i sager, hvor det er fagligt muligt, eventuelt kun i sager, hvor der ikke rettes kritik mod sundhedspersoner, bemærkes, at det er vanskeligt at se, hvorfor embedslægerne i disse sager skulle kunne medvirke til en hurtigere sagsbehandling end det

centrale Patientklagenævn. Det er f.eks. nu - fra foråret 1996 - tillagt formanden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kompetence til at træffe afgørelser i tilsvarende sagstyper, dvs. i sager, hvor der ikke udtales kritik.

Det er derimod nok korrekt, at en lokal instans bedre end det centrale Patientklagenævn vil kunne afklare eventuelle misforståelser, som klagerne måtte bero på, bl.a. gennem lokal forhandling med de to parter i sagen.

Her kunne Sundhedsvæsenets Patientklagenævn dog med samme effekt som etablering af et lokalt nævn eller lignende, i samarbejde med embedslægerne, sende en sådan sag, som mere synes at bygge på misforståelser, til den lokale embedslæge, eller til den lokale patientvejleder, der herefter vil kunne søge at afklare sådanne misforståelser.

Det er fra embedslægernes side anført, at klagerne næppe vil anke sagerne i stort omfang, da der ikke længere er en sammenhæng mellem en klagesag og et eventuelt krav om erstatning efter Patientforsikringens etablering pr. 1. juli 1992. Hertil bemærkes, at dette ikke ændrer det forhold, at et stort antal sager fortsat må forventes anket, og at det centrale Patientklagenævn lige fuldt vil kunne træffe afgørelse som 1. instans i disse sager, og endog - gennem kontakt med klageren - vil kunne oversende sager, der alene vedrører erstatningsforhold, til Patientforsikringen uden egentlig sagsbehandling.

Det er endvidere fremført, at det retssikkerhedsproblem, der ligger i, at de lokale nævn og embedslægerne vil have en uensartet afgørelsespraksis, vil blive elimineret gennem ankeadgang til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Dette er for så vidt korrekt, selv om retssikkerhedsproblemet dog eksisterer, hvis sagen ikke ankes, eller så længe sagen ikke er afgjort i ankeinstansen.

Dette er dog ikke et argument hverken for eller imod etablering af lokale nævn.

Udvalget har endvidere drøftet, hvor mange klagesager de enkelte lokale nævn vil få forelagt og betydningen heraf.

Nedenfor er gengivet en oversigt for antallet af oprettede og antagne klagesager indsendt til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i 1995, fordelt på respektive amtskommuner m.v.

Tabel 1

Sager oprettet i 1995 fordelt på amter			
Amter	Oprettede*	Afviste	Antagne
Bornholms Amt	118	2	116
Frederiksberg Kommune	51	11	40
Frederiksborg Amt	135	33	101
Fyns Amt	183	35	146
Grønland	15	3	12
Københavns Amt	351	96	250
Nordjyllands Amt	131	26	105
Ribe Amt	57	6	51
Ringkøbing Amt	59	14	44
Roskilde Amt	77	16	60
Københavns Kommune	296	78	218
Storstrøms Amt	88	15	72
Sønderjyllands Amt	72	8	63
Vejle Amt	112	19	93
Vestsjællands Amt	108	22	85
Viborg Amt	59	8	51
Århus Amt	233	58	174
I alt	1 204	351	1 581

*Note: 14 sager var stadig under indledende sagsbehandling.
 Kilde: Patientklagenævnets årsberetning 1995/96 (s. 64).

Det fremgår heraf, at bortset fra Stadsrådene og Københavns, Frederiksberg, Fyns, Århus og Nordjyllands amter, som har et årligt antal af antagne sager på mellem 250 og 101, så ligger klagesagsantallet vedrørende de resterende embedslægeinstitutioner på mellem 50 og 100 sager pr. år og i en enkelt embedslægeinstitution på 16 sager i 1995.

Så få sager vil ikke kunne danne grundlag for etablering af en rationel decentral afgørelseskompetence hverken i et lokalt klagenævn oprettet i amtskommunalt regi eller i en lokal embedslægeinstitution. Selv hvis flere amter går sammen om et lokalt nævn, vil klagesagsantallet blive af mindre størrelsesorden, ligesom hensynet om oprettelse af et lokalt placeret nævn, der ligger tæt ved patienterne, ikke længere vil være opfyldt.

Også for amter med et større antal klagesager må etablering af lokale nævn anses for betænkeligt. Man kan i øvrigt næppe tænke sig et system, hvorefter der kun for amter med mange klagesager etableres lokale klagenævne med afgørelseskompetence, da en sådan forskelsbehandling af landets borgere ikke kan accepteres, hverken set ud fra ressourcemæssige (bl.a. økonomiske) eller retssikkerhedsmæssige hensyn.

Uanset hvilken løsning man vælger, så vil stort set alle de ovenfor nævnte problemer, der knytter sig til etableringen af lokale institutioner med beslutningskompetence, f.eks. spørgsmålene vedrørende retssikkerhed for patienten og den indklagede sundhedsperson, vekslende kvalitet af de truffede afgørelser, manglende faglig ekspertise på området, øget ressourceforbrug m.m., gøre sig gældende for såvel etablering af lokale klagenævne som for etablering af andre mere administrative organer med lokal beslutningskompetence.

Hertil kommer, at etablering af lokale klagenævn m.v. må ses i sammenhæng med andre lokale initiativer på patientklageområdet i amtskommunerne, først og fremmest etablering af patientvejlederfunktioner, jf. kapitel 4. Lokal patientvejlederfunktion.

I øvrigt er spørgsmålet om lokale klagenævn med beslutningskompetence også omhandlet i kapitel 9. Patienters og indklagede sundhedspersoners retssikkerhed.

Det bemærkes, at der ikke med ovenstående er taget stilling til, hvorledes embedslægerne i øvrigt kan indgå i det fremtidige klagesystem, jf. kapitel 6. Embedslægernes rolle i patientklagesystemet.

5.5. Konklusion

Et flertal af udvalget kan ikke anbefale, at der etableres lokale nævn svarende til det centrale Patientklagenævn i de enkelte amter i klagesager vedrørende sundhedspersonalets faglige forhold.

Amtsrådsforeningen, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Embedslægeforeningen og Patientforsikringen kan ikke tilslutte sig denne afvisning, idet man først ønsker gennem forsøgsordninger at afprøve mulighederne for decentrale nævn.

Embedslægeforeningen har desuden lagt vægt på den naturlige sammenhæng mellem behandlingen af klagesager i embedslægeinstitutionerne og embedslægernes tilsynsfunktion. Dette synspunkt har særligt De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet taget afstand fra, da de finder, at der kan opstå en konflikt mellem de to funktioner.

Vedrørende Amtsrådsforeningens overvejelser om etablering af forsøgsordninger med sådanne lokale nævn eller lignende ordninger henvises til de følgende afsnit.

5.4, Amtsrådsforeningens forslag

5.4.1. Baggrund for Amtsrådsforeningens henvendelse

Amtsrådsforeningen har den 13. maj 1996 til Sundhedsministeriets orientering fremsendt et foreløbigt udarbejdet forslag fra Socialistisk Folkeparti i Frederiksborg Amt vedrørende etablering af forsøg med oprettelse af decentrale klagenævn med beslutningskompetence i 2 amter.

Amtsrådsforeningen har samtidigt, efter at spørgsmålet har været behandlet på foreningens generalforsamling i marts 1996, anmodet ministeriet om en drøftelse med henblik på undersøgelse af mulighederne for gennemførelse af sådanne forsøg.

Foreningen har i denne forbindelse anført, at den generelt ser positivt på en decentralisering af hele eller dele af det eksisterende klagesystem.

Udvalget har fået forelagt Amtsrådsforeningens henvendelse og det konkrete forslag til forsøg fra Frederiksborg amt. Udvalget har dog ikke ment, at det vil være rigtigt at knytte direkte kommentarer til forslaget, da dette kun er formuleret som et foreløbigt eksempel.

5.4.2. Beskrivelse af Amtsrådsforeningens forslag

Amtsrådsforeningen har senere under udvalgsarbejdet med skrivelse af 28. november 1996 fremsendt et detaljeret forslag vedrørende etablering af én eller flere forsøgsordninger med decentrale patientklagenævne.

Forslaget er optaget som *bilag 1* til betænkningen.

Idet der henvises til forslaget og de anførte begrundelser herfor, kan dette kort beskrives således:

- Decentralisering af patientklagesystemet kan begrundes i, at det nuværende centrale patientklagesystem har givet anledning til kritik, og at der er behov for nytænkning på området.
- Det samlede klagesystem skal tilgodese en række retsgarantier for såvel klageren som den indklagede sundhedsperson, herunder mulighed for personligt fremmøde.
- De decentrale nævns virksomhed skal omfatte den faglige virksomhed, der finder sted på sygehusene og i praksissektoren. Dog skal de faggrupper, hvis virksomhed på sygehusene er begrænset, f.eks. psykologer, undtages.
- De lokale nævn skal behandle de samme klage typer, som i dag behandles i det centrale Patientklagenævn, men kun træffe afgørelse i sager, der ikke indeholder kritik af sundhedspersoners virksomhed. (Ca. 75% af Patientklagenævnets afgørelser).
- De decentrale nævn skal have samme grad af uvildighed som det centrale Patientklagenævn, jf. centralstyrelseslovens § 16.

Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af en formand eller en næstformand, et fagligt medlem og et lægmandsmedlem.

- Embedslægerne skal varetage den faglige sagsoplysning og vurdering over for de lokale nævn, eventuelt suppleret med det centrale Patientklagenævns specialister, og forsøgsamterne skal stille den fornødne sekretariatsbistand til rådighed for nævnet. Formanden for nævnet skal samtidig være leder af nævnets sekretariat.
- Alle afgørelser truffet af decentrale nævn kan ankes til det centrale Patientklagenævn.

Amtsrådsforeningen har påpeget, at det ovennævnte forslag skal ses som et forslag til, hvorledes decentrale nævn kan etableres. Det forudsættes, at forsøget konkretiseres yderligere i samarbejde med de amter, hvor forsøgene skal foregå. De decentrale nævns kompetenceområde, således som det er beskrevet i forslaget, kan umiddelbart ses som et minimum, idet Amtsrådsforeningen naturligvis er indstillet på at drøfte en eventuel udvidelse heraf, f.eks. hvorvidt de decentrale nævn skal kunne udtrykke faglig kritik i de sager, der ligger inden for deres kompetenceområde.

5.4.3. Vurdering af Amtsrådsforeningens forslag

Udvalget har drøftet de lokale nævns muligheder for, som foreslået, kun at behandle de ca. 75% af klagesagerne, som efter det centrale Patientklagenævns praksis ikke giver anledning til faglig kritik.

Følgende er holdningen hos et flertal af udvalgets medlemmer:

Det er ikke ved en forenklet indsats muligt på forhånd at udskille de nævnte 75% af sagerne, men derimod nok det mindre antal sager, der umiddelbart enten synes at bero på misforståelser eller at være klart ubegrundede.

Det kræver således ofte en betydelig undersøgelse og faglig indsats også at komme til den konklusion, at en klagesag ikke giver anledning til faglig kritik.

Vedrørende embedslægernes sekretariatsmæssige bistand til de foreslåede forsøgsnævn bemærkes, at embedslægernes hidtidige indsats til vurdering af faglige spørgsmål for det centrale Patientklagenævn har været noget uensartet.

Således har det centrale nævn, jf. analysegruppens undersøgelse (s. 29), fundet anledning til efter embedslægens forundersøgelse at indhente supplerende oplysninger i 37% af de undersøgte sager. I samtlige sager var der indhentet sagkyndig vurdering.

Når det gælder anvendeligheden af embedslægernes indstilling (input) til det centrale Patientklagenævn, fremgår det endvidere af analyserapportens spørgeskemaundersøgelse (s. 30), at svarene falder dårligt ud. Her ligger hovedparten af besvarelsen på alle spørgsmål "i kategorierne 1 og 2" (på en skala fra 1: dårligt og 4: bedst).

Udvalget må derfor konkludere, at den andel af klager, som det lokale nævn umiddelbart selv vil kunne afklare i samarbejde med embedslægerne, vil være betydeligt mindre end de forudsatte 75% af sagerne.

En adgang for de lokale nævn til også at trække på det centrale

nævns specialister vil nok kunne øge andelen af sager, der kan afgøres lokalt. Men de centrale specialister vil skulle udtale sig på grundlag af en fuldstændig undersøgelse af sagens relevante faktuelle forhold. Der vil derfor ikke være opnået en særlig sagsbehandlingsmæssig fordel ved sagens behandling i det lokale nævn, ligesom det i øvrigt vil være udelukket at benytte det centrale nævns sagkyndige konsulenter, bl.a. fordi der vil kunne opstå inhabilitetssituationer ved det centrale nævns eventuelle senere benyttelse af samme konsulent.

Hertil kommer, at etablering af et ankesystem som foreslået vil kræve ekstra ressourcer, da sekretariatsbetjening skal ske af såvel de lokale nævn som det centrale Patientklagenævn, ligesom ankesystemet kan medføre en forlængelse af sagsbehandlingstiderne for de sager, der ankes, jf. også afsnit 5.2.2.

Endvidere bemærkes, at Amtsrådsforeningens forslag, som det er beskrevet, ikke vil blive opfattet som overskueligt for patienterne, dels fordi de lokale nævn kun kan tage stilling til en del af sagerne, og f.eks. heller ikke forudsættes at skulle tage stilling til klager vedrørende de mindre grupper af sundhedspersoner, f.eks. psykologer og tandlæger (uden for det overenskomstbaserede system), som forudsættes sendt direkte til det centrale Patientklagenævn.

Udvalget har endelig drøftet de hensyn, der ligger bag Amtsrådsforeningens forslag. Udvalget har særligt noteret sig, at amterne generelt finder, at det centrale klagesystem i for ringe udstrækning bidrager til at forbedre sygehusvæsenets service og kvalitetssudvikling, bl.a. ved at de ansvarlige lokale sundhedsmyndigheder ikke bliver inddraget i klagesagerne på konstruktiv måde.

Den centrale behandling af klagerne og den lange sagsbehand-

lingstid gør det ifølge Amtsrådsforeningens forslag vanskeligt for sygehusmyndighederne at benytte klagesagerne til hurtigt og effektivt at rette op på uhensigtsmæssigheder i tilrettelæggelsen af arbejdet eller i den service og kommunikation, som sygehusvæsenet yder over for patienterne.

Hertil bemærkes, at Amtsrådsforeningens ønsker om en hurtig indsigt og mulighed for at samle op på forhold i klagesager, der vedrører kvalitetsudvikling, typisk vil være indeholdt i de klagesager, hvor en reaktion (irettesættelse m.v.) findes nødvendig. Da disse sager netop ikke forudsættes omfattet af de lokale nævns kompetence, vil en reaktion som regel ikke være hensigtsmæssig, før det centrale nævn har behandlet sagen. Derimod vil amterne typisk kunne reagere umiddelbart på klager vedrørende service forhold og lignende.

For en ordens skyld skal i øvrigt bemærkes, at den i Amtsrådsforeningens forslag foretagne sammenligning med det overenskomstbaserede lokale tandlægeklagesystem ikke er dækkende, idet de lokale amtstandlægenævne, jf. afsnit 2.3., netop ikke skal tage stilling til, om der er sket en overtrædelse af almene faglige normer vedrørende "omhyggelighed og samvittighedsfuldhed", jf. tandlægelovens § 11 (svarende til lægelovens § 6). Ved egentlige straffelovsovertrædelser eller ved overtrædelse af tandlægelovens § 19, (svarende til lægelovens § 18), der er strafbelagt for alvorlige overtrædelser af tandlægefaget, skal de lokale nævne standse sagsbehandlingen og indberette sagen til Sundhedsstyrelsen, der forelægger sagen for Patientklagenævnet.

5.4.4. Udvalgets konklusion vedrørende Amtsrådsforeningens forslag

Et flertal i udvalget finder samlet set, enten at Amtsrådsforeningens forslag vedrørende forsøg om oprettelse af decentrale nævn slet ikke bør realiseres, jf. udvalgets konklusion under afsnit 5.3, eller at Amtsrådsforeningens forslag i den beskrevne model indeholder flere forhold, der ikke umiddelbart kan begrunde etablering af forsøg med lokale nævn.

Det bemærkes i den forbindelse, at Amtsrådsforeningens forslag om en betydelig anvendelse af embedslægerne til sekretariatsbetjening af de lokale nævn udgør et problem i forhold til udvalgets flertalsforslag om at udtage embedslægerne af sagsforberedelsen for det centrale Patientklagenævn.

Et flertal af udvalget finder endvidere, at amternes behov for en hurtig indsigt i klagesagerne med henblik på service- og kvalitetssikring bedre vil kunne tilgodeses enten ved Patientklagenævnets hidtidige fremsendelse af kopi af alle modtagne klagesager og senere afgørelser til de lokale ansættelsesmyndigheder (eventuelt til en særlig central instans i respektive amter) eller ved en obligatorisk "postkassefunktion", sådan som den er beskrevet i afsnit 4.7.

Der er efter Amtsrådsforeningens opfattelse ikke grundlag for at afvise etablering af forsøg ud fra de ulemper, der er angivet ovenfor. Disse ulemper er således efter foreningens opfattelse helt udokumenterede. Dette gælder især postulatet om, at langt de fleste sager vil blive anket. Sygesikringens Forhandlingsudvalg har tilsluttet sig dette.

Amtsrådsforeningen skal i øvrigt gøre opmærksom på, at mange

af de anførte ulemper vil kunne undgås ved etablering af decentrale nævn.

Dette gælder f.eks. problemet omkring fa klagesager inden for specifikke fagområder, idet Amtsrådsforeningens forslag alene vedrører den virksomhed, der foregår på sygehusene, hos alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger. Hertil kommer den lokale faglige inhabilitetsproblematik, der kan undgås ved forudsætningen om, at sådanne sager oversendes til det centrale Patientklagenævn.

Patientforsikringen deler ikke flertallets kritik af Amtsrådsforeningens forslag, og finder at der efter forslagets intentioner kan indføres et system, som er mere servicevenligt over for klagerne og de indklagede, og hvor man i højere grad bruger klagerne, herunder de mange klager, som må afvises, som et middel til at opnå bedre service og kvalitet i sundhedsvæsenet. Det er efter Patientforsikringens opfattelse primært et politisk spørgsmål, om man ønsker et klagesystem byggende på Amtsrådsforeningens visioner, eller om man ønsker at bevare det nuværende centrale system eller et yderligere centraliseret system, hvor embedslægerne ikke medvirker.

Da mulighederne for etablering af lokale klagenævn med afgørelse af faglige spørgsmål ikke findes fuldt belyste, finder et mindretal af udvalget - bestående af Amtsrådsforeningen, Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Embedslægeforeningen og Patientforsikringen - at der efter Sundhedsministeriets nærmere drøftelse af forslag herom med Amtsrådsforeningen bør søges hjemmel for gennemførelse af forsøgsordninger med decentrale organer, der tillige kan sikre en hurtig lokal indsats til forbedring af service- og kvalitetsudvikling, under den forudsætning, at retssikkerhedsmæssige hensyn for patienter og indklagede sundhedspersoner bliver tilgodeset.

Kapitel 6

Embedslægernes rolle i patientklagesystemet

6.1. Embedslægernes opgaver generelt

6.1.1. Indledning

I hver af landets 14 amtsråds kredse er der oprettet en institution med én eller flere embedslæger. I Københavns Kommune er det Stadslægen, der varetager embedslægeopgaven for Københavns Kommune. Embedslægerne i amtskommunerne er statsansatte, mens embedslægerne i stadslægeembedet er kommunalt ansatte.

Embedslægerne hører i faglig henseende under Sundhedsstyrelsen, og har en indberetningspligt overfor styrelsen.

6.1.2. Regelgrundlag

De overordnede rammer for embedslægernes virksomhed er fastlagt i lov nr. 381 af 13. juni 1973 om embedslægeinstitutioner, bekendtgørelse nr. 474 af 19. september 1974 om embedslægein-

stitutionernes virksomhed samt bekendtgørelse nr. 475 af 19. september 1974 om stadslægeembedet i København. Det bemærkes, at der ikke er nogen principiel forskel på embedslægenes og stadslægens opgaver.

Embedslægenes opgaver er herudover nærmere beskrevet i lov nr. 1024 af 19. december 1992 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring, bekendtgørelse nr. 514 af 16. juni 1992 om embedslægeinstitutionernes opgaver i forhold til dag- og døgninstitutioner, samt lov nr. 438 af 14. juni 1995 om forebyggende sundhedsordning for børn og unge med tilhørende bekendtgørelse nr. 928 af 5. december 1995.

6.1.3. Generelt om embedslægeinstitutionernes opgaver

De centrale bestemmelser med hensyn til embedslægevæsenets opgaver er beskrevet i § 4-6 i embedslægeloven.

I henhold til § 4 er embedslægeinstitutionen rådgiver for statslige myndigheder og for kommunale og amtskommunale myndigheder inden for den pågældende amtskommunes område i lægelige, hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold.

Embedslægerne fører endvidere i medfør af i embedslægelovens § 5 på vegne af Sundhedsstyrelsen tilsyn med den virksomhed, der inden for amtskommunen udføres af apotekere, læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, terapiassistenter med flere.

I medfør af lovens § 6 yder embedslægeinstitutionen endvidere bistand til rets- og politimyndighederne i et nærmere beskrevet omfang, jf. nedenfor.

Embedslægevæsenets overordnede opgaver er uddybende beskrevet i § 6 i bekendtgørelsen om embedslægeinstitutionernes virksomhed, hvoraf fremgår, at institutionerne skal følge sundhedsforholdene i amtsråds kredsen, påse at sundhedslovgivningen overholdes, samt henlede myndighedernes opmærksomhed på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger og fremkomme med forslag til forbedringer. For så vidt angår rådgivning og bistand til myndighederne påhviler det i medfør af bekendtgørelsens § 7 endvidere institutionerne at afgive erklæringer, deltage i møder og udvalgsarbejde m.v. samt deltage i tilsyns- og kontrolarbejde.

Tabel 2 illustrerer andelen af embedslægernes ressourceforbrug vedrørende de respektive opgaver.

Tabel 2

<u>Hovedformål</u>	<u>mio. kr.*</u>	<u>procent</u>
Forebyggelse	11,9	27,1
Klage- og tilsynssager	9,4	21,4
Retsmedicinske opgaver	2,4	5,5
Hjælpefunktioner	15,6	35,5
Generel ledelse og administration	4,6	10,5
I alt	43,91	100,0

*Note: Ekskl. Stadslægen i København, der skønnes at bruge ca. 1,0 mio. kr. årligt til klage- og tilsynssager.

Kilde: Finanslov 1996, § 16.11.31. Embedslægerne m.v.

6.2. Embedslægenes tilsyn med sundhedspersoners virksomhed

Som ovenfor beskrevet under punkt 6.1.3 fører embedslægerne på Sundhedsstyrelsens vegne tilsyn med sundhedspersonalets faglige virksomhed. Dette tilsyn vedrører primært den autoriserede sundhedspersons forhold til autorisationslovens bestemmelser om at være omhyggelig og samvittighedsfuld og ikke begå grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed, men omfatter også ordination af afhængighedsskabende lægemidler, journalpligt, tavshedspligt m.v. Herudover skal embedslægerne holde sig underrettet om de uautoriserede/alternative behandleres virksomhed.

Embedslægevæsenet har i forlængelse heraf i medfør af bekendtgørelsens §§ 14-15 en indberetningspligt til Sundhedsstyrelsen, såfremt det skønnes, at der skal indledes politimæssig undersøgelse eller rejses tiltale mod de ovenfor nævnte persongrupper i anledning af deres virksomhedsudøvelse, eller at de pågældende i øvrigt er til fare for andre under udøvelse af deres virksomhed, bl.a. med henblik på eventuel autorisationsfratagelse.

Sundhedsstyrelsen har overfor embedslægerne understreget, at eventuelle andre forhold i en klage, som kan give anledning til kritik, men som ikke er omfattet af selve klagen, skal behandles som en tilsynssag med eventuel indberetning til Sundhedsstyrelsen. Dette gælder også, hvis embedslægerne bliver opmærksomme på gentagne tilfælde af fejl begået af samme sundhedsperson samt ved alvorlige og/eller principielle forhold. Sundhedsstyrelsen har således forudsat, at embedslægerne skal have mulighed for at anvende klagesagsbehandlingen i deres tilsynsvirksomhed.

Dernæst påhviler det i henhold til bekendtgørelsens § 16 em-

bedslægeinstitutionen at indberette om sundhedsmæssige forhold i amtet, indsamle og udarbejde statistisk materiale, udarbejde en årlig indberetning, orientere myndighederne om væsentlige forhold, deltage i samarbejde mellem de forskellige grupper af sundhedspersoner, forsyne sundhedspersoner med gældende bestemmelser samt deltage i planlægning af befolkningens forsyning med lægemidler m.v.

6.3. Embedslægerne opgaver i relation til klagesagsbehandlingen

Med virkning fra 1. januar 1994 skete der en omlægning af patientklagesystemet, jf. lov nr. 503 af 30. juni 1993 om effektivisering af patientklagesystemet (ændring af centralstyrelsesloven), således at opgaven med undersøgelse og forberedelse af klagesagerne fuldt ud overgik til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Patientklagenævnet skulle herefter ikke længere indhente en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen inden sagens afgørelse. Ordningen forudsatte, at embedslægerne i højere grad blev inddraget i sagsbehandlingen med henblik på ikke kun at oplyse klagesagerne, men i videst muligt omfang at udfærdige en indstilling om sagens afgørelse overfor Patientklagenævnet. Baggrunden herfor var dels et ønske om nedbringelse af sagsbehandlingstiderne til 3-6 måneder i forhold til de ca. 18 måneder, der forekom i 1992, dels et politisk ønske om at inddrage embedslægerne i større omfang i klagesagsbehandlingen.

Patientklagenævnets sekretariat, der modtager klagerne, sender i dag samtlige de antagne sager til nærmere behandling i vedkommende embedslægeinstitution. Embedslægerne forudsættes herefter at indhente de relevante oplysninger i sagen, f.eks. udtalelser fra de involverede sundhedspersoner, patientjournaler m.m..

udfærdige hændelsesforløb, herunder formulere sundhedsfaglige problemstillinger i samtlige sager, og en egentlig indstilling til nævnet i ukomplicerede sager, jf. centralstyrelseslovens § 19, stk. 1, samt foretage partshøring.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i retningslinier af 20. december 1993 til samtlige embedslægeinstitutioner, gennem kontaktmøder og løbende informationsmateriale (PKN-information) nærmere fastlagt indholdet af embedslægernes ovennævnte opgaver.

6.4. Konklusioner vedr. embedslægevæsenets medvirken ved klagesagsbehandling fra Sundhedsministeriets rapport om analyse af patientklageområdet, Sundhedsministeriet, marts 1996

Til brug for belysning af embedslægevæsenets funktioner og resourceforbrug i forbindelse med klagesagsbehandlingen har analysegruppen gennemført tre delanalyser, dels en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige embedslægeinstitutioner, dels en interviewundersøgelse i tre embedslægeinstitutioner, dels en undersøgelse af embedslægernes input i 52 sager i Patientklagenævnets sekretariat.

Sundhedsministeriets analysegruppe har på grundlag heraf opstillet 3 modeller vedrørende embedslægernes fremtidige medvirken ved klagesagsbehandlingen:

Model A: Al sagsbehandling og indhentelse af oplysninger samles i Patientklagenævnets sekretariat, således at embedslægerne udgår af sagsbehandlingen.

Model B: Den nuværende ordning fortsætter, men i det omfang embedslægeinstitutionerne vurderer at have faglig ekspertise hertil, får de også kompetence til at afgive en "foreløbig vurdering" i sager, hvor der ikke udtales kritik af sundhedspersoner. Denne vurdering meddeles klager og den indklagede sundhedsperson. Patientklagenævnet træffer afgørelse i sådanne sager, hvis en af parterne ønsker det. Kompetencen kan afgrænses på forskellig måde, feks. til områder, hvor Patientklagenævnet har defineret en klar praksis.

Model C: Afgørelseskompetencen decentraliseres fuldstændig og henlægges til embedslægeinstitutionerne. Patientklagenævnet ændres til et ankenævn.

Analysegruppen har anbefalet at gennemføre model A, der ifølge gruppen rummer følgende fordele:

- et forenklet klagesystem, hvor der er mulighed for en sammenhængende tilrettelæggelse af klagesagsbehandlingen i Patientklagenævnets sekretariat,
- dobbeltarbejde forsvinder, hvilket begrænser både tids- og ressourceforbruget,
- sagsbehandlerne i Patientklagenævnets sekretariat ville i langt højere grad få overblik over, indflydelse på og ansvar for sagsbehandlingen,
- sagsbehandlingen og oplysningsgrundlaget ville blive væsentligt mere ensartet,
- de u hensigtsmæssige sider, der kan opleves ved den lokale

forankring af sagsbehandlingen, ville blive fjernet,

- antallet af personer, der deltager i klagesagsbehandlingen, ville blive nedbragt,
- ansvaret for sagen ville blive koncentreret ét sted,
- mulighed for opbygning af kompetence ville blive forbedret, og sagsbehandlingstiderne ville blive kortere.

Det skulle i den relation sikres, at embedslægerne fik tilstrækkelig information om klagesagerne til brug ved den almindelige tilsynsvirksomhed.

6.5. Vurdering af embedslægernes fremtidige rolle i klagesagsbehandlingen

Udvalget har drøftet de beskrevne modeller.

En del af udvalgets medlemmer har til støtte for gennemførelse af model A - hvorefter al sagsbehandling, herunder indhentelse af sagsoplysninger, samles i Patientklagenævnets sekretariat, således at klagesagsbehandlingen helt fjernes fra embedslægerne - lagt vægt på de ovenfor af analysegruppen anførte grunde, og de i afsnit 5.4. anførte bemærkninger vedrørende embedslægernes forundersøgelse af klagesagerne.

Endvidere er lagt til grund, at det i alle amtskommuner og i Hovedstadens Sygehusfællesskab anbefales at oprette lokale patientvejlederfunktioner, der skal varetage nogle af de opgaver, embedslægerne kunne varetage, specielt vedrørende afklaring af misforståelser.

Denne del af udvalget har endvidere lagt vægt på, at en forenkling og effektivisering af klageorganisationen ved fjernelse af et administrativt led i sagsbehandlingen bliver tilgodeset, ligesom dobbeltarbejde mellem embedslægenes og Patientklagenævnets sagsforberedelse helt kan undgås.

Et forenklet klagesystem vil herefter være mere effektivt, ligesom ressourceforbruget vil blive reduceret. Endvidere vil ansvaret for sagsbehandlingen entydigt vil blive placeret ét sted, nemlig i Patientklagenævnets sekretariat, alt med henblik på at sagsbehandlingstiderne kan nedbringes til de fastsatte mål på henholdsvis 3 og 6 måneder. Det vil samtidig medføre højere kvalitet i arbejdet for sagsbehandlere, der får det fulde ansvar for sagen fra sagsoplysninger til nævnbehandlingen. Dette vil gøre arbejdet mere attraktivt og vil endvidere bidrage til at fastholde kvalificerede medarbejdere.

Det er dog en forudsætning for forslaget, at der tilføres Patientklagenævnet de nødvendige ressourcer.

Efter dette forslag skal embedslægerne således fremover på området alene varetage tilsynsopgaver for Sundhedsstyrelsen, samt ganske enkelte sager for nævnet, hvor en særlig opklaring udført af embedslægen er nødvendig. Det må i denne relation anbefales, at det sikres, at embedslægerne får den nødvendige information om klagesagerne til brug for varetagelse af disse opgaver. Dette forudsættes bl.a. at ske gennem den i afsnit 3.5 nævnte datagrupper vedrørende patientklager.

Det bemærkes, at der er knyttet flere administrative, økonomiske og retlige problemer til fjernelse af klagesagsbehandlingen fra embedslægerne. Disse problemstillinger er kort beskrevet i kapitel 10: Administrative, økonomiske og retlige konsekvenser af

udvalgets forslag.

En anden del af udvalgets medlemmer har peget på analysegruppens model B, som indebærer en udbygning af samarbejdet mellem Patientklagenævnet og embedslægerne, uden at disse dog tillægges egentlig afgørelseskompetence.

6.6, Udvalgets konklusion

Et flertal af udvalget kan anbefale at fjerne klagesagsforberedelsen for det centrale Patientklagenævn fra embedslægerne.

Det anbefales samtidigt, at forslaget om klagesagsbehandlings fjernelse fra embedslægerne lægges til grund for arbejdet i det udvalg, der i Sundhedsstyrelsens regi er nedsat til samlet at vurdere embedslægernes fremtidige opgaver og struktur.

Embedslægeforeningen, Lægeforeningen, Amtsrådsforeningen og Sygesikringens Forhandlingsudvalg har med forskellige begrundelser ikke kunnet tilslutte sig disse anbefalinger, mens Patientforsikringen ikke har fundet, at man burde tage stilling til et så vidtgående forslag vedrørende embedslægernes fremtidige opgaver.

Embedslægeforeningen har fremhævet, at analysegruppens arbejde viste, at det var det centrale bureaukrati, der forårsagede en urimelig lang sagsbehandling og opbygning af en pukkel af verserende sager. En hurtig sagsbehandling hos embedslægerne var ikke blevet nyttiggjort i Patientklagenævnet, fordi der ikke umiddelbart fandt sagsbehandling sted i Patientklagenævnet, når en forberedt sag kom ind.

Der henvises i øvrigt til *bilag 2*, hvor Embedslægeforeningen beskriver embedslægernes rolle i klagesagsbehandlingen m.v.

Amtsrådsforeningen og Sygesikringens Forhandlingsudvalg har særligt peget på, at de forsøgsordninger, som foreningen har foreslået vedrørende decentrale klagenævn, jf. afsnit 5.4.2, forudsætter embedslægers medvirken i sekretariatsbetjeningen. Det er endvidere opfattelsen, at uanset at foreningens forslag til etablering af forsøg med decentrale klagenævn forudsætter embedslægernes medvirken, har man ikke opfattet det som udvalgets opgave at tage stilling til embedslægernes fremtidige funktion.

Lægeforeningen og Embedslægeforeningen finder, at erfaringerne med den hidtidige ordning helt overvejende har været positive, og at der i det seneste år er sket en værdifuld udvikling af samarbejdet mellem Patientklagenævnet og embedslægerne. Parterne lægger vægt på sammenhængen mellem embedslægernes tilsynsforpligtelse og behandlingen af klagesager. Embedslægeforeningen har endvidere henvist til forslaget om etablering af forsøg med lokale nævn, som forudsætter anvendelse af embedslægerne til sagernes faglige forberedelse, jf. afsnit 5.4.2.

Lægeforeningen og Embedslægeforeningen kan endvidere ikke tilslutte sig, at spørgsmålet om konsekvensen for embedslægerne af en eventuel fjernelse af klagesagsbehandlingen fra embedslægernes sagsområde lægges til grund for endnu et udvalgsarbejde. Det er parternes vurdering, at både den hermed forbundne forringelse af embedslægernes mulighed for at udøve det lovbestemte tilsyn med sundhedspersonale og den drastiske reduktion af bemandingen i embedslægeinstitutionerne, som der lægges op til, må rejse tvivl om, hvorvidt embedslægeinstitutionerne herefter vil være i stand til at udføre deres lovbestemte opgaver. Spørgsmålet bør derfor snarere behandles i folketingsalen end i et embedsmandsudvalg.

Kapitel 7

Eventuel samordning af Patientklagenævnet og Patientforsikringen

7.1. Baggrund for Patientklagenævnets og Patientforsikringens adskilte organisation

Det indgår i udvalgets kommissorium, at udvalget særligt skal drøfte og vurdere en eventuel samordning af Patientklagenævnets og Patientforsikringens sagsbehandling.

I bemærkningerne til forslag til lov om patientforsikring, lovforslag nr. L144 af 8. februar 1991, hedder det side 11, spalte 1:

"Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at knytte patientforsikringsordningen organisatorisk til det klagesystem, der har det faglige tilsyn med medicinalpersoner og sundhedsvæsenet i øvrigt (Sundhedsstyrelsen m.v.), idet det bl.a. ikke efter forsikringsordningen, som for det faglige tilsyn, skal fastslås, om vedkommende medicinalperson har begået fejl. Da det efter gældende retstilstand er en forudsætning for opnåelse af erstatning, at medicinalpersonen har begået en fejl (handlet culpøst), har flere faglige klager nok primært været rejst for Sundhedsstyrelsen med henblik på at få grundlag for en erstatningssag. Det må derfor forventes, at oprettelsen af en velfungerende patientforsikringsordning

som sådan vil reducere antallet af klagesager over medicinalpersoners faglige forhold."

Når der i lovbemærkninger tales om Sundhedsstyrelsen, skyldes det, at lovforslaget er et uændret optryk af et tidligere fremsat lovforslag af 10. februar 1987 - altså på et tidspunkt, hvor Patientklagenævnet endnu ikke var oprettet.

Når man fra lovgivers side ikke fandt det hensigtsmæssigt at knytte patientforsikringsordningen organisatorisk til patientklagesystemet, skyldtes det, at man fandt en adskillelse nødvendig af hensyn til formålet med patientforsikringsordningen.

Dette skal uddybes i det følgende:

Før patientforsikringslovens ikrafttræden den 1. juli 1992 var det en betingelse for at få erstatning for skader i forbindelse med sygehusbehandling, at den skadelidte patient kunne bevise, at en læge eller anden sundhedsperson havde begået fejl, dvs. havde handlet culpøst (Culpa-reglen).

For de skadelidte patienter var det imidlertid vanskeligt og bekosteligt selv at undersøge og vurdere, om der i forbindelse med behandling og undersøgelse var begået fejl, hvorfor man benyttede klagesystemet hertil.

Ved at klage til Patientklagenævnet (tidligere Sundhedsstyrelsen) kunne patienterne og deres advokater ganske gratis og uden besvær få nævnet til at foretage en grundig oplysning af sagen og ydermere få foretaget en faglig vurdering af, om den givne behandling var blevet udført med den omhu og samvittighedsfuldhed, som man ifølge autorisationslovene kunne kræve af den pågældende sundhedsperson. Var behandlingen ikke i overensstemmelse med autorisationslovene, kunne nævnet udtrykke kritik, og

i alvorligere tilfælde anmode anklagemyndigheden om at rejse tiltale ved domstolene for overtrædelse af autorisationslovene eller den borgerlige straffelov.

Den vurdering Patientklagenævnet foretog (og stadig foretager), svarede ret nøje til den erstatningsretlige Culpa-bedømmelse. Selv om nævnet formelt ikke tog stilling til erstatningsspørgsmålet, så havde nævnets vurdering reelt samme virkning. Udtalte nævnet kritik af en sundhedspersons adfærd, havde patienten dermed et godt grundlag for at søge erstatning hos sundhedspersonen/sygehusmyndigheden eller disses forsikringsselskaber.

Sammenblandingen af disciplinærsystemet og erstatningssystemet havde imidlertid en betydelig negativ virkning for skadelidte. På grund af risikoen for disciplinære sanktioner kunne man naturligvis ikke forvente, at de indklagede sundhedspersoner skulle bidrage positivt til afdækningen af eventuelle fejl. De måtte tværtimod i videst muligt omfang søge at varetage egne interesser i klagesagen.

I Danmark - som i de øvrige nordiske lande - har man derfor i patienternes interesse opbygget Patientforsikringen helt uafhængigt af klagesystemet.

Formålet har helt klart været at gøre det lettere for patienterne at opnå erstatning ved,

at sundhedspersonerne - uden frygt for disciplinærsanktioner - kan hjælpe patienterne med at oplyse sagerne og herunder også anmelde sager, hvor de selv har begået fejl, og ved

at forudsætningen for at opnå erstatning ikke længere er knyttet **til**, om der er begået fejl (Culpa), hvorved Patientklagenævnets vurdering er uden betydning for erstatningsmulighederne.

Den organisatoriske adskillelse mellem Patientklagenævnet og Patientforsikringen er således et grundlæggende element i hele idégrundlaget bag Patientforsikringen.

I Sundhedsministeriets vejledning af 25. juni 1992 om erstatningskriterierne i patientforsikringsloven, som er udsendt til samtlige amter, sygehuse, m.fl., hedder det i afsnit 5.2. om forholdet mellem patientforsikringsordningen og patientklageordningen bl.a. følgende:

"Det er meget vigtigt for patientforsikringsordningens funktion, at de involverede læger og andre aktivt medvirker ved vejledning af patienterne og ved afklaring af de nærmere forhold om den enkelte skadevoldende behandling.

Der vil derfor ikke ske indberetninger om erstatningssager i patientforsikringsordningen til Patientklagenævnet. En eventuel klagesag må i øvrigt "startes forfra" med bl.a. høring af involverede parter, da det som anført er helt andre forhold, der skal oplyses i disse sager."

7.2. Vurdering af muligheder for samordning mellem Patientforsikringen og Patientklagenævnet

7.2.1. Muligheder for samordning

Patientforsikringsordningen bygger grundlæggende på, at ordningen skal være klart adskilt fra patientklageordningen.

Hvis man fortsat skal respektere formålene bag patientforsikringsloven, må det være et krav til samordningen,

at Patientforsikringens sager holdes klart adskilt fra Patientklagenævnets sager,

at Patientklagenævnets medarbejdere aldrig må have adgang til Patientforsikringens sager,

at anmeldelser og breve til Patientforsikringen aldrig - ej heller ved en fejltagelse - må tilgå Patientklagenævnet,

at Patientforsikringens speciallægekonsulenters vurderinger aldrig må anvendes i Patientklagenævnet og

at ansvaret for de 2 ordningers afgørelser er klart placeret hos henholdsvis Patientklagenævnet og direktøren for Patientforsikringen.

Spørgsmålet er, om de 2 ordninger eventuelt kan samordnes på den måde, at man har fælles adresse, reception og telefonbetjening.

Det er udvalgets vurdering, at det - i hvert fald psykologisk - spiller en betydelig rolle for sundhedspersonernes vurdering af den faktiske adskillelse, at Patientforsikringen og Patientklagenævnet har forskellige adresser og hver sin telefonbetjening. Det er udvalgets vurdering, at en fælles adresse - frem for at give administrative lettelser - vil indebære en række administrative problemer med rent faktisk at holde sager og personale adskilt.

Ser man bort fra Folketingets intentioner omkring samordning, men i øvrigt fastholder den lovgivningsmæssige struktur for henholdsvis Patientforsikringen og Patientklagenævnet, skal man

være opmærksom på følgende:

7.2.2. Antal affælessager i de to ordninger

Patientforsikringen har foretaget en sammenligning af cpr-numre i sager registreret i Patientklagenævnet i 2. halvår af 1995 og samtlige registrerede cpr-numre i Patientforsikringen.

Antallet af oplyste cpr-numre for Patientklagenævnet udgjorde i 2. halvår af 1995 1.047 og antallet af samtlige registrerede cpr-numre i Patientforsikringen 5.352,

232 af cpr-numrene fra Patientklagenævnet genfandtes i Patientforsikringen. Sammenlignes de 1.047 cpr-numre fra Patientklagenævnet med de 853 cpr-numre, som Patientforsikringen modtog i samme tidsrum - altså andet halvår af 1995 - genfandtes 123 numre.

Det er ikke muligt at angive et nøjagtigt tal for sagssammenfald, idet Patientklagenævnet har et udvidet kompetenceområde i forhold til Patientforsikringen. Ca. halvdelen af de 1.047 sager i Patientklagenævnet vedrører primærsektoren og det psykiatriske sygehusvæsen. Det skønnes imidlertid, at mindst hver 4. klage i Patientklagenævnet også optræder i Patientforsikringen.

Patientklagenævnet har efterfølgende gennemgået 100 af de 232 sager for at få belyst, om sagerne alene blev videresendt til Patientforsikringen. Undersøgelsen viste, at kun 2 af de 100 sager var et rent ønske om erstatning; herudover vejledte Patientklagenævnet i forbindelse med sagsbehandlingen i 13 sager om patientforsikringsordningen.

7.2.3. Administrative procedurer

I Patientklagenævnets sager sker sagsoplysningen for tiden decentralt hos embedslægerne, mens sagsoplysningen sker centralt i Patientforsikringen.

Flertallet af afgørelserne i patientklagesystemet er nævnsafgørelser, medens alle afgørelserne i Patientforsikringen er administrative afgørelser.

Omkring halvdelen af Patientforsikringens sagsbehandling vedrører beregning af erstatning til de skadelidte, en opgave som slet ikke findes i Patientklagenævnet.

7.2.4. Afgørelser og vurderinger

Patientklagenævnets afgørelser har til formål at vurdere, om der er begået faglig fejl og at placere et ansvar hos konkrete sundhedspersoner, hvilket stiller særlige krav til retssikkerhedsgarantier for de indklagede.

Patientforsikringens afgørelser har til formål at fastslå, om en patient har ret til erstatning. Hvorvidt der er begået fejl er uden betydning, idet ansvarsgrundlaget efter patientforsikringsloven slet ikke opererer med et fejlbegreb. Den konkrete sundhedsperson er i den forbindelse uden betydning, og afgørelserne er anonyme.

7.2.5. Finansiering og administrativ styring

Patientklagenævnet er finansieret af staten, og administrationen

sker under ansvar over for sundhedsministeren.

Patientforsikringen får sin virksomhed finansieret af de forsikringsselskaber, der har tegnet patientforsikring eller af selvforsikrende myndigheder. Den administrative og økonomiske ledelse varetages af en direktør under ansvar over for en bestyrelse nedsat af de finansierende forsikringsselskaber m.v.

Administrative fordele ved en sammenlægning af ordningerne vil kunne opnås i ca. hver 4. sag, som i dag behandles nogenlunde samtidigt i såvel Patientklagenævnet som Patientforsikringen. Fordelene forudsætter, at sagsbehandlingen i Patientklagenævnet og Patientforsikringen bliver fuldstændigt integreret, således at det er den samme sagsbehandler, der behandler såvel klagesagen som erstatningssagen. Sagsbehandleren bruger altså det samme materiale, de samme lægelige vurderinger og udarbejder afgørelser i klagesagen og erstatningssagen i samme arbejdsgang.

I praksis vil det formentlig være vanskeligt at opnå en sådan integration i sagsbehandlingen, da Patientklagenævnets og Patientforsikringens afgørelser bygger på forskellige vurderinger, hvorfor der ofte vil være behov for forskellige sagsakter og lægelige vurderinger.

7.3. Udvalgets konklusion

Sammenfattende er det udvalgets opfattelse, at man fortsat bør lægge Folketingets intentioner til grund om at holde de 2 ordninger adskilt fra hinanden set ud fra retssikkerheds- og opklaringshensyn.

Da der endvidere er grundlæggende forskelle mellem de 2 ord-

ninger og sagsammenfaldet er af mindre størrelsesorden (20-25%), og da det er forskellige oplysninger, der skal indhentes, vil der endvidere ikke være administrative fordele ved en sammenlægning af de to ordninger.

Kapitel 8

Mulighed for samordning af klagesystemet i øvrigt

8.1. Indledning

Det indgår i udvalgets kommissorium, at udvalgt skal vurdere mulighederne for en større samordning af klagesystemets sagsbehandling og afgørelser, således at bl.a. dobbelt sagsbehandling søges undgået, og således at patienterne kan opnå en større overskuelighed af klageadgangen.

Udvalget har i kapitel 7 særligt vurderet mulighederne for en eventuel samordning af Patientklagenævnet og Patientforsikringen. Udvalget konkluderede her, bl.a. med de begrundelser, at der er så grundlæggende forskelle mellem de to ordninger, og at sagssammenfaldet er så begrænset, at der ikke vil være fordele ved en administrativ sammenlægning af de to ordninger.

I en af konklusionerne fra Indenrigsministeriets betænkning nr. 866 fra 1979: "Behandling af klager over lægers og andre medicinalpersoners patientbehandling" anføres (side 67), "at det ikke vil være muligt at etablere et enstrenget klagesystem inden for området, omfattende alle former for klager og mulige reaktioner". I stedet anbefales det, at informationen til patienterne om de forskellige klageadgange forbedres.

8.2. Vurdering af mulighed for samordning

Som det fremgår af kapitel 2, der indeholder en beskrivelse af de eksisterende klageordninger, vedrører de forskellige klageordninger på sundhedsområdet vidt forskellige forhold. De er endvidere organisatorisk meget forskellige, ligesom klager på området i øvrigt har forskellige retsvirkninger.

Selv om de respektive klageordninger er etableret hver for sig gennem årene, så bygger deres respektive forskelligheder i vidt omfang på nogle fælles grundlæggende hensyn.

Det er f.eks. grundlæggende, at flere klageordninger organisatorisk er placeret så tæt som muligt ved de myndigheder og organisationer, som klageforholdene retter sig imod, specielt hvor retssikkerhedsmæssige og ressourcemæssige hensyn ikke taler imod dette. Det gør sig f.eks. gældende for klager vedrørende sygehuspersonalets service, som skal rettes til vedkommende sygehusmyndigheder, og for det overenskomstbaserede klagesystem vedrørende privatpraktiserende lægers og tandlægers overenskomstmæssige forhold, hvor der særligt for tandlæger tillige tages stilling til tilbagebetaling af regningsbeløb.

Andre klager er henlagt til klagesystemer, der i forvejen har lignende klager og dermed ekspertise på området. Dette gør sig f.eks. gældende for klager over sygesikringens ydelser og for klager om vilkår for behandling og befordring, der er henlagt til det sociale ankesystem.

For atter andre klager er disse henlagt til organer, der tilgodeser behovet for en særlig tilrettelæggelse af klagesagens undersøgelse. Det gælder således den ovenfor nævnte patientforsikringsordning, men også for flere af klageordningerne på psykiatriområdet,

hvor der f.eks. er behov for, at klagesystemet tilvejebringer særlig psykiatrisk ekspertise og ikke mindst med sine afgørelser indgår direkte i den verserende behandling af den pågældende psykiatriske patient (tvang, tvangsmedicinering m.v.) og således bl.a. forudsættes at indgå i tæt samarbejde med de lokale behandlingsinstitutioner.

Atter andre klageordninger fungerer som subsidiære og efter deres formål som særligt neutrale og uafhængige organer. Dette gælder f.eks. Folketingets § 71-tilsyn og Folketingets Ombudsmand.

Da de forskellige klageordninger generelt set tillige skal bruge forskellige oplysninger og organisatorisk er uens tilrettelagt, findes der ikke at være grundlag for en rationalisering ved en organisatorisk samordning af en eller flere af de nævnte klageordninger.

Da hertil kommer, at en patient kun yderst sjældent på samme tid har behov for at klage til flere af de nævnte klageordninger, skønnes der heller ikke set i forhold til patientens muligheder for at overskue sin klageadgang behov for en samordning af klageorganerne.

Det er herved forudsat, at patienten får en god og effektiv information og vejledning om de forskellige klagemuligheder. Dette vil nu blive forbedret gennem den forudsatte oprettelse af lokale patientvejlederordninger i landets amter m.v. Selv om disse primært skal tage sig af klager og service vedrørende sygehusenes forhold, så forudsættes det, at de også vil vejlede patienterne om andre klagemuligheder, uden at vejlederne dog skal gå ind i disse klagers nærmere indhold m.v.

8.3. Udvalgets konklusion

Der findes efter udvalgets opfattelse ikke grundlag for hverken administrativt eller lokalemæssigt at samordne eksisterende klageordninger på sundhedsområdet, bl.a. fordi disse efter deres formål har forskellige organisatoriske indhold, procedurer og placeringer og fordi patienten typisk ikke findes at have behov for at kunne klage over flere forskellige forhold på samme tid, forudsat at der i øvrigt gives patienten en effektiv information om de forskellige klageadgange.

Udvalget har i denne forbindelse lagt til grund, at der landet over etableres lokale patientvejlederordninger, der kan vejlede om de forskellige klageordninger på området og kan fiingere som frivillige "postkasser".

Udvalget har endvidere noteret sig, jf afsnit 2.4.2.4, at Justitsministeriet senest den 19. december 1996 har fremsat et lovforslag til revision af psykiatriloven (L 133) og heri stillet forslag til samordning i 1. instans af alle klager vedrørende tvang i de lokale statslige patientklagenævn.

Kapitel 9

Patienters og indklagede sundhedspersoners retssikkerhed

9.1. Indledning

Ved en vurdering af, om retssikkerheden i patientklagesystemet for henholdsvis klager og den indklagede sundhedsperson er tilstrækkeligt tilgodeset, må indgå flere forhold. Dels må indgå formålet med klagesagsbehandlingen, dels må indgå de sanktioner henholdsvis rettigheder, parterne kan tildeles ved at klage, dvs. at klagens betydning for parterne må indgå i vurderingen.

Her må det overordnet set være afgørende at finde en rimelig balance mellem på den ene side retssikkerhedshensynet og på den anden side effektivitetshensynet, nemlig ønsket om en hurtig og billig sagsbehandling, henset til hvilken betydning klagesagens afgørelse har for sagens parter.

Dette er også udtrykt gennem det såkaldte proportionalitetsprincip, hvorefter jo mere indgribende en afgørelse er i forhold til borgeren, desto strengere beviskrav må der i almindelighed stilles (FOM, FVR s. 356 m).¹

¹ Note: "Forvaltningsret", 1994 (Ombudsmand Hans Gammeltoft-Hansen m.fl.)

9.2. Formålet med klageadgangen

9.2.1. Baggrund

Klageadgangen og den dertil knyttede sanktionsmulighed vedrørende sundhedspersonalets faglige virksomhed er en naturlig følge af, at der i lovgivningen, dvs. de forskellige autorisationslove og uddannelsesbekendtgørelser for sundhedspersonalet, er opstillet nogle normer, som sundhedspersonalet skal overholde. F.eks. er der i lægelovens § 6, stk. 1, opstillet et krav om, at lægen i sin gerning skal "udvise omhu og samvittighedsfuldhed". Klageadgangen betyder således, at der til en fastsat norm hører en sanktionsmulighed.

Det bemærkes, at klagesystemets sanktionsadgang samtidig er en konsekvens af det centrale tilsyn, som Sundhedsstyrelsen efter centralstyrelseslovens § 4 varetager vedrørende den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet.

Alle klagesager samt de tilsynssager, som Sundhedsstyrelsen finder vil kunne give grundlag for kritik, skal efter centralstyrelseslovens § 12, stk. 1 og 2 forelægges for Patientklagenævnet.

Sundhedspersonalet (læger og sygeplejersker m.fl.) hører til blandt de få faggrupper, der arbejder i henhold til en individuelt tildelt autorisation under et offentligt tilsyn af centrale myndigheder. Det er et led i autorisationen, at sundhedspersonalet individuelt kan drages til ansvar, hvis de udviser manglende omhu inden for deres fag. Det er baggrunden for, at det anses for nødvendigt med særlige tilsyns-, klage- og sanktionssystemer for disse grupper. Her ovenfor står, at andre personalegruppers forhold normalt alene er reguleret efter den almindelige ansættelsesretlige

lovgivning (tjenestemandsløven, funktionærloven m.fl.) samt i overenskomster mellem arbejdsmarkedets parter, hvori der i øvrigt også er indeholdt sanktionsmuligheder over for den ansatte.

I almindelighed består et tilsyns- og klagesystems sanktion i, at der udtales kritik af den indklagedes virke. For mere alvorlige forseelser kan autoriserede fagpersoner straffes ved domstolene, enten i henhold til selve autorisationsloven, straffeloven eller andre særlove.

9.2.2. *Formål*

Klageadgang vedrørende sundhedspersonalets faglige virksomhed har eksisteret i mange år, men det er først ved oprettelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i 1988, at patienter har fået et egentligt retskrav på, at deres klager skal realitetsbehandles. Formålet med klageadgangen har ikke været nærmere beskrevet, f.eks. er dette hverken sket i Indenrigsministeriets betænkning fra 1931 om lægers retsstilling eller i lovforslaget vedrørende ændringen fra 1988.

Bl.a. ud fra de ønsker, patienter ofte udtrykker i deres klager, kan anføres følgende formål med klageadgangen:

- a. En sanktion (straf) som følge af norm- og tilsynssystemet, jf. ovenfor.
- b. En af samfundet ønsket generalpræventiv funktion med henblik på at advare sundhedspersonalet i almindelighed mod at begå faglige fejl, dvs. et generelt forebyggende sigte.

- c. En af samfundet ønsket **specialpræventiv** funktion med det formål at påvirke sundhedspersonen til ikke at gentage fejlen.
- d. Et kvalitetssikringssystem, der tager sigte på at afdække "systemfejl", således at sundhedsvæsenet kan iværksætte initiativer med det formål at forebygge lignende fejl fremover.
- e. En almindelig adgang for patienten til at give udtryk for sin kritik.
- f. Imødekommelse af patientens ønske om at kunne yde sit bidrag til, at tilsvarende fejl undgås fremover.
- g. En sikring af, at patienten opnår en ny materiel rettighed over for sundhedsvæsenet.

Efter Patientklagenævnets etablering i 1988 anses hovedformålet med nævnets virksomhed først og fremmest at have et almindeligt disciplinerende formål - som følge af det fastsatte norm- og tilsynssystem - af både generel- og specielpreventiv karakter, jf. punkt a, b og c ovenfor.

Det forebyggende sigte har fungeret i sig selv ved, at de vigtigste af nævnets afgørelser er blevet offentliggjort (anonymiseret), typisk i nævnets årsberetninger.

Det er imidlertid erkendt, at det forebyggende og det kvalitets-sikrende formål, jf. punkt b og d, ikke i tilstrækkeligt omfang er slået igennem i nævnets - og Sundhedsstyrelsens - arbejde. Opgaven indgår i Patientklagenævnets nye målsætnings- og handlingsplan.

En imødekommelse af samfundets almindelige ønske om retfærdighed, dels med hensyn til at fejl undersøges, jf. punkt f, dels med hensyn til at dette sker på betrykkende måde, må anses at være et reelt delformål.

Det må endvidere understreges, at retfærdighedshensynet er af mere følelsesmæssig karakter, idet patienterne ved klage til Patientklagenævnet ikke opnår en ny retlig stilling i forhold til det offentlige, hvis vedkommende får medhold i sin klage, jf. punkt g. Derimod vil f.eks. bistandsklienter ved en klage efter det sociale ankesystem kunne opnå (eller miste) rettigheder til ydelser efter bistandsloven m.fl. Efter det faglige klagesystem vil patienten således, uanset eventuel konstateret fejlbehandling, fortsat have ret til at få den efter patientens behandlingsbehov fornødne behandling.

Vedrørende klager over tvangsbehandling m.v. og aktindsigt opnår klageren dog en ny retlig stilling, når der gives medhold i klagen.

Forud for ikrafttrædelsen af patientforsikringsloven pr. 1. juli 1992 ville patienten dog ved at få medhold i en klagesag af Patientklagenævnet med betydelig større lethed kunne opnå ret til erstatning for fejlbehandling, idet den af nævnet fastslåede manglende omhu fra sundhedspersonens side ofte svarer til den culpøse adfærd, der er en betingelse for opnåelse af erstatning efter erstatningsansvarsloven. Som anført gør dette hensyn sig ikke længere gældende, når bortses fra den primære sundhedstjeneste, herunder den private praksissektor, f.eks. speciallægepraksis, og det psykiatriske sygehusvæsen, der fortsat ikke er omfattet af patientforsikringsordningen.

9.3. Sanktioner og rettigheder som følge af Patientklagenævnets afgørelser

9.3.1. Sanktioner mod den indklagede

Efter centralstyrelseslovens § 14 består Patientklagenævnets sanktioner i at "give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson eller søge iværksat andre sanktioner". I bekendtgørelsen om nævnets forretningsorden, jf. § 14, er nævnets beslutningskompetence beskrevet i overensstemmelse hermed, samt suppleret med andre afgørelseskompetencer, der dog i mindre grad retter sig mod den enkelte sundhedsperson (f.eks. vedrørende aktindsigt, tvangsbehandling m.v.) men mod myndigheder.

Der er således ikke givet nævnet kompetence til f.eks. at idømme bøder samt straf af hæfte og fængsel. Disse straffemuligheder henhører fortsat under domstolene - med de i retsplejeloven indeholdte retssikkerhedsgarantier - ligesom nævnet ikke har kompetence til helt eller delvis at medvirke til fratagelse af (de autoriserede) sundhedspersoners autorisation, dvs. ret til at udøve den faglige virksomhed på området.

Nævnet kan dog efter den foretagne undersøgelse af sagen anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale for overtrædelse af autorisationslovene, f.eks. efter lægelovens § 18 om grovere og gentagen forsømmelse eller skødesløshed, samt efter straffeloven m.fl. Anmodningen er ikke bindende for anklagemyndigheden, der selvstændigt vurderer, om sagen skal rejses.

Patientklagenævnets eneste sanktion er således en kritik, som kan have forskellig indhold, afhængig af den konkrete sag.

Ifølge bekendtgørelsen om nævnets forretningsorden, § 14, kan nævnets afgørelser vedrørende dette spørgsmål have følgende indhold:

- "1. Nævnet finder ikke grundlag for kritik af den virksomhed, som er udøvet af den pågældende sundhedsperson.
2. Nævnet giver udtryk for kritik af den virksomhed, som er udøvet af den pågældende sundhedsperson, i form af en beklagelse, misbilligelse eller lignende."

Imidlertid opfattes en udtalt kritik af en sundhedsperson, bl.a. af lægerne som en yderst alvorlig sanktion. Bl.a. set i forhold til kollegaer anses en udtalt kritik som fagligt nedvurderende.

Lægeforeningen har i foreningens særudtalelse til betænkningen, jf. *bilag 4*, nærmere redegjort for de psykiske belastninger en kritik tildelt af Patientklagenævnet påfører vedkommende læge m.fl.

Patientklagenævnets afgørelser sendes til orientering for den pågældende ansættelsesmyndighed (for praktiserende sundhedspersoner dog alene i sager med udtalt kritik), typisk amtskommunen (for private hospitaler direkte til disse) samt embedslægeinstitutionen og Sundhedsstyrelsen.

Der hersker tilsyneladende nogen usikkerhed med hensyn til, hvilket brug ansættelsesmyndighederne kan gøre af de afgjorte klagesager.

Det har også været kritiseret, at klager er taget op til realitetsbehandling mange år efter, at klageforholdet er begået.

Det bemærkes i denne forbindelse, at disse spørgsmål senere vil blive taget op i en arbejdsgruppe, jf. i øvrigt afsnit 9.6.

Det kan oplyses, at nævnet i 1995 har udtrykt kritik i 25,7% af de forelagte sager, svarende til 275 sager, mens en anmodning om tiltalerejsning er sket i 2,1% af sagerne, svarende til 23 sager. Dette svarer stort set til niveauet for de tidligere år, jf. nævnets årsberetning 1995/96.

Det bemærkes, at udvalget i dette afsnit ikke har forholdt sig til, om disse sanktioner m.v. for de indklagede sundhedspersoner er rimelige, set bl.a. fra klagerens side.

9.3.2. Rettigheder

Som anført ovenfor i afsnit 9.2.2, opnår patienten ikke gennem sin klage en ny materiel rettighed over for sundhedspersonen eller sundhedsvæsenet i øvrigt.

Dog kan patienten, som tidligere nævnt, gennem sin afgørelse af klagesagen få argumenter til støtte for en eventuel erstatningssag, navnlig når det gælder erstatning i den primære sundhedssektor, herunder i den private praksissektor og inden for psykiatrien, som fortsat ikke er omfattet af Patientforsikringsordningen.

I dansk ret har der siden landskabslovenes tid været tradition for, at kun samfundet kan udøve sanktioner over for personer, som har overtrådt gældende normer for god adfærd. Enkeltpersoner kan indberette sådanne overtrædelser til vedkommende myndighed, men de opnår ikke nogle selvstændige rettigheder i den forbindelse. De har heller ingen indflydelse på, hvordan sagen mod den indklagede skal føres, eller for udmåling af den eventuelle

sanktion.

Ved siden af sanktionssystemet har der imidlertid eksisteret erstatningsregler, hvorefter man efter omstændighederne kan opnå kompensation for økonomisk tab, som man påføres af andre. De almindelige erstatningsregler gælder fortsat i sundhedsvæsenets praksissektor. Inden for sygehusvæsenet er alle spørgsmål om erstatning til patienter i dag fuldt ud henlagt til Patientforsikringen, som yder økonomisk kompensation i en række særlige situationer, uden at der nødvendigvis er begået en fejl fra en sundhedspersons side.

9.3.4. Konklusion

Generelt må udvalget - undtagen Forbrugerrådet og De Samvirkende Invalideorganisationer - konkludere, at de af Patientklagenævnet truffne afgørelser ikke er af afgørende vigtighed for klagerne, og at afgørelserne i øvrigt har større retssikkerhedsmæssig betydning for de indklagede sundhedspersoner end for klagerne.

9.4. Retssikkerhedsgarantier

Nedenfor skal først opregnes alle de retssikkerhedselementer, der i forskellige relationer eksisterer eller har været fremført. Af praktiske grunde er disse nummereret fortløbende af hensyn til den senere uddybende vurdering.

Kort opregnet, bl.a. på baggrund af nævnets forretningsorden, er retssikkerheden for såvel den indklagede sundhedsperson som patienten (klager) i dag støttet af følgende elementer:

- 1) Klagen forelægges den/de indklagede sundhedspersoner til skriftlige kommentarer.
- 2) Aktindsigt gives - efter begæring.
- 3) Partshøring foretages - i videre omfang end efter forvaltningslovens regler.
- 4) Den sagkyndige konsulents navn oplyses parterne efter anmodning.
- 5) Nævnet skal selv søge at oplyse klagesagen bedst muligt.
- 6) Nævnets sammensætning tilgodeser ligeligt begge parter ved, at der foruden formanden, der skal være jurist (med kvalifikationer svarende til kravene i retsplejeloven for at kunne beskikkes som landsdommer), er udpeget henholdsvis to lægmænd, og to repræsentanter for den faglige gruppe, der er indklaget i sagen.
- 7) Nævnets afgørelser kan af parterne kræves udskudt, såfremt der ønskes fremlagt nye væsentlige oplysninger i sagen.
- 8) Nævnets afgørelser meddeles parterne skriftligt med begrundelse, men uden angivelse af mindretalsvota (dissens).

Herudover er den indklagede sundhedsperson tillagt følgende yderligere retsgarantier:

- 9) Der er direkte bevisbyrde, dvs. at det skal kunne anses for godtgjort, at den indklagede har begået en faglig fejl.

Som udgangspunkt vil enhver tvivl komme sundhedspersonen til gode. Men også ved "påstand mod påstand" vil næv-

net foretage en bevisvurdering.

- 10) En forældelsesfrist for klagens indbringelse på 2 år fra det tidspunkt, hvor klageren var eller burde være bekendt med klageforholdet. (Cfr. en absolut forældelsesfrist fra tidspunktet, hvor klageforholdet fandt sted, jf. punkt 17).

Om disse retssikkerhedsgarantier står i et rimeligt forhold til de sanktioner, som nævnet kan iværksætte, skal kommenteres senere.

Forinden skal - ligeledes kort - opregnes nogle af de yderligere retssikkerhedsgarantier, der navnlig fra lægelig side har været fremsat ønske om på området:

- 11) Ændring af Patientklagenævnets sammensætning, således at der som formand for nævnet udpeges en egentlig dommer. - Som begrundelse herfor er anført, at en dommer kan sikre formandskabets uafhængighed, ligesom en dommer fra sit hverv har et indgående kendskab til de processuelle og bevismæssige spørgsmål, som også finder anvendelse ved Patientklagenævnet.
- 12) Indførelse af regler, som sikrer adgang til videregående aktindsigt og kontradiktion også i relation til det materiale, som Patientklagenævnet anser for internt arbejdsmateriale efter forvaltningsloven, f.eks. den sagkyndige vurdering og forslaget til afgørelse. - Som begrundelse herfor anføres, at dette vil give parterne et betydeligt bedre grundlag for at vurdere, hvilket resultat klagen kan få, og hvordan de i partshøringen skal forholde sig til sagsoplysningen.
- 13) Indførelse af mulighed for mundtlig forhandling og offentlighed i særlige tilfælde i nævnet, herunder mulighed for at be-

skikke en advokat eller bisidder for den indklagede sundhedsperson. - Som begrundelse herfor anføres, at dette vil svare til de muligheder for interessevaretagelse, der eksisterer for de almindelige domstole, hvormed nævnet kan sammenlignes.

- 14) Indførelse af offentligt tilgængelige mindretalsafgørelser (dissens) i Patientklagenævnets afgørelser. - Som begrundelse herfor anføres, at dette i højere grad vil belyse indholdet af de trufne afgørelser og deres præcedensvirkning, feks. hvis det er et snævert flertal, der har truffet afgørelser uden om de faglige medlemmer af nævnet.
- 15) Afkriminalisering af pligtkrænkelserne i særlovgivningen i forbindelse med den faglige virksomhed, feks. efter lægelovens § 18, således at strafansvar kun kommer på tale i tilfælde, hvor pligtkrænkelsen udelukkende indebærer en overtrædelse af straffelovens bestemmelser. - Som begrundelse herfor anføres, at det ikke findes rimeligt, at der i respektive autorisationslove, herunder lægeloven findes særlige straffebestemmelser for faglige fejl, og at straf kun bør ske efter straffelovens almindelige bestemmelser.
- 16) Indførelse af adgang for anke af et statueret disciplinært ansvar til domstolene, eventuelt til et særligt herfor oprettet offentligt ankenævn. - Som begrundelse herfor anføres, at almindelige procesregler om "fair trail" (retfærdig rettergang) tilsiger, at en disciplinærafgørelse rettet mod en enkeltperson ikke kan afgøres ved en enkelt instans, men må kunne ankes for at tilgodese en rimelig retsbeskyttelse af den indklagede person.

Det bemærkes endvidere, at det i ministeriets analyserapport vedrørende Patientklagenævnet bl.a. er foreslået:

- 17) At der indføres en absolut forældelsesfrist på 5 år. - Som begrundelse herfor anføres, at det ikke hverken af hensyn til den indklagede sundhedsperson eller af bevismæssige grunde er rimeligt, at en klagesag i princippet kan tages op mange år efter, at den indklagede begivenhed har fundet sted.

Endelig er i analyserapporten stillet følgende forslag, der også bør vurderes i relation til retssikkerheden:

- 18) At der kun skal deltage 3, cfr. 5, medlemmer i nævnsafgørelserne. - Som begrundelse herfor anføres dels besparelshensyn, dels at de grundlæggende interesser (lægmandselementet og det faglige element) lige så godt kan varetages af en som to personer.
- 19) At der gives formand og sekretariat adgang til på nævnets vegne at afgøre sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl. - Som begrundelse herfor anføres dels effektiviseringshensyn, dels at en videregående formands/sekretariatets kompetence ikke vil svække hensigten med nævnets virksomhed.
- 20) At formandskabet i nævnet placeres hos én eller flere medarbejdere i sekretariatet. Alternativt kan et fuldtidsansat formandskab overvejes. - Begrundelsen herfor er ensartet praksis i afgørelserne, smidig administration og generel højnelen af kvaliteten gennem en tydelig ansvarsplacering.

9.5. Vurdering af retssikkerhedsgarantier

Udvalget har koncentreret sine vurderinger omkring de navnlig af Lægeforeningen fremførte retssikkerhedsgarantier, jf. punkt 11-

16 samt om de i ministeriets analyserapport anførte nye procedurer for nævnet, jf. punkt 17-20 ovenfor.

Indledningsvist bemærkes, at Lægeforeningen har givet udtryk for, at udvalgsarbejdet bør resultere i forslag om et klagebehandlingssystem præget af fuld åbenhed, gennemsigtighed, uafhængighed, upartiskhed, adgang til kontradiktion samt mulighed for anke af trufne afgørelser. Dette er efter foreningens opfattelse nødvendigt for, at systemet skal kunne leve op til kravene i lov nr. 285 af 29. april 1992 om Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, ikke mindst konventionens artikel 6 om "fair trial".

Efter gængs fortolkning af artikel 6 står det temmeligt klart, at Patientklagenævnets virksomhed falder uden for denne bestemmelses anvendelsesområde. Patientklagenævnets strengeste sanktionsmuligheder består i at udtrykke "kritik" og i at anmode anklagemyndigheden om at rejse tiltale for overtrædelse af autorisationslovene uden at anmodningen er bindende for anklagemyndigheden. Artikel 6 tager typisk sigte på anklage for "forbrydelser" ("criminal charge") eventuelt klare lovovertrædelser, hvor straf af bøder og frihedsberøvelse kan komme på tale. Disciplinærsager kan efter omstændighederne også være omfattet, bl.a. når karakteren og intensiteten af den sanktion, der kan blive tale om, tilsiger dette. (Komm. Men.ret. s. 180 ff)². Patientklagenævnet kan hverken fratage vedkommende sundhedsperson dennes autorisation eller idømme straf. Der er således ikke tale om, at Patientklagenævnet træffer afgørelse i sagstyper, der er omfattet af artikel 6.

Der er hermed ikke taget afstand fra principperne i artikel 6, blot

² Note: "Den Europæiske Menneskerettighedskonvention" 1994 (kommenteret af Peer Lorenzen m.fl).

fra omfanget af deres anvendelse på patientklageområdet.

Til nævnte punkter bemærkes følgende:

Ad 11: Dommer som formand

Nævnets hidtidige formænd har som amtmænd, sociale ankechefer m.v. haft betydelige erfaringer med administrativ sagsbehandling af enkeltsager. Endvidere er det henstillet fra Justitsministeriet kun i begrænset omfang at udpege egentlige dommere til supplerende erhverv.

Udvalget finder derfor ikke grund til at ændre på den eksisterende adgang til at udpege personer, der skal opfylde de almindelige betingelser for at kunne beskikkes som landsdommere under forudsætning af, at formændene fortsat er uafhængige af instruktionsbeføjelser fra andre myndigheder.

Ad 12: Indførelse af regler om udvidet aktindsigt og kontradiktion

Patientklagenævnet har oplyst, at det nærmere indhold af den aktindsigt (jf. punkt 2) og partshøring (jf. punkt 3), der i dag gives parterne, har følgende indhold:

Ad parters ret til aktindsigt i Patientklagenævnets sager:

Ved anmodning om aktindsigt i Patientklagenævnets sager følger Patientklagenævnet forvaltningslovens § 9, hvorefter den, der er part i en sag, hvori der er eller vil blive truffet afgørelse af en forvaltningsmyndighed, kan forlange at blive gjort bekendt med sagens dokumenter med de undtagelser, der er anført i forvaltningslovens §§ 12-15.

Ifølge forvaltningslovens § 16 træffes afgørelsen af, om og i hvilken form en begæring om aktindsigt skal imødekommes, af den myndighed, der i øvrigt har afgørelsen af den pågældende sag.

Udgangspunktet er herefter, at det er Patientklagenævnet, der skal besvare anmodninger om aktindsigt i patientklagesager, uanset om anmodningerne fremsættes over for embedslægeinstitutionerne. Under forundersøgelsen af klagesagerne er embedslægerne imidlertid i besiddelse af samtlige sagsakter, hvorfor det af praktiske årsager og for at undgå unødige forsinkelser i sagsbehandlingen er besluttet at overlade til den relevante embedslægeinstitution på Patientklagenævnets vegne at fremsende akterne til parter, som under forundersøgelsen måtte anmode om aktindsigt.

Efter sagens oversendelse til Patientklagenævnet vil nævnets sekretariat besvare anmodninger om aktindsigt.

Ad partshøring:

Inden embedslægeinstitutionen oversender en klagesag til Patientklagenævnet efter endt forundersøgelse, partshører embedslægeinstitutionen klageren, alle navngivne sundhedspersoner, som er omfattet af klagen samt i øvrigt sundhedspersoner, som uden at være nævnt ved navn i klagen må anses for omfattet heraf, og som efter embedslægeinstitutionens vurdering har overtrådt autorisationslovens pligtbestemmelser.

De oplysninger/det materiale, embedslægeinstitutionen partshører over, er den af embedslægeinstitutionen udarbejdede redegørelse, der indeholder en beskrivelse af klagen, hændelsesforløbet, sundhedsfaglige problemstillinger samt institutionens eventuelle vurdering og indstilling, tillige med en kopi af klagen, indhentede udtalelser og journalmateriale.

Efter den indgåede samarbejdsaftale med embedslægerne vil der i sager, rejst efter 1. januar 1996, i mange tilfælde ikke være behov for yderligere partshøring.

Patientklagenævnet iværksætter således kun en supplerende partshøring i følgende tilfælde:

- Hvis klager ikke er partshørt over alle de faktiske oplysninger af betydning for sagen, f.eks. fordi der er tilgået sagen yderligere oplysninger efter embedslægens oversendelse af sagen til Patientklagenævnet.
- Hvis en sundhedsperson, som efter Patientklagenævnets vurdering står til kritik, ikke er blevet partshørt over alle relevante faktiske oplysninger til ugunst for den pågældende, eller.
- Hvis der ikke er partshørt over samtlige sundhedsfaglige problemstillinger, som er relevante for nævnets afgørelse.

Begrundelsen for den beskrevne tilrettelæggelse af partshøringen er - ud over at opfylde forvaltningslovens regler - at sikre størst mulig åbenhed i sagsbehandlingen og at søge at opnå den største mulige kvalitet i embedslægerens arbejde.

Udvalget finder, at den eksisterende tilrettelæggelse af partshøringen er meget uoverskuelig, ikke mindst for sagens parter, og at den ikke giver parterne en indsigt, der på rimelig måde imødekommer deres behov for en klar stillingtagen til klagesagens indhold og mulige resultater.

Udvalget finder derfor, at Patientklagenævnet i alle sager skal

give begge parter partshøring over såkaldte "agterskrivelser", hvorefter et udkast til afgørelse i nævnet indeholdende såvel sagsbeskrivelse som påtænkt afgørelse sendes til parterne. Ordningen suppleres med, at parterne efter anmodning kan få oplysning om den sagkyndige konsulents navn og aktindsigt i den sagkyndiges vurdering. Forbrugerrådet og De Samvirkende Invalideorganisationer kan ikke tilslutte sig dette forslag, da der kan komme "fremmed" indblanding i en sag, før Patientklagenævnet får mulighed for at se sagen og træffe sin egen afgørelse.

En sådan ordning kendes bl.a. fra skattestyrelseslovens § 3, stk. 4, hvorefter en skattemyndighed nærmere skal varsle, hvorledes man agter at foretage en ny skatteansættelse. Det er selvfølgelig uheldigt, at sagens parter hermed kan gå til pressen og kritisere - den foreløbige - afgørelse, bl.a. når nævnet endnu ikke kender sagen. Det forudsættes derfor oplyst i "agterskrivelsen", at der netop kun er tale om administrationens oplæg til afgørelse, og at nævnet ikke har forholdt sig til sagen og i øvrigt vil kunne vælge at træffe en anden afgørelse ud fra de oplyste forhold.

Da ordningen endvidere vil indeholde et betydeligt retssikkerhedselement og ikke forventes at påføre nævn og sekretariat betydeligt merarbejde, og da ordningen blev anvendt med effekt af Sundhedsstyrelsen før sagsforberedelsen fra 1. januar 1994 overgik herfra til Patientklagenævnet, mener udvalgets flertal, at forslaget bør imødekommes.

Så længe embedslægerne fortsat forundersøger sagerne, bør embedslægerne fortsat efter gældende regler partshøre i sagerne, før disse sendes til Patientklagenævnet for at sikre forundersøgelsens kvalitet, herunder retssikkerheden for sagens parter.

Ad 13: Mundtlig forhandling eventuelt med advokatbistand for nævnet

En sådan adgang kendes fra domstolene og inden for visse myndigheder under skattelovgivningen.

Udvalget mener imidlertid ikke, at denne adgang vil tilføre nye oplysninger af betydning for sagsforberedelsen, idet den udvidede partshøring, og/eller "agterskrivelser", jf. punkt 12, vil tilgodese en fyldestgørende sagsopklaring, ligesom personlig foretræde vil være meget tidskrævende og dyr. Endvidere vil mundtlig forhandling generelt stille de to parter i klagesagen meget ulige, idet sundhedspersonen og dennes advokat, som vedkommende faglige forening formentlig vil betale, vil have betydelige fordele frem for klager, der næppe altid vil have samme indsigt i sagsforholdene eller midler til advokatbistand.

Ad 14: Indførelse af tilgængelige mindretalsudtalelser (dissens)

Det følger af forvaltningsloven, § 22, at en afgørelse skal være ledsaget af en begrundelse, medmindre afgørelsen fuldt ud giver den pågældende person medhold.

Da Patientklagenævnet afgør sager mellem to parter, skal nævnets afgørelser altid begrundes, fordi sagsafgørelsen altid vil gå imod en af parterne.

Hvis der foreligger forskellige begrundelser blandt de af nævnets medlemmer, der har stemt for afgørelsen, omfatter begrundelsespligten en samordning af disse begrundelser. De medlemmer, der har stemt imod, kan dermed ikke efterfølgende kræve angivelse

af egentlige dissenser. (FOM, FVR, s. 365 m.)³.

Baggrunden for begrundelser er flere: dels information til borgeren, dels en øget garanti for grundig sagsbehandling, dels vejledning om afgørelsens betydning for den praksis, der følges på det pågældende område (FOM, FVR, s. 364)³.

En dissensadgang hvor enten stemmefordelingen skal oplyses, eller hvor de forskellige begrundelser tillige skal anføres, eventuelt med navns nævnelser, kan resultere i en praksis, hvorefter de forskellige medlemmer - mere eller mindre tvunget - føler at de offentligt bør præcisere deres særlige personlige mindretals opfattelse i sagen. Nævnets sammensætning tilsiger således ikke denne løsning.

Endvidere findes der ikke behov for en mere detaljeret begrundelse af sagerne end det allerede følger af ovennævnte regler. Endelig følger det at nævnets forretningsorden, § 11, stk. 2, 2., at et medlem kan kræve tilført protokollen en kort begrundelse for sit standpunkt.

Øvrigt kan parterne efter praksis i Patientklagenævnet efterfølgende på begæring få oplyst navnene på de medlemmer, der har deltaget i et nævnsmøde, men ikke hvorledes de har stemt.

Ifølge Patientklagenævnet forekommer det yderst sjældent, at der i nævnet træffes flertalsafgørelser (ca. 5 sager pr år).

Udvalget finder, at det af nævnets afgørelser bør fremgå enten at "et enigt nævn" eller at "et flertal af nævnets medlemmer" har truffet afgørelse i sagen, idet dette dels vil styrke afgørelsens fortolkningsværdi, dels ikke skønnes at ville hindre, at nævnet i

³ Note: Jf note 1.

sit arbejde vil søge at nå frem til en fælles afgørelse. Udvalget finder imidlertid ikke, at en offentlig dissensmulighed med angivelse af navne og eventuelle mindretalsbegrundelser bør indføres, idet det eksisterende begrundelseskrav i tilstrækkeligt omfang tilgodeser retssikkerheden og informationsbehovet på dette område.

Ad 15: Afkriminalisering af faglige pligtkrænkelser

Det er en almindelig praksis i den danske lovgivning, at der er fastsat direkte straffeansvar for overtrædelse af særlovgivningen.

Det sker f.eks. i alle autorisationslove, at uberettiget benyttelse af den beskyttede titel (læge, tandlæge, optiker osv.) straffes med bøde, ligesom der for den "grove og gentagne forsømmelse eller skødesløshed" under udøvelse af den pågældende faglige virksomhed, er fastsat straf af bøde eller hæfte. Tilsvarende straf er fastsat for uberettiget virksomhed på faglige virksomhedsområder, der er beskyttet. F.eks. er der også i færdselslovgivningen fastsat straf af bøde, hæfte og fængsel.

Generelt gælder, at særlovgivningens straffebestemmelser tager sigte på at præcisere gerningsindholdet for straf i relation til det pågældende særområdes specielle forhold. Straffebestemmelser kræver af retssikkerhedshensyn en betydelig præcisering af gerningsindholdet. En indfortolkning af overtrædelse af særlovgivningen i straffelovens almindelige straffebestemmelser vil derfor normalt ikke være mulig og vil i øvrigt ikke tilgodese retssikkerheden.

I øvrigt må det forudsættes, at domstolene i deres domspraksis lader indgå en almindelig vurdering af "alvorligheden" af særlovgivningens overtrædelser set i relation til, hvad der vil blive straffet for direkte efter straffeloven.

Det vil være et afgørende brud med hele autorisationslovgivningen, der indebærer et skærpet tilsyn og ansvar, hvis der ikke kunne pålægges det autoriserede sundhedspersonale straf svarende til straffelovens sanktioner (bøde og hæfte) i de absolut groveste tilfælde af dårlig faglig adfærd. Dette gælder også de overtrædelser af andre "pligtforhold", der f.eks. følger af lægelovens bestemmelser vedr. erklæringsudstedelse (§ 8) og indberetnings- og oplysningspligt (§§ 11-13) m.fl., hvorefter der efter lovens § 22 kan idømmes straf af bøde.

Der foreligger i øvrigt kun yderst få eksempler på, at domstolene har dømt sundhedspersonalet efter disse bestemmelser, navnlig i de sidstnævnte pligtforhold.

Det spørgsmål er rejst, om Patientklagenævnet er berettiget til at udtale kritik af forhold, der er selvstændigt kriminaliseret efter straffeloven og eventuel særlovgivning. Spørgsmålet er særligt rejst i de tilfælde, hvor det kriminaliserende forhold er forældet.

Patientklagenævnet har anvendt den praksis at tage sager om tavshedspligt, der som bekendt er strafbelagt efter straffelovens § 152 ff, op til realitetsbehandling.

Folketingets Ombudsmand har i en afgørelse (FOB 1992, s.288)⁴ taget stilling til disse spørgsmål.

Ombudsmanden udtalte herefter, at det forhold, at en straffesag mod en sundhedsperson må opgives på grund af strafferetlig forældelse, ikke i sig selv afskærer Patientklagenævnets adgang til at behandle sagen og tilkendegive nævnets opfattelse, herunder eventuelt udtale kritik af den pågældendes adfærd.

⁴ Note: Folketingets Ombudsmand, årsberetning 1992.

Ved sin behandling af sagen inddrog ombudsmanden bl. a. hensynet til borgernes retssikkerhed, til Patientklagenævnets funktion som disciplinærmyndighed og til den sundhedsperson, der er rejst kritik af, samt den omstændighed, at klagefristen til Patientklagenævnet (2 år) først regnes fra det tidspunkt, hvor klageren får viden om det forhold, der klages over.

Ombudsmanden udtalte endeligt, at han kunne tilslutte sig Sundhedsministeriets opfattelse af, at Patientklagenævnet i almindelighed ikke bør udtale sig endeligt om forhold, som kan (og bør) sanktioneres med straf, når den strafferetlige forældelsesfrist endnu ikke er udløbet.

Udvalget finder ikke, at der bør ske principielle ændringer af det forhold, at der også direkte efter autorisationslovgivningen kan idømmes straf af bøde og hæfte og i sjældne tilfælde fængsel.

Udvalget finder endvidere, at den af ombudsmanden tiltrådte praksis for Patientklagenævnets stillingtagen til forhold, der også er omfattet af straffeloven m.v., fortsat bør følges.

Ad 16: Indførelse af en central ankeadgang

Efter centralstyrelsesloven, § 13, er "Patientklagenævnet i sin virksomhed uafhængig af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse", ligesom "nævnets afgørelser ikke kan indbringes for anden administrativ myndighed".

Det betyder, at ingen anden administrativ myndighed, f.eks. Sundhedsministeriet, kan tage stilling til konkrete henvendelser vedrørende nævnets afgørelser (anke/rekurs), dvs. hverken det materielle indhold af afgørelsen eller processuelle spørgsmål vedrørende f.eks. sagsforberedelsen.

Dette er i overensstemmelse med bemærkningerne til de fremsatte lovforslag om nævnet, hvorefter det findes rimeligt ikke at indføre ankeadgang, idet nævnets afgørelser alene vedrører kritik af de indklagede sundhedspersoners faglige adfærd.

Når andre organer, der på tilsvarende måde tager stilling til fagpersoners pligtovertrædelser, i visse tilfælde er suppleret med en ankeinstans eller rekursadgang til en ny selvstændig myndighed, vil disse nævn typisk have mere indgribende og vidtgående beføjelser over for vedkommende sundhedsperson. Dette gælder således Advokatnævnet, der tillige tager stilling til eventuel fratagelse af advokatbestalling og ydermere kan idømme bøder.

Som bekendt er autorisationsfratagelse ikke tillagt Patientklagenævnet, men sker efter en særlig procedure fastsat i centralstyrelsesloven, kapitel 2, hvorefter både Sundhedsstyrelsen, Retslægerådet, Sundhedsministeriet og domstolene er impliceret.

Om anke skal ske til de almindelige domstole eller til et særligt herfor oprettede ankenævn, rejser forskellige problemstillinger.

Det står fortsat parterne frit for, om de - for egen regning - vil anlægge anerkendelsessøgsmål ved domstolene mod Patientklagenævnet for at få omgjort en af nævnets afgørelser. Lægeforeningen har anlagt flere (5) sådanne sager. Hvis der er tale om retlige afgørelser, f.eks. en fortolkning af en overtrædelse af forvaltningsloven eller tavshedspligten, vil domstolene for så vidt være velegnede som prøveinstans. Er der derimod tale om et egentligt fagligt skøn over sundhedspersoners adfærd, vil det være nødvendig at indhente faglige bistand fra Retslægerådet. Tilsvarende må et særligt oprettet ankeorgan skaffe sig ny fagkundskab, hvilket dog også kan ske fra anden side.

Patientklagenævnet har nærmere i *bilag S* redegjort for resultatet

af de 5 domme, der er afgjort i søgsmål anlagt af Lægeforeningen mod nævnet.

Det fremgår heraf, at nævnet tabte alle sagerne enten fordi nævnet selv genoptog sagen til nævnsbehandling og ændrede sin afgørelse, eller fordi der var begået fejl i øvrigt. Det fremgår endvidere, at der i de fleste af sagerne overvejende var tale om procesuelle fejl vedrørende f.eks. forkert indberetning af, hvem der var indklaget, manglende begrundelse og manglende underretning af indklagede samt vedrørende tavshedspligt.

Disse sager - selv om det er meget få - giver således mere udtryk for, at Patientklagenævnet ligesom andre organer kan begå procesuelle fejl. Dette er for så vidt beklageligt, men der er ikke med retssagerne givet en belysning af, i hvilket omfang den faglige bedømmelse, der er foretaget af nævnet, er behæftet med fejl.

Det bemærkes, at der er tale om sager fra tiden før 1. januar 1994, hvor Patientklagenævnet blev omorganiseret. Nævnet har siden rettet op på disse procesuelle mangler til sikring af, at forvaltningsloven bliver overholdt.

Lægeforeningen har under udvalgsarbejdet givet udtryk for følgende:

"Lægeforeningen er opmærksom på risikoen for, at en ankemulighed kan indebære betydelig forlængelse af en i forvejen lang sagsbehandlingstid, hvis der ikke skabes en vis sikkerhed for, at ikke alle sager nærmest per automatik indbringes for ankeinstansen. Foreningen er enig i, at en sådan udvikling både ud fra en politisk, administrativ og økonomisk synsvinkel er uhensigtsmæssig.

Lægeforeningen ser derfor hellere, at der på sundhedsområdet

indføres en selvstændig reguleret mulighed for at påklage Patientklagenævnets afgørelser til domstolene efter en procedure præget af automatik, smidighed og effektivitet. Foreningen har derfor foreslået, at klagesystemet udbygges med en ankemulighed, hvorved enhver, som modtager påtale for pligtforsømmelse, automatisk rar adgang til at begære afgørelsen prøvet ved en underret.

Dette kunne ske ved, at Patientklagenævnet efter den kritiserede sundhedspersons begæring forpligtes til at videresendes afgørelsen til politimesteren med henblik på indbringelse af sagen for underretten. I tilfælde, hvor underretten stadfæster Patientklagenævnets afgørelse, vil det være rimeligt, at sagsøger selv afholder udgiften til sagsomkostninger. Hvis retten derimod anser nævnets afgørelse for ubeføjet, bør sagsomkostningerne dog udredes af det offentlige."

Lægeforeningens forslag indebærer reelt, at alle sager, hvori der er udtrykt kritik svarende til ca. 25% eller ca. 400 sager årligt, skal kunne ankes til domstolene efter disse særlige regler.

Det er - bortset fra Lægeforeningen og de to tandlægeforeninger - udvalgets opfattelse, at der ikke med Patientklagenævnets kritik, jf. beskrivelsen heraf i afsnit 9.3.1, efter en generel opfattelse er tale om en for den indklagede sundhedsperson alvorlig reaktionsmulighed for nævnet. Derimod opfattes en kritik i forhold til kolleger som fagligt nedvurderende.

Endvidere vil en almindelig ankeadgang forlænge klagesagsbehandlingen ganske betydeligt (jf. erfaringerne fra bl.a. Sverige), ligesom en ankeadgang vil være yderst bekostelig og ressourcekrævende, bl.a. fordi der skal benyttes en helt ny faglig rådgivning på området. Hertil kommer, at domstolene vil være mere velegnet, jf. de afsagte domme, til at tage stilling til processuelle end

faglige fejl. Endelig tillægges klagerne ikke efter Lægeforeningens forslag samme ret til anke.

Samlet set begrundes dette efter udvalgets opfattelse ikke, at der indføres en central ankeinstans for Patientklagenævnets afgørelser.

Der henvises i øvrigt til *bilag 4*, hvor Lægeforeningens særudtalelse bl.a. vedrørende ankeadgangen beskrives.

Særligt vedrørende adgang til en sundhedsfaglig revurdering

Udvalget har særligt drøftet, om de indklagede sundhedspersoners retssikkerhed med hensyn til den faglige vurdering af klagesagerne kan tilgodeses på en anden og mere enkel måde. Det er drøftet, om følgende forskellige muligheder for en faglig revurdering inden for Patientklagenævnets regi vil tilgodese rimelige retssikkerhedshensyn:

a) Faglig kritik skal være baseret på 2 sagkyndige konsulents udtalelser

Et sådant krav ville selvfølgelig udbygge grundlaget for nævnets stillingtagen til sagerne. Kravet vil imidlertid let kunne medføre, at alle sager skal forelægges to konsulenter, bl.a. fordi nævnet også måtte finde det naturligt, at en "frifindelse" er baseret på samme faglige grundlag, dvs. 2 konsulents udtalelser. En så omfattende faglig undersøgelse vil der generelt set ikke være behov for.

b) Nævnet beder om yderligere sundhedsfaglig vurdering

Det sker ikke sjældent (skønsmæssigt 2-5% af sagerne), at nævnet under nævnsbehandlingen finder, at der i sagen bør

indhentes en yderligere faglig vurdering vedrørende bestemte forhold, enten fra den tidligere konsulent eller hos en ny konsulent.

Denne mulighed giver allerede i dag de indklagede sundhedspersoner en vis retssikkerhed, selv om vedkommende er uden indflydelse på, om en yderligere faglig vurdering foretages.

c) Indklagedes adgang til at ansøge om sagens genoptagelse

Efter de gældende bestemmelser vil Patientklagenævnet være berettiget til at genoptage afgjorte klagesager til fornyet behandling og afgørelse, hvor der, jf. forretningsordenens § 15, stk. 3, i en sag fremkommer nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger.

Efter praksis er det ofte sekretariatet, der vurderer om der foreligger sådanne nye faktiske væsentlige oplysninger.

Da det imidlertid beror på nævnet eller dets sekretariat, om en sag skal genoptages, vil denne ordning ikke som den er reguleret give den indklagede sundhedsperson en yderligere retssikkerhed.

d) Pligt til at genoptage sagen, såfremt de faglige medlemmer af nævnet stemmer imod

Det er drøftet, om der kunne indføres et "filter", hvorefter visse sager, hvor de faglige spørgsmål under nævnsbehandlingen har givet anledning til særlig tvivl, vil skulle genoptages i nævnet, hvis den indklagede, der er tildelt en kritik, begærer dette. Denne adgang kunne f.eks. gælde i de (få) tilfælde, hvor de 2 faglige medlemmer af nævnet er blevet nedstemt.

En sådan ordning må imidlertid frarådes, fordi der hermed tillægges de faglige medlemmer en helt ny funktion, som ikke vil gavne nævnsbehandlingen generelt. De faglige medlemmer vil selv ved den mindste tvivl kunne føle sig tvunget til at gå i mindretal af hensyn til genoptagelsesmuligheden, ligesom de faglige medlemmer ikke er udpeget som specialister, men som generelt fagligt kyndige på området.

e) Pligt til at genoptage sagen, såfremt en særligt udpeget uafhængig opmand finder grundlag herfor

Det har endvidere været drøftet, om et "genoptagelsesfilter" kunne bestå af en særlig hertil af sundhedsministeren udpeget uafhængig "opmand", der selvstændigt på grundlag af sagens akter og efter begrundet anmodning fra den sundhedsperson, der er blevet tildelt en kritik, kunne vurdere, om sagen samlet set berettiger til en genoptagelse.

En sådan ordning skulle relateres til den sundhedsfaglige vurdering, bl.a fordi det må forudsættes, at klare processuelle fejl vil blive taget op af nævnet selv, og således at nævnet herefter vil kunne træffe en (ny) endelig afgørelse. Endvidere kan ombudsmanden tage stilling til klager over manglende overholdelse af forvaltningsretten, mens han almindeligvis afstår fra at tage stilling til lægefaglige spørgsmål.

Ordningen bør suppleres med, at den genoptagne sag forelægges en ny sagkyndig konsulent samt et nysammensat nævn.

Opmandens kvalifikationer bør svare til dem, der er fastsat for nævnets formænd, dvs. opfylde de almindelige betingelser for at kunne beskikkes som landsdommer.

Opmanden forudsættes i øvrigt placeret i nævnets administra-

tion, således at alle sager vedrørende sundhedspersoners anmodning om faglig revurdering forelægges ham af nævnets sekretariat til afgørelse, typisk suppleret med en foreløbig faglig vurdering af sagens problem. I øvrigt vil beslutningen om sagens genoptagelse være baseret på et samlet skøn.

Der vil således ikke med opmanden blive etableret en selvstændig ny forvaltningsinstitution. Opmandens beslutninger kunne eventuelt tænkes indført i en protokol, mens sagsakterne vedrørende genoptagelsen forudsættes indlagt i den eksisterende sag. Der forudsættes gennemført fornyet partshøring på grundlag af den fornyede faglige udtalelse.

Opmandens uafhængighed sikres ved, at han udpeges af ministeren og efter lovgivningen personligt tillægges den nævnte opgave at beslutte sagers genoptagelse på et fagligt grundlag.

Der forudsættes endvidere sat en frist på 4 uger for den indklagede sundhedspersons anmodning om sagens genoptagelse.

En genoptagelse forudsættes skønsmæssigt at ske i en størrelsesorden på 10-30% af kritiksagerne eller i ca. 40-120 sager årligt, og kun i sager, hvor der kan være begrundet tvivl, om den faglige bedømmelse eller den retlige subsumption ud fra det oplyste hændelsesforløb. I øvrigt vil beslutningen om sagens genoptagelse være baseret på et samlet skøn.

Det har været drøftet, om revurderingsadgangen alene skulle omfatte de mere alvorlige sager, hvor Patientklagenævnet vælger at indstille til anklagemyndigheden, at sigtelse f.eks. efter lægelovens § 18, bør overvejes. Disse sager omfatter 2,1 % af de afgjorte sager, eller 23 sager i 1995.

Det vil imidlertid være yderst betænkeligt at begrænse anklage-

myndighedens muligheder for umiddelbart på eget initiativ eller efter indstilling fra Patientklagenævnet eller andre at iværksætte nærmere undersøgelser og sigtelse i disse tilfælde. Omvendt vil den almindelige revurderingsadgang som er beskrevet ovenfor heller ikke kunne lægge sig hindrende i vejen for, at anklagemyndigheden måtte finde det nødvendigt at tage en sag op til overvejelser af sigtelse m.v.

Udvalget har - undtagen Forbrugerrådet og De Samvirkende Invalideorganisationer - efter en samlet vurdering af mulighederne for en begrænset adgang til klagesagernes faglige genoptagelser fundet, at forslaget under pkt. e vedr. en pligt til sagens genoptagelse, såfremt en uafhængig opmand godkender dette, vil være et rimeligt forslag til en afbalanceret imødekommelse af de retssikkerhedshensyn, der særligt knytter sig til den faglige side af de indklagede sundhedspersoners retssikkerhed.

Det samme flertal af udvalget finder i denne forbindelse ikke, at der, jf. konklusionen i afsnit 9.3.4 om patienternes rettigheder efter patientklagesystemet, er det samme behov for, at patienterne tillægges en tilsvarende ret til at kunne anmode om en klagesags genoptagelse i de tilfælde, hvor den indklagede sundhedsperson er blevet "frifundet" af Patientklagenævnet.

Tilsvarende finder et flertal af udvalget ikke, at der er samme behov for, jf. ovenfor, at indføre en adgang for sagers genoptagelse vedrørende eventuelle processuelle mangler i sagsbehandlingen, dvs. forvaltningsretlige spørgsmål, ud over den eksisterende adgang herfor, når nye væsentlige faktiske oplysninger fremlægges. Lægeforeningen ser dog gerne, at opmandens adgang til at genoptage sager også omfatter forvaltningsretlige spørgsmål.

De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet kan ikke tilslutte sig forslaget om en uafhængig opmand, bl.a. fordi

dette tilbud kun retter sig mod den indklagede sundhedsperson og ikke mod klageren.

Ad 17: Indførelse af en absolut forældelsesfrist

Det har været kritiseret, at klager er taget op til realitetsbehandling mange år efter, at klageforholdet er begået. Det vil være vanskeligt at afklare sagsforløb, der ligger flere år tilbage, ligesom det for den indklagede sundhedsperson ikke findes rimeligt, at klagesager skal kunne versere i lang tid efter, at klageforholdet har fundet sted. Der findes derfor behov for at indføre en såkaldt absolut forældelsesfrist, der kan supplere den eksisterende forældelsesfrist på to år, der først løber fra det tidspunkt, patienten var eller burde være bekendt med det forhold, der klages over. Fristen er i Sundhedsministeriets analyserapport sat til 5 år. Nogle medlemmer har foreslået, at den burde være kortere. I Sverige er der således en absolut forældelsesfrist på 2 år for disse sager.

Folketingets Ombudsmand har i en sag vedrørende **Patientklagenævnet** (FOB 1993, s. 268)⁵ taget stilling til nævnets afvisning af en 14 år gammel sag. Ombudsmanden fandt, at det må anses for meget sandsynlig, at de involverede sundhedspersoner på grund af den forløbne tid ikke længere ville være i stand til at afgive blot nogenlunde detaljerede udtalelser angående behandling af patienten. Ombudsmanden har givet udtryk for tilsvarende i en 31 år gammel sag i skrivelse af 5. november 1996.

Udvalget er enig i, at denne retsusikkerhed ikke bør eksistere, og at der derfor, navnlig af hensyn til den indklagede sundhedsperson, bør indføres en absolut klagefrist på ikke over 5 år, der supplerer den eksisterende 2 års klagefrist, der først regnes fra patientens kendskab til fejlen.

⁵ Note: Folketingets Ombudsmand, årsberetning 1993.

Alternativt foreslår udvalget, at der udelukkende indføres en absolut forældelsesfrist på 3 år regnet fra tidspunktet for fejlens begåelse. Enkelte medlemmer, bl.a. Lægeforeningen, har foreslået, at den absolutte frist sættes til 2 år svarende til den strafferetlige forældelse af mindre alvorlige forbrydelser.

Ad 18: En reduktion af Patientklagenævnets medlemstal fra 5 til 3, således at der ved nævnsbehandlingen kun skal medvirke en formand, en lægmand og en fagperson fra det pågældende område

En reduktion af medlemstallet vil bidrage til effektivisering af sagsbehandlingen og dermed til en nedbringelse af sagsbehandlingstiderne, og vil tillige give besparelser for nævnet, bl.a. fordi sagsmaterialet skal sendes til færre personer. En tilsvarende repræsentation fra begge sider ses bl.a. i Den sociale Ankestyrelse.

Imod forslaget er anført, at en nedsættelse af medlemstallet vil reducere retssikkerheden og nævnets funktion som et organ, der træffer beslutninger på baggrund af en drøftelse af sagerne.

Udvalget kan anbefale, at den gældende ordning med 5 nævnsmedlemmer fastholdes.

Ad 19: Der gives formand og sekretariat adgang til på nævnets vegne at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl

Efter de eksisterende regler i centralstyrelseslovens § 20, stk. 2, kan sundhedsministeren i nævnets forretningsorden fastsætte regler om, at nævnet kan bemyndige formanden til at "træffe afgørelse i visse sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl".

Betingelsen for at sagerne ikke skønnes at frembyde tvivl, tager sigte på de sager, som faktisk indeholder et klart beslutningsgrundlag, eller sager som gennem nævnets praksis ligeledes må betegnes som utvivlsomme.

Hidtil er formandsafgørelser efter nævnets beslutning i henhold til centralstyrelseslovens § 20, stk. 2, delegeret fra nævnet til formanden, men kun for så vidt angår sager, der ikke indeholder en kritik. Der henvises nærmere til den beslutning, som nævnet har truffet vedrørende formandsafgørelser, jf. afsnit 3.7.

Et flertal af udvalget kan ikke gå ind for, at der ændres på lovgivningen vedrørende dette forslag.

Udvalgets opfattelse er i øvrigt delt vedrørende den eksisterende ordning. Flere medlemmer fastholder den eksisterende ordning, hvorefter delegationen kun omfatter sager, hvori der ikke gives kritik, mens andre medlemmer slet ikke kan støtte, at der gives formanden - og sekretariatet - hjemmel til at træffe afgørelser på nævnets vegne, sådan som lovgivningen er affattet i dag.

Ad 20. Formandskabet i nævnet placeres hos en eller flere medarbejdere i sekretariatet

En model hvorefter en eller flere ansatte i nævnets administration samtidig er nævnsformænd, har flere fordele. Ordningen vil give formændene en betydelig praktisk erfaring og ekspertise på klagesagsområdet, der kan styrke såvel sekretariatet i den daglige sagsbehandling, som nævnet i dets arbejde.

Modellen vil endvidere medvirke til ensartet praksis i afgørelserne, en smidig administration og en generel højnelse af kvaliteten gennem en tydelig ansvarsplacering.

Nogle medlemmer har anført, at sekretariatsansatte formænd vil være "inhabile" som nævnsformænd, da de bl.a skal deltage i afgørelse af de sager, som de selv har været ansvarlige for forberedelsen af. Denne interessesammenhæng er imidlertid ikke unormal.

En tilsvarende model findes således i flere andre offentlige nævn, bl.a. i de sociale ankenævn og revaliderings- og pensionsnævne, hvor statsamtmanden er født formand for nævnet. I Den sociale Ankestyrelse, Direktoratet for Social Sikring og Bistand samt Arbejdsskadestyrelsen behandles sagerne i møder med beskikkede medlemmer; her er formandskabet ligeledes placeret i organisationen.

I øvrigt kan ordningen kombineres med, at formænd (næstformænd) udpeget efter den gældende ordning sideordnet kan fortsætte i nævnsarbejdet.

Udvalgets opfattelse er delt vedrørende dette forslag. Bl.a. De Samvirkende Invalideorganisationer, Forbrugerrådet, Lægeforeningen og tandlægeforeningerne er imod forslaget, idet disse lægger vægt på, at nævnsformandens hidtidige status opretholdes med fuldstændig uafhængighed af instruktioner fra sekretariatet og andre institutioner.

Amtsrådsforeningen har ønsket at understrege, at man finder det ulogisk, at nogle af de af udvalgets medlemmer, der - blandt andet af retssikkerhedsmæssige årsager - ikke kan støtte forslaget om etablering af lokale nævn, samtidig ikke har retssikkerhedsmæssige betænkeligheder ved gennemførelse af forslagene under punkt 19 og 20.

9.6. Afklaring af spørgsmålet om klagesagsafgørelsernes betydning og anvendelse af andre myndigheder

Udvalget finder i øvrigt, at der hersker en betydelig usikkerhed bl.a. hos ansættelsesmyndighederne, om hvilken funktion Patientklagenævnet har i forhold til sundhedspersonalet og hvilken betydning, der kan tillægges en klagesag og en eventuel senere kritik.

Lægeforeningen har herom bl.a. anført, at man ikke har "kunnet opnå sikkerhed for, at afgørelserne kun gøres tilgængelige for den lægefaglige ledelse på vedkommende afdeling, eller en tilfredsstillende redegørelse for, hvorledes nævnets afgørelser anvendes, registreres og opbevares. Foreningen har herunder ingen garantier for, med hvilken diskretion nævnets afgørelser omgærdes inden for den offentlige forvaltning, og f.eks. diskuteres det for tiden, om offentligheden eller enkeltpersoner skal have adgang til sundhedspersoners personalesager. Endelig foreligger det ingen afklaring af, om Patientklagenævnets afgørelser kan indgå i bedømmelsen af lægers kvalifikationer ved fremtidige ansættelser".

Udvalget finder, at disse spørgsmål kræver en nærmere afklaring, og at de relevante myndigheder bør gives en nærmere underretning herom. Der er endvidere enighed om, at Patientklagenævnet, Amdsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Lægeforeningen efterfølgende nedsætter en arbejdsgruppe, der kan vurdere disse spørgsmål med henblik på underretning af amter m.fl.

9.7. Udvalgets konklusioner

Idet der henvises til konklusioner under de enkelte punkter (11-20), skal her særligt fremhæves udvalgets forslag om,

at Patientklagenævnet i alle sager skal give begge parter partshøring over såkaldte "agterskrivelser", hvorefter et udkast til afgørelse i nævnet indeholdende såvel sagsbeskrivelse som påtænkt afgørelse sendes til parterne. Ordningen suppleres med, at parterne efter anmodning kan få oplysning om den sagkyndige konsulents navn og aktindsigt i den sagkyndiges vurdering (jf. punkt 12). De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet er imod dette forslag.

at det af nævnets afgørelser skal fremgå enten at "et enigt nævn" eller at "et flertal af nævnets medlemmer" har truffet afgørelse i sagen, idet dette dels vil styrke afgørelsens fortolkningsværdi, dels ikke skønnes at ville hindre, at nævnet i sit arbejde vil søge at nå frem til en fælles afgørelse (jf. punkt 14).

at der ikke bør indføres en ankeinstans for afgørelser truffet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, men

at der efter den indklagede sundhedspersons anmodning indføres en pligt til sagens genoptagelse i nævnet af faglige spørgsmål, såfremt en uafhængig opmand finder grundlag herfor (jf. punkt 16). De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet er imod dette forslag. Lægeforeningen ser dog gerne, at opmandens adgang til at genoptage sager også omfatter disse forvaltningsretlige spørgsmål.

side 146

at der indføres en supplerende og absolut forældelsesfrist på ikke over 5 år for sagers optagelse i Patientklagenævnet.

Kapitel 10

Administrative, økonomiske og retlige konsekvenser af udvalgets forslag

/ 0.1. Oprettelse af lokal patientvejlederfunktion

Den i kapitel 4 anbefalede oprettelse af lokal patientvejlederfunktion sker i henhold til den gældende § 23, stk. 1, i lov nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., hvoraf det fremgår, at det påhviler kommuner og amtskommuner at give information og yde vejledning om klageadgangen på sundhedsområdet.

Bl.a. fordi patientvejledningernes oprettelse grundlæggende er aftalt som led i økonomiaftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen for 1997, forudsættes, at Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen m.fl. udsender meddelelse herom til samtlige amtskommuner og Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Det kan overvejes at skabe en mere direkte lovhjemmel for patientvejledningens oprettelse.

Oprettelse af denne funktion skal i henhold til økonomiaftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen for 1997 finansieres af amterne.

Det forudsættes endvidere, at Hovedstadens Sygehusfællesskab selv skal finansiere oprettelsen af en lokal patientvejlederfunktion.

on.

Oprettelse af en frivillig "postkassefunktion" og indførelse af en ordning, jf. afsnit 4.7., hvorefter klager indsendt til **Patientklagenævnet**, der overvejende synes at bero på misforståelser, kan sendes til afklaring hos den lokale patientvejleder, kræver ny lovhjemmel. Dette vil kunne ske ved indsættelse af en ny bestemmelse i centralstyrelseslovens § 19.

10.2. Lokale klagenævn

Et flertal af udvalget kan ikke anbefale oprettelse af lokale klagenævn, jf. kapitel 5.

Da mulighederne for etablering af lokale klagenævn med afgørelse af faglige spørgsmål næppe er fuldt belyste, finder et mindretal af udvalget (Amtsrådsforeningen, Embedslægeforeningen, Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Patientforsikringen), jf. afsnit 5.4.4., at der efter Sundhedsministeriets nærmere drøftelse af forslag herom med Amtsrådsforeningen bør søges hjemmel for gennemførelse af forsøgsordninger med decentrale organer, der kan sikre en hurtig lokal indsats til forbedring af service- og kvalitetsudvikling, under den forudsætning, at retssikkerhedsmæssige hensyn for patienter og indklagede sundhedspersoner bliver tilgodeset.

Oprettelse af sådanne lokale forsøgsordninger kræver ændring af lov nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., idet der skal tilføjes en ny bestemmelse om lokale forsøgsordninger på patientklagesagsområdet.

Amtsrådsforeningen har nærmere i *bilag 1*, afsnit 7, redegjort for

foreningens opfattelse af de økonomiske følger af forsøgsordninger.

10.3. Fjernelse af klagesagsbehandlingen fra embedslægerne

10.3.1. Retlige konsekvenser

Et flertal af udvalget kan anbefale at fjerne klagesagsforberedelsen for det centrale Patientklagenævn fra embedslægerne.

Eventuel fjernelse af klagesagsbehandlingen fra embedslægerne nødvendiggør en ændring af § 19, stk. 1-2, i lov. nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., hvoraf det fremgår, at nævnet kan anmode vedkommende embedslægeinstitution om at undersøge klagesagen m.v.

Denne omstrukturering vil endvidere kræve en revision af den gældende bekendtgørelse nr. 631 af 5. juli 1994 om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

10.3.2. Økonomiske og administrative konsekvenser

En fjernelse af klagesagsbehandlingen fra embedslægerne vil frigøre ressourcer i embedslægevæsenet. Det forudsættes i den forbindelse, at Patientklagenævnet tilføres flere ressourcer.

Det forudsættes endvidere, at forslaget vedrørende fjernelse af klagesagsforberedelsen fra embedslægerne lægges til grund for Sundhedsstyrelsens udvalg vedrørende embedslægevæsenets

fremtidige opgaver og organisation.

Til brug for de videre overvejelser vedrørende embedslægevæsenet og klagesagsbehandlingen er der i det følgende foretaget nogle foreløbige beregninger og vurderinger:

Embedslægerne (inkl. Stadslægen i København) har ifølge en spørgeskemaundersøgelse foretaget i marts 1996 til brug for analysegruppens rapport i 1995 brugt 19,7 årsværk til behandling af patientklagesager. Heraf udgjorde de anvendte AC-ressourcer (læger i lønramme 37) 12 årsværk eller godt 60%, medens HK-personale tegnede sig for de resterende 8 årsværk eller knap 40% af ressourceforbruget.

Bevillingen til klage- og tilsynsvirksomhed for embedslægerne, ekskl. Stadslægen, udgør 9,4 mio. kr. eller godt 20% af den samlede finanslovsbevilling til embedslægevæsenet i 1996, jf. tabel 1 i afsnit 6.1.3. Der er i 1996 på finansloven afsat i alt 95,5 årsværk til embedslægeinstitutionerne, heraf 35,1 mio. kr. i lønsum. Der er 52 årsværk i lønramme 37 og 43,5 årsværk tilhører de øvrige lavere lønrammer (HK-personale m.fl.).

Stadslægeembedet er finansieret af Københavns Kommune. Det antages i den forbindelse, at Stadslægen bruger 1 årsværk i lønramme 37 og 1 HK-ansat til klagesagsbehandlingen. Det skønnes således, at Stadslægen bruger ca. 1,0 mio. kr. til klage- og tilsynsvirksomhed, jf. i øvrigt tabel 2 i afsnit 6.1.3.»

Fjernelse af klagesagsbehandlingen fra embedslægerne vil således frigøre ressourcer dels vedrørende aflønning af 11 embedslæger og 7 HK-personale, dels vedrørende driftsmæssige besparelser. Hertil skal lægges 2 årsværk brugt af Stadslægen.

Embedslægeinstitutionernes ressourcer (ekskl. Stadslægen) brugt

til klagesagsbehandlingen skønnes til at udgøre ca. 7,2 mio. kr. i 1996-prisniveau. De resterende 2,2, mio. kr. af finanslovsbevillingen for 1996 forudsættes brugt til embedslægeinstitutionernes tilsynsopgaver.

10.4. Retssikkerhedsgarantier

10.4.1. Genoptagelse af sager ved uafhængig opmand

Det i kapitel 9 anbefalede forslag om pligt til at genoptage en klagesag, såfremt en uafhængig opmand godkender dette, kræver ændring af lov nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. (reguleres som en ny særskilt bestemmelse - § 19 a).

Genoptagelse af klagesager ved uafhængig opmand skønnes at koste ca. 1,0 mio. kr. årligt. Heri er medregnet løn til opmanden, afholdelse af ekstra nævnsmøder, indhentelse af nye udtalelser fra faglige konsulenter m.v.

10.4.2. Absolut forældelsesfrist

Den foreslåede indførelse af en absolut forældelsesfrist på ikke over 5 år (alternativt 2-3 år) kræver ændring af § 22 i centralstyrelsesloven, idet der skal tilføjes et nyt stk. 2.

Den absolutte klagefrist medfører efter udvalgets opfattelse kun en marginal reduktion af klagesagsantallet.

10.4.3. Formandens og sekretariatets adgang til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Der er ikke flertal for dette forslag, men såfremt der gives både nævnets formand og sekretariatet adgang til på nævnets vegne at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl, vil denne bemyndigelse kræve ændring af centralstyrelseslovens § 20, stk. 2, idet den nugældende bestemmelse alene omfatter formanden.

10.4.4. Eventuel placering af nævnets formandskab hos én eller flere medarbejdere i Patientklagenævnets sekretariat

Der er delt opfattelse i udvalget af dette forslag, men en placering af formandskabet hos én eller flere medarbejdere i **Patientklagenævnets** sekretariat vil kræve ændring af centralstyrelseslovens § 16, stk. 2, hvorefter ministeren udpeger formændene, der skal opfylde de almindelige betingelser for at kunne beskikkes som landsdommer.

Bilag 1

Amtsrådsforeningens notat af 28. november 1996

Etablering af én eller flere forsøgsordninger med decentrale patientklagenævn

/. Indledning

På baggrund af Amtsrådsforeningens skrivelse af 13. maj 1996 til Sundhedsministeriet, hvori foreningen fremsatte ønske om at drøfte forsøg med decentrale patientklagenævn, meddelte Sundhedsministeriet, at denne problemstilling ville blive medtaget i Ministeriets Udvalg vedrørende patienters klageadgang på sundhedsområdet.

På baggrund af drøftelserne i Udvalget og materiale fra bl.a. Frederiksborg, Vejle, Viborg og Ringkjøbing amter, fremsendes hermed et oplæg til forsøg.

//. Baggrunden for Amtsrådsforeningens forslag om en vis decentralisering af klagesystemet

Når Amtsrådsforeningen finder, at der bør ske en vis decentralisering af patientklagesystemet, skyldes det to forhold:

- 1) Det nuværende centrale patientklagesystem har givet anledning til kritik fra flere sider.
- 2) Der er behov for nytænkning på klageområdet inden for sund-

hedsvæsenet.

Ad 1. Kritikken

Det er Amtsrådsforeningens udgangspunkt, at Patientklagenævnet generelt har en høj kvalitet i sin sagsforberedelse og i sine afgørelser, og at nævnet er uvildigt i sine vurderinger.

Den myndighed, som behandler patientklager, må imidlertid regne med kritik. Det er sjældent muligt at tilfredsstille såvel klager som indklagede i en klagesag, og den kritik af Patientklagenævnet, som bygger på dette skisma, er irrelevant for vurderingen af Patientklagenævnets virksomhed.

Amtsrådsforeningen lægger alene vægt på den del af kritikken, som kan imødekommes ved en anden organisering af klagesystemet:

- Fra patientside har kritikken ofte gået på den meget lange sagsbehandlingstid, men der er heller ikke tvivl om, at mange patienter føler det som en betydelig mangel, at de i det nuværende system ikke har mulighed for at få foretræde for klagenævnet og give en personlig mundtlig fremstilling af deres klage.
- Fra lægeligt hold er det fremført, at det nuværende patientklagesystem ikke giver indklagede tilstrækkelig retssikkerhed, og man har bl.a. peget på, at der er behov for en ankemulighed og en mulighed for den indklagede sundhedsperson til at få foretræde for nævnet for at kunne fremføre sin redegørelse af sagen. Det fremgår generelt, at den lange sagsbehandlingstid er en belastning og at man savner lokal rådgivning om disse klagesager.

- Amterne finder generelt, at det centrale klagesystem i for ringe udstrækning bidrager til at forbedre sygehusvæsenets service- og kvalitetsudvikling. Patientklagerne vedrørende sygehusvæsenet rettes mod amtskommunalt ansatte sundhedspersoner, som tegner sygehusvæsenets service og image udadtil. De ansvarlige sundhedsmyndigheder bliver imidlertid ikke inddraget i klagerne på en konstruktiv måde, men får alene en tilbagemelding, når sagen efter 1-3 år er blevet færdigbehandlet centralt.

Den centrale behandling af klagerne og den lange sagsbehandlingstid gør det vanskeligt for sygehusmyndighederne at benytte klagesagerne til hurtigt og effektivt at rette op på u hensigtsmæssigheder i tilrettelæggelsen af arbejdet eller i den service og kommunikation, som sygehusvæsenet yder over for patienterne.

Det er Amtsrådsforeningens opfattelse, at disse kritikpunkter vanskeligt kan løses i det centrale klagesystem, idet de forudsætter en lokal medvirken i klagesagerne.

Ad 2. Nytænkning på klageområdet

I sygehusvæsenet, som årligt har ca. 1,1 million udskrivninger, op mod 5 millioner ambulante besøg og omkring 100.000 ansatte medarbejdere, er det uundgåeligt, at der sker misforståelser, kommunikationssvigt, fejl og fejlskøn. Kun i en ringe procentdel af tilfældene giver det anledning til klager.

På den baggrund er det nødvendigt med en realistisk holdning til klagesagerne. Klagesystemet skal afdramatiseres og primært bruges til at hindre gentagelse og til at fremme kvaliteten af patientbehandlingen.

Det fremgår af Patientklagenævnets årsberetning, at ca. 75 pct. af alle klager vedrørende sygehusvæsenet, der indbringes for Patientklagenævnet, bliver afvist.

De 75 pct. **afviste** klager må nødvendigvis være udtryk for, at patienterne - på en eller anden måde - har haft en fejlagtig opfattelse af den behandling og undersøgelse, de har modtaget. De kan have haft en forkert opfattelse af deres egen sygdomstilstand og for store forventninger til behandlingsmulighederne og den service, der kan eller bør ydes fra personalets side, typisk lægernes side.

En betydelig del af disse klager beror givetvis på svigtende kommunikation mellem læge og patient, ganske simpelt fordi man har talt forbi hinanden. Det kan skyldes patienten, som i kraft af situationen har haft vanskeligt ved at forstå eller acceptere lægens vurderinger, men det kan selvfølgelig også skyldes lægens manglende evne til at udtrykke sig på en for patienten forståelig måde.

Det centrale Patientklagenævn er i sin organisation og krav til retssikkerhed indrettet på de 25 pct. af klagerne, som udløser kritik, men det er ikke indrettet på at løse kommunikationsproblemer, som ofte kan være knyttet til grundløse klager.

Amtsrådsforeningens forslag om decentralisering af klagesagsbehandlingen tager primært sigte på de 75 pct. af sagerne, hvor klagerne er grundløse, men hvor der kan forekomme kommunikationsproblemer eller mulighed for at løse problemerne ved en hurtig lokal indsats.

I den forbindelse lægger Amtsrådsforeningen megen vægt på de positive erfaringer amterne og tandlægerne har fra det centrale klagesystem på tandlægeområdet. Der kan herudover henvises

til, at der i Norge findes et decentralt klagenævn.

Sammenfattende er det Amtsrådsforeningens forventning, at man ved at decentralisere dele af patientklagesystemet kan få et system, som indebærer fordele for de indklagede sundhedspersoner, for patienterne og for bestræbelserne på at forbedre sundhedsvæsenets service og kvalitet.

///. Bærende hensyn bag Amtsrådsforeningens forslag til klagesystem på sundhedsområdet

Det samlede klagesystem skal tilgodese følgende bærende hensyn:

- 1) For patienterne må det være et krav, at klagesystemet indeholder retsgarantier i form af uvildighed, faglig og juridisk ekspertise, aktindsigt, partshøring og adgang til mundtligt at fremføre sine synspunkter. For patienten er det givetvis også væsentligt, at sundhedsvæsenet følger op på deres kritik.
- 2) Den indklagede sundhedsperson har krav på retsgarantier. Det er disse personers handlinger der klages over, og som der eventuelt iværksættes sanktioner over for. Klageinstansen skal derfor være uvildig og råde over faglig ekspertise, og den indklagede sundhedsperson skal have ret til aktindsigt, partshøring og mulighed for personligt fremmøde.
- 3) Det væsentligste formål med klagesystemet er at sikre samfundets interesse i, at den faglige standard og autorisationslovene for sundhedspersonerne efterleves. Systemet skal således tilgodese de ansvarlige sundhedsmyndigheders interesse i, at der - i samarbejde med de involverede sundhedspersoner - kan ske de fornødne justeringer i behandlings- og servicetilbudde-

ne, og således at der kan sættes ind med henblik på at forebygge fejl.

Det er herudover et bærende hensyn, at klagesystemet i sig selv skal fungere hurtigt, rationelt og økonomisk forsvarligt.

IV. Afgrænsning af de decentrale nævns virksomhed

Det er Amtsrådsforeningens opfattelse, at det er nødvendigt - indtil erfaringerne gennem forsøgene er opnået - at afgrænse de decentrale klagenævns opgaver.

A. Hvilke institutioner og personalegrupper skal det decentrale klagenævn behandle klager over?

Amtsrådsforeningen finder, at det primært er den virksomhed, der foregår på sygehusene, der skal være omfattet af de decentrale nævns virksomhed.

Det betyder, at alle de personalegrupper på sygehusene, som er opregnet i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 76 af 31. januar 1994 om persongrupper på sygehusene omfattet af Patientklagenævnets virksomhed bør være omfattet af de decentrale nævns virksomhed, i det omfang de udfører behandlinger, undersøgelser og pleje på sygehusene.

Nogle af disse faggrupper, f.eks. apoteker, psykologer og tandlæger, har dog så begrænset virksomhed på sygehusene, at klageantallet vil blive så sparsomt, at det bør overvejes om det er muligt at samle tilstrækkelig erfaring i de decentrale klagenævn eller klagerne bør sendes direkte til det centrale klagenævn.

Inden for den primære sundhedstjeneste finder Amtsrådsforeningen det hensigtsmæssigt, at alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger bliver omfattet af ordningen. I lyset af de gode erfaringer med lokale klagenævn på tandlægeområdet, finder Amtsrådsforeningen, at der vil være en betydelig gevinst for alle parter på dette område.

For praktiserende tandlæger er der allerede i dag etableret et velfungerende lokalt klagesystem, så disse bør ikke være omfattet.

For så vidt angår de "private" apoteker, praktiserende kiropraktorer, fysioterapeuter, fodterapeuter og psykologer bør det også overvejes, om disse skal medtages, da antallet af klagesager er begrænset.

B. Hvilke klagetyper skal de decentrale nævn behandle?

Amtsrådsforeningen finder, at de decentrale klagenævn skal behandle de samme klagetyper, som i dag behandles i det centrale Patientklagenævn, dvs.

- klager over sundhedspersonernes faglige virksomhed,
- klager over mangelfuld information om behandlingen,
- klager over brud på tavshedspligten,
- klager i forbindelse med udstedelse af attester, og
- klager over afslag på aktindsigt.

Herudover er der en lang række klagemuligheder inden for sundhedsområdet, f.eks. over ventetider på sygehuse, klager over afslag på kaution, klager over afslag på befordring og befordringsgodtgørelse, klager over forhold, der er behandlet i sygesikringens overenskomster og klager over tandlægefaglig-

ge forhold m.v.

Disse forhold skal ikke være omhandlet af de decentrale klagenævns kompetence, men klagenævnet skal visitere klagerne til den rette instans.

Det samme gælder for en række klager og klageveje inden for det psykiatriske område.

På baggrund af erfaringerne med forsøgene vurderes det, om yderligere klagetyper kan indgå i det decentrale klagesystem.

C. Hvilke afgørelser skal de decentrale klagenævn kunne træffe?

Det centrale Patientklagenævns afgørelser kan have følgende indhold:

1. Patientklagenævnet finder, at vedkommende sundhedsperson ikke har overtrådt den pågældende autorisationslovs regel om, at der skal udvises omhu og samvittighedsfuldhed.
2. Patientklagenævnet finder, at der ikke er sket overtrædelse af autorisationslovgivningen m.v., jf. nr. 1, men nævnet giver i en tilføjelse udtryk for, at den pågældende sundhedsperson konkret - i en eller flere nærmere angivne situationer - burde have handlet mere hensigtsmæssigt.
3. Patientklagenævnet finder, at en sundhedsperson i forbindelse med det hændelsesforløb, der klages over, har overtrådt vedkommende autorisationslov, fordi den pågældende i en eller flere konkrete situationer ikke har været tilstræk-

keligt omhyggelig og samvittighedsfuld.

Patientklagenævnet kan i forbindelse med en sådan afgørelse indskærpe, at den pågældende sundhedsperson er mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit fremtidige virke.

4. Patientklagenævnet anmodet anklagemyndigheden om at rejse tiltale for overtrædelse af vedkommende autorisationslov, fordi den pågældende sundhedsperson under nærmere angivne omstændigheder i det påklagede hændelsesforløb, efter nævnets opfattelse, har gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse.
5. Patientklagenævnet finder, at anmodning om aktindsigt i konkret angivne helbredsoplysninger skal imødekommes, alternativt, at et afslag på aktindsigt har været berettiget.
6. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltræder/ændrer den afgørelse om tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og/eller beskyttelsesfiksering m.v., der er truffet af det lokale psykiatriske patientklagenævn i vedkommende amt.
7. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn konstaterer, at påstand står mod påstand for så vidt angår hændelsesforløbet.

Det er Amtsrådsforeningens opfattelse, at afgørelser, som kan have alvorlige konsekvenser for den indklagede sundhedsperson, altid skal afgøres af det centrale Patientklagenævn i 1. instans. Det gælder de under punkt 3 og 4 nævnte afgørelser.

Det samme gælder de under punkt 6 nævnte afgørelser, hvor der allerede er truffet afgørelse i de lokale psykiatriske patientklagenævne i vedkommende amt.

De decentrale klagenævn skal kunne træffe de under punkt 1, 2, 5 og 7 nævnte afgørelser, hvor konsekvenserne for den indklagede sundhedsperson er meget begrænsede. Disse afgørelser udgør omkring 75 pct. af det centrale Patientklagenævns afgørelser.

Herudover skal nævnet kunne træffe afgørelser om, at sagen **oversendes** til det centrale Patientklagenævn, feks. fordi

- sagen kan indebære mulighed for alvorlige sanktioner,
- sagen kan kræve særlig sagkundskab,
- sagen er principiel, og
- det decentrale nævn bør ikke behandle sagen på grund af habilitetsproblemer.

For så vidt angår klager, som må afvises, fordi der ikke er grundlag for faglig kritik af den indklagede sundhedsperson, bør de decentrale klagenævn vurdere, om de skal oversendes til amtet til eventuel videre foranstaltning.

Patientklagen kan godt belyse kommunikationssvigt, manglende service og uheldig tilrettelæggelse af arbejdet, forhold som er væsentlige for sundhedsmyndigheden, de involverede afdelinger og de involverede læger at blive gjort bekendt med, så forholdene kan blive ændret.

V. Sammensætning, sekretariatsbetjening og embedslægerens medvirken

A. Det decentrale nævns sammensætning

Amtsrådsforeningen finder, at det er vigtigt, at de decentrale patientklagenævn har samme grad af uvildighed som centrale Patientklagenævn, dvs. at nævnets medlemmer principielt opfylder de krav, der stilles i centralstyrelseslovens § 16.

Det betyder,

at formand og næstformand skal opfylde de almindelige betingelser for at kunne beskikkes som landsdommer, og

at der udpeges et antal medlemmer, som er ligeligt fordelt mellem lægmænd og medlemmer med en faglig baggrund.

Det samlede antal udpegede medlemmer vil naturligvis være langt mindre i det decentrale nævn, og for så vidt angår en række personalegrupper, bør det vurderes konkret, om der er grundlag for at udpege repræsentanter, hvis det er mere hensigtsmæssigt, at sagerne i 1. instans behandles i det centrale Patientklagenævn.

Da et væsentligt formål med de decentrale nævn er at give patienterne og de indklagede sundhedspersoner mulighed for mundtligt at forelægge deres sag for nævnet er det vigtigt, at nævnet ikke bliver for stort.

Da nævnet i øvrigt kun kan træffe afgørelser af begrænset rækkevidde, og da alle afgørelser kan ankes, finder Amtsrådsforenin-

gen, at det vil være tilstrækkeligt, om nævnet ved afgørelsen af de enkelte sager består af

- formand eller næstformand,
- et fagligt medlem, og
- et lægmandsmedlem.

B. Sekretariat og embedslægernes medvirken

Ligesom i det centrale Patientklagenævn kræver de centrale nævn en sekretariatsmæssig forberedelse af sagerne.

Denne forberedelse omfatter to forhold:

1. En faglig sagsoplysning og vurdering af behandlingsforløbet, og
2. en administrativ/juridisk sagsbehandling og vurdering.

Ad 1. Faglig sagsoplysning og vurdering af behandlingsforløbet

Allerede i dag foregår den faglige sagsoplysning og vurdering i embedslægeinstitutionerne, og det er oplyst, at embedslægernes vurdering i langt hovedparten af sagerne følges af det centrale Patientklagenævn. Det viser, at embedslægerne i langt de fleste tilfælde har tilstrækkelig sagkundskab til at vurdere disse sager. Den virksomhed embedslægerne udfører i forbindelse med klagesagerne er en integreret del af deres tilsynsvirksomhed.

Amtsrådsforeningen finder på den baggrund, at embedslægerne bør varetage den faglige sagsoplysning og vurdering over for de decentrale patientklagenævne.

Såfremt embedslægerne har behov for at kunne trække på særlig

ekspertise, bør de - ligesom det centrale Patientklagenævn - kunne indhente vurderinger fra specialister.

I kraft af embedslægens tilsynsfunktion kan denne altid træffe beslutning om, at klagesagen, uden behandling i det decentrale nævn, anmeldes til Sundhedsstyrelsen eller det centrale Patientklagenævn.

Ad 2. Det juridiske/administrative sekretariat

Det administrative sekretariat vil blive meget begrænset, og det vil i hvert fald i en forsøgsperiode være vanskeligt at tiltrække kvalificerede medarbejdere.

Det er derfor Amtsrådsforeningens opfattelse, at det vil være hensigtsmæssigt, at formanden for det decentrale nævn samtidig er leder af sekretariatet.

For at sikre, at der i forsøgsperioden kan være erfarne jurister og sagsbehandlere til rådighed for nævnet, finder Amtsrådsforeningen det hensigtsmæssigt, at forsøgsamterne stiller den fornødne sekretariatsbistand til rådighed for nævnet.

VI. Sagsgangen i forbindelse med de decentrale patientklagenævn

Amtsrådsforeningen forventer, at følgende sagsgang vil være hensigtsmæssig:

- Alle klager indgives til det decentrale patientklagenævn. Nævnets sekretariat tager herefter stilling til, om klagen kan antages efter samme retningslinier som det centrale Patientklagenævn. Nævnets sekretariat kan i den forbindelse rådspørge

Embedslægeinstitutionen.

- Når en klage er antaget, overgives den til Embedslægeinstitutionen, som iværksætter de nødvendige undersøgelser, jf. embedslægernes nuværende undersøgelser og sagsbehandling.

Embedslægen vurderer, om sagen falder ind under det decentrale patientklagenævns kompetence.

Såfremt han vurderer, at dette er tilfældet, overgives sagen til nævnets sekretariat, som sørger for, at den bliver forelagt for klagenævnet. Klager og indklagede tilbydes at fremføre deres synspunkter mundtligt over for klagenævnet, ligesom de tilbydes, at de kan fremføre disse mundtligt over for embedslægen eller sekretariatet.

Klager, som embedslægen skønner indebærer mulighed for alvorlige sanktioner over for den indklagede sundhedsperson, sendes af embedslægen til det centrale Patientklagenævn (uden forelæggelse for det decentrale klagenævn).

- Det decentrale patientklagenævn træffer de foran under 4.C nævnte afgørelser.

Såvel klager som indklagede kan indbringe nævnets afgørelse for det centrale Patientklagenævn.

VIL Økonomi

For så vidt angår sekretariatsbetjeningen af de lokale nævn er det forudsat, at udgifterne hertil afholdes af de respektive forsøgssamter.

Udgifterne i forbindelse med embedslægerens funktion afholdes som hidtil af Staten, idet det herved er forudsat, at embedslægerens funktion svarer til den forberedende sagsbehandling, der i dag foregår i henhold til lovgivningen.

Eventuelle udgifter i forbindelse med afholdelse af møder i lokale nævn - honorarer, udgifter til transport m.v. - forudsættes drøftet mellem Amtsrådsforeningen og Sundhedsministeriet.

Bilag 2

Embedslægeforeningens skrivelse af 11. januar 1997

Embedslægeforeningens generelle særudtalelse til betænkningen "Patienters klageadgang på sundheds- området"

Embedslægernes rolle i klagesagsbehandlingen

Tilsyn med sundhedsforholdene og med sundhedspersoners virke er blandt embedslægernes vigtigste opgaver. Overordnet skal embedslægerne følge sundhedsforholdene i amtet, påse at sundhedslovgivningen overholdes og henlede myndighedernes opmærksomhed på mangler ved de sundhedsmæssige foranstaltninger. På Sundhedsstyrelsens vegne skal embedslægerne føre tilsyn med autoriserede sundhedspersoners virksomhed.

Embedslægernes tilsyn med sundhedspersoner tager sigte på at vurdere, om f.eks. læger og sygeplejersker overholder autorisationslovenes bestemmelser om at være omhyggelig og samvittighedsfuld og ikke begå grove eller gentagne fejl. Det er præcist det samme, klagesager drejer sig om. Behandlingen af klagesager er derfor en vigtig baggrund for embedslægerne for udøvelsen af tilsynet med sundhedspersoner. Med dagens store antal klagesager er behandlingen af patientklager en af de vigtigste komponenter i embedslægernes tilsynsarbejde. Et tilsyn, som både ved-

rører de enkelte sundhedspersoners virke, men som også kan sætte fokus på funktionen af sygehus, plejehjem og almen praksis.

Sundhedsstyrelsen har desuden understreget, at embedslægerne ved behandlingen af klagesager skal være opmærksom på forhold udover klagen, som kan give anledning til kritik. Sådanne forhold skal da behandles som selvstændige tilsynssager. Det gælder f.eks. også, når embedslæger bliver opmærksom på gentagne fejl begået af samme sundhedsperson. Sundhedsstyrelsen har således forudsat, at embedslægerne bruger klagesagsbehandlingen i tilsynsarbejdet.

Embedslægeforeningen står derfor uforstående overfor, at en central del af dagsordenen for det aktuelle udvalgsarbejde har bestået i at argumentere for, at embedslæger bør udgå af behandlingen af patientklager. Som det fremgår af det foranstående, vil fjernelse af arbejdet med klagesager fra embedslægevæsenet være det samme som at svække embedslægernes tilsynsfunktion. Er det departementets hensigt? Er det et politisk ønske?

Af de indsigelser, som fra flere amter er kommet mod tendensen til at centralisere klagesagsbehandlingen på bekostning af embedslægernes lokale funktion, fremgår, at amterne anser, at embedslægernes deltagelse bidrager til 1) nedbringelse af sagsbehandlingstiden, 2) styrkelse af samarbejdet mellem det amtskommunale sundhedsvæsen og det statslige tilsyn, 3) udnyttelse af klagesagerne i kvalitetsudviklingen. Amterne lægger altså betydelig vægt på embedslægernes tilsyn. Det samme gjorde den sundhedsminister, som ved lovændring per 1. januar 1994 henlagde den faglige forberedelse i klagesagsbehandlingen til embedslægerne. Hvad er der siden sket?

Stadig længere behandlingstid for patientklager og opbygning af en pukkel af uafgjorte sager var årsagen til, at Sundhedsministeriet i efteråret 1995 nedsatte en styregruppe, som skulle følge et analysearbejde vedrørende patientklageområdet. I marts 1996 afsluttede styregruppen sit arbejde med en rapport, hvori hovedproblemet påvistes at ligge i Patientklagenævnet. Embedslægerne havde i vidt omfang opfyldt deres forpligtelser. Således havde de udarbejdet indstilling til afgørelse i halvdelen af alle behandlede sager, ligesom den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 10 uger. Men denne hurtige sagsforberedelse hos embedslægerne havde kun fået ringe betydning for den samlede sagsbehandlingstid på grund af de daværende bureaukratiske rutiner i Patientklagenævnet.

Siden har Patientklagenævnet ændret sagsgangen centralt, ligesom samarbejdet mellem embedslæger og Patientklagenævnet er blevet tættere, blandt andet ved anvendelse af ny teknologi. Dobbelarbejde forekommer praktisk taget ikke. Embedslægerne og juristerne i Patientklagenævnet drøfter opgavefordelingen med henblik på optimal ressourceudnyttelse og reduktion af den samlede sagsbehandlingstid. Lokalt bruger embedslægerne i stigende grad klagesagerne i deres tilsyn og medvirker herved til kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenets institutioner. Det er på den baggrund svært at se behovet for at gribe ind i denne positive udvikling med endnu en strukturomlægning, der med stor sandsynlighed vil øge bureaukratiet og samtidig svække embedslægernes mulighed for at anvende den betydelige information om problemerne i sundhedsvæsenets institutioner, som afdækkes ved klagesagsbehandlingen.

Embedslægeforeningen finder grund til at bemærke, at både

Amtsrådsforeningens, Patientforsikringens og Lægeforeningens repræsentanter i udvalget har udtrykt sympati for en fortsættelse af den eksisterende ordning, idet Amtsrådsforeningen og Patientforsikringen tillige har ønsket etableret forsøg med lokale nævn, hvor embedslægerne forudsættes at skulle stå for det faglige sagsforberedende arbejde.

Lokale nævn

Embedslægeforeningen støtter etableringen af sådanne forsøgsordninger, som efter foreningens opfattelse også bør indebære, at de lokale nævn tillægges afgørelseskompetence. Hermed bliver der tale om egentlig 2-instansbehandling, som vil kunne løse problemet med manglende ankemulighed, uden at domstolene behøver at inddrages. Ordningen tilgodeser samtidig to væsentlige punkter i udvalgets kommissorium: 1) ønsket om, at patientens første kontakt til klagesystemet sker lokalt og 2) ønsket om bedre retssikkerhed for såvel klager som indklagede.

Gennemføres en sådan ordning generelt og ikke kun som forsøg, må Sundhedsvæsenets Patientklagenævn forudses helt overvejende at skulle fungere som ankeinstans. Det må medføre en ikke uvæsentlig reduktion i ressourceforbruget i Patientklagenævnet, et ressourceforbrug, der i øvrigt for AC-medarbejderes vedkommende er dobbelt så stort som i embedslægeinstitutionerne, uanset, at det grundlæggende arbejde i alle sager sker hos embedslægerne. Det kan derfor ikke udelukkes, at en generel omlægning til to-instans behandling vil kunne blive udgiftsneutral på grund af rationaliseringsgevinsten centralt.

Etablering af forsøgsordninger, som efter passende tid evalueres, vil kunne vise, om en generel 2-instans behandling vil kunne leve

op til forventningerne om hurtigere sagsbehandling, bedre retssikkerhed for de indklagede og rimelig økonomi.

Administrative og økonomiske og retlige konsekvenser af udvalgets forslag

Embedslægeforeningen finder det ikke korrekt, når det flere steder i betænkningen hævdes, at *et flertal i udvalget* anbefaler fjernelse af klagesagsbehandlingen fra embedslægernes arbejdsområde. Der har netop ikke kunnet opnås noget, der lignede enighed herom i udvalget, hvorfor det også på udvalgets sidste møde blev besluttet alene at redegøre for de divergerende synspunkter og ikke bruge flertals/mindretals betragtningen.

Det er anført, at embedslægevæsenets ressourceforbrug til patientklager i *analysegruppens* rapport blev opgjort til 19,7 årsværk, fordelt på 12 AC og 8 HK. Det er korrekt, at disse tal fremkom ved en spørgeskemaundersøgelse, som Økonomistyrelsen udarbejdede. Der er dog dels ikke tale om nogen egentlig opgørelse, men alene et skøn, og dels må det erkendes, at embedslægerne for at leve op til de krav, som der efter 1.1.1994 blev stillet til deres sagsbehandling af klagesager har måttet foretage midlertidige omprioriteringer; men efterhånden som embedslægerne har fået indarbejdet rutiner for sagsbehandlingen, støttet af EDB og faste paradigmer m.v., er den nævnte ressourceanvendelse næppe helt realistisk.

Dertil kommer, at de embedslæger, som i en embedslægeinstitution behandler klagesager, også samtidig varetager andre opgaver, f.eks. med besvarelse af telefoniske forespørgsler. En reduktion af embedslægevæsenets ressourcer, som den, der lægges op til i betænkningen, vil derfor have betydelig og negativ indflydel-

se på institutionernes samlede virksomhed. Embedslægeforeningen har derfor i kommentarer til tidligere udkast til betænkningen givet udtryk for, at en så drastisk nedskæring i bemanningen af institutionerne må rejse tvivl om, hvorvidt embedslægeinstitutionerne herefter vil være i stand til at udføre deres lovbestemte opgaver.

Bilag 3

Sundhedsvæsenets Patientklagenævns notat af 27. november 1996

Notat om retssager anlagt af Lægefor- eningen mod Patientklagenævnet

1. DADL som mandatar for overlægerne A og B mod PKN:

En kvinde havde overfor 2 psykiatriske overlæger tilkendegivet, at hun nu ville forlade afdelingen med henblik på at begå selvmord. På forespørgsel fra lægerne frabad hun sig udtrykkeligt, at lægerne kontaktede hendes far, hos hvem hun boede. Lægerne vurderede ikke, at kvinden var i en sådan tilstand, at der var grundlag for at tvangsindlægge hende, men efter at have konsulteret den lokale politimester orienterede overlægerne telefonisk faderen om kvindens udskrivning og selvmordstrussel. Kvinden klagede til PKN over brud på tavshedspligten.

Østre Landsret fandt ved dom af 11. juni 1996, at PKN havde savnet føje til i sin afgørelse af 14. september 1992 at udtale, at overlægerne havde overtrådt deres tavshedspligt. I domspræmisserne hedder det, at en selvmordstrussel er omfattet af den lægelige tavshedspligt, men at det beror på et skøn, i hvilket omfang bl.a. hensynet til andres tarv kan berettige til brud på tavshedspligten. Da selvmord kan være en voldsom begivenhed for omgivelserne, fandt retten ikke grundlag for at fastslå, at lægerne ved at underrette en så nært pårørende som faderen havde overskredet grænserne for dette skøn.

Bemærk: Dommen er meget konkret begrundet.

2 Overlæge C mod PKN:

Patientklagenævnet traf i marts 1995 afgørelse i en indberetningssag fra Sundhedsstyrelsen. Ved afgørelsen fandt nævnet, at de stuegangsgående læger på en psykiatrisk afdeling havde overtrådt lægeloven ved deres ordination og kontrol af antikoagulationsbehandlingen af en senere afdød patient. Nævnet meddelte i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens indberetning efter omstændighederne denne kritik til den administrerende overlæge.

Overlægen udtog stævning mod PKN med påstand om, at nævnet havde været ubeføjet til at meddele overlægen kritik. Nævnet ophævede afgørelsen, allerede fordi Sundhedsstyrelsen efterfølgende meddelte nævnet, at styrelsen ikke havde haft til hensigt at indberette de stuegangsgående læger for PKN, og sagen kunne derfor ikke betragtes som indberettet for nævnet.

Bemærk: Den del af sagen, der vedrører de stuegangsgående lægers forhold og dermed tilkendegivelsen overfor den administrerende overlæge, ville ikke i dag være blevet indbragt for nævnet. PKN behandler i dag alene indberetningssager mod sundhedspersoner, som efter Sundhedsstyrelsens vurdering har overtrådt autorisationslovgivningen.

5. DADL som mandatar for L reservelæge D mod PKN:

Ved afgørelse af 12. august 1994 fandt PKN, at en 1. reservelæge ikke havde været tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld i forbindelse med en røntgenundersøgelse. Sagsbehandlingen var påbegyndt i Sundhedsstyrelsen før omlægningen af klagesy-

stemet.

Østre Landsret ophævede ved dom afsagt 12. november 1996 PKN's afgørelse som ugyldig, idet landsretten fandt, at 1. reservelægen ikke med den fornødne klarhed var blevet underrettet om, at han var indklaget for nævnet.

Bemærk: Klagen blev indbragt forud for omlægningen af klagesystemet den 1. januar 1994. PKN sikrer nu i forbindelse med partshøring, at såvel klager som de indklagede sundhedspersoner får mulighed for at kommentere og eventuelt korrigere grundlaget for afgørelsen. Dette sker gennem en præcisering af såvel en klagesags sundhedsfaglige problemstillinger som det faktiske grundlag for nævnets afgørelse.

4. DADL som mandatar for 1. reservelæge E mod PKN:

Sagen opstod forud for omlægningen af klagesystemet. Ved afgørelse af 9. februar 1994 fandt PKN, at 1. reservelægen havde overtrådt lægeloven ved som ansvarlig for anæstesi ikke havde indhentet de nødvendige informationer vedrørende en ordineret røntgenundersøgelse af patientens spiserør, idet der som konsekvens af disse informationer burde have foretaget ventrikeltømmning på patienten forud for anæstesiindledningen.

DADL udtog på vegne 1. reservelægen stævning med påstand om, at PKN måtte anerkende at have savnet føje til at tildele 1. reservelægen en beklagelse. PKN havde allerede på dette tidspunkt genoptaget sagen og fandt ved en ny afgørelse af 24. juli 1995, at 1. reservelægen ikke havde overtrådt lægeloven, idet 1. reservelægen ved udspørgen af patienten havde søgt at sikre sig, at patienten var fastende inden bedøvelsen, og da det ikke fremgik af journalen, at fasteperioden rent faktisk var blevet brudt ved

en af neurokirurgisk afdeling ønsket røntgenundersøgelse.

5. DADL som mandatar for overlæge F mod PKN:

Ved afgørelse af 24. marts 1993 - dvs. *forudfor omlægningen af klagesystemet den 1. januar 1994* - meddelte PKN kritik af overlæge F for som den ansvarlige for journalføringen på afdelingen ikke at have draget omsorg for, at journalføringen blev foretaget på en sådan **måde**, at det altid efterfølgende kan identificeres, hvem der er ansvarlig for de enkelte undersøgelser, vurderinger og behandlinger.

DADL udtog en stævning mod PKN med påstand om, at nævnet havde savnet føje til at tildele overlægen en beklagelse. PKN genoptog behandlingen, idet afgørelsen ikke opfyldte forvaltningslovens krav til begrundelse. Ved fornyet afgørelse af 28. august 1995 fandt PKN, at overlægen ikke havde overtrådt lægeloven, idet overlægen ikke fandtes at være ansvarlig for, at en reserve-læge på afdelingen ikke havde signeret sit journalnotat.

Bilag 4

Den Almindelige Danske Lægeforenings skrivelse af 10. januar 1997

Særudtalelse fra Lægeforeningens repræsentant Torben Pedersen i Sundhedsministeriets udvalg vedrørende revision af patienters klageadgang på sundhedsområdet

Ved stillingtagen til indklagede sundhedspersoners retssikkerhed har Sundhedsministeriet ønsket, at udvalget skulle foretage en afvejning mellem hensynet til hurtig og billig sagsbehandling over for de sanktioner, der kan udøves over for indklagede, og de rettigheder, som patienter kan opnå ved at klage. Lægeforeningen finder ikke, at udvalgets anbefalinger er tilstrækkelige til at sikre et patientklagesystem, der yder indklagede sundhedspersoner fair trail.

Lægeforeningen, hvis medlemmer rammes af 80% af alle klager ved Patientklagenævnet, har begrundet sit ønske om forbedring af retssikkerheden med følgende konsekvenser for de indklagede:

Det er en betydelig psykisk belastning for en læge og dennes pårørende at modtage kritik for forsømmelighed fra Patientklagenævnet. Klagesager opstår ofte som konsekvens af ulykkelige sygdoms- og behandlingsforløb med tragisk udgang. For læger,

som har ansvar for menneskers helbred, kan selv den mindste kritik fra Patientklagenævnet få konsekvenser, som ikke kan sammenlignes med den belastning, der følger af kritik inden for anden professionsudøvelse. En læge, der modtager kritik for f.eks. ikke i tide at have diagnosticeret et meningitis- eller kræfttilfælde med dødelig udgang, kan føle kritikken som en drabsanklage, hvilket ofte understøttes af udtalelser fra pårørende og fremtrædende pressedækning. Stigningen i antallet af klagesager er en hovedårsag til, at Lægeforeningen har måttet etablere et landsdækkende kollegialt netværk, hvor læger i krise kan søge rådgivning om deres personlige problemer.

Klager til Patientklagenævnet indgives stadig oftere af advokater med henblik på vurdering af, om der er grundlag for senere erstatningssøgsmål mod læger i den primære sundhedssektor. Nævnets virksomhed kan derfor have betydelige økonomiske konsekvenser for lægen og dennes forsikringsselskab.

Patientklagenævnet udtaler sig også om, hvorvidt strafsanktionerede lovbestemmelser er overtrådt. F.eks. er det forbundet med strafansvar, hvis en læge overtræder tavshedspligten eller ikke udviser tilstrækkelig objektivitet i forbindelse med sin virksomhed, eller hvis gældende indberetningspligter og forskrifter for journalføring m.v. ikke overholdes. Lægeforeningen finder, at det er et betydeligt retsskridt, at et offentligt nævn udtaler sig om, hvorvidt en person har overtrådt en strafsanktioneret lovbestemmelse, uden at denne vurdering kan påklages til en retsinstans.

Lægeforeningen må fastholde kravet om en "ankemulighed", der sikrer de indklagede for Patientklagenævnet et minimum af retssikkerhed. Lægeforeningen er klar over, at enhver ankemulighed kan være både forsinkende og fordyrende for Patientklagenævnet som instans, men Patientklagenævnets status hos både patienter og professionelle afhænger af, at de normale sikkerhedsgarantier

i nødvendigt omfang sikrer nævnets troværdighed.

Lægeforeningen beklager på denne baggrund, at udvalgets flertal ikke tilslutter sig foreningens forslag til en smidig ankemulighed, hvorefter sundhedspersoner, som modtager disciplinær påtale for pligtforsømmelser, automatisk får adgang til at begære afgørelsen prøvet ved underretten. Under disse omstændigheder finder Lægeforeningen imidlertid, at det vil være en forbedring af retssikkerheden i forhold til i dag, hvis der indføres en uafhængig opmand, som selvstændigt kan tage stilling til anmodninger om genoptagelse af sager fra sundhedspersoner, der er blevet tildelt kritik. Det bemærkes herved, at Lægeforeningen lægger betydelig vægt på, at opmanden sikres uafhængighed i sine vurderinger uanset hans stillingsmæssige forankring i Patientklagenævnets sekretariat. Lægeforeningen er enig i, at opmandsfunktionen skal varetages af en person med juridisk baggrund, men finder det mindre konsekvent, at opmanden kun kan træffe beslutning om genoptagelse på grundlag af konstateret usikkerhed om den sundhedsfaglige vurdering, der ligger til grund for en nævnsafgørelse. Lægeforeningen finder, at opmandens pålæg om fornyet behandling af en sag skal kunne begrundes med såvel tvivl om det sundhedsfaglige skøn, der er lagt til grund for afgørelsen, som med eventuelle processuelle mangler i sagsbehandlingen.

