



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Årsberetning for 2016

– for udvalgte dele af styrelsens virksomhed

Styrelsen for Patientsikkerhed

September 2017

Kolofon

Titel på udgivelsen: Årsberetning for 2016

Udgivet af:
Styrelsen for Patientsikkerhed
Islands Brygge 67
2300 København S

Telefon: 72 28 66 00
E-post: stps@stps.dk

Udgivelsesår: 2017

ISBN: 978-87-998966-7-7

Version: Nr. 1.1.
Versionsdato: September 2017
Opdateret den 27. september 2017

Publikationen er tilgængelig på <http://stps.dk/da/udgivelser>

Indhold

1	Forord	4
2	Patientklager	5
3	Nye mål for sagsbehandlingstider	6
4	Nævnenes virksomhed	7
4.1	Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	7
4.2	Ankenævnet for Patienterstatning	7
4.3	Det Psykiatriske Ankenævn	8
4.4	Abortankenævnet	9
5	Styrelsens afgørelser af klager	10
5.1	Nye sager	11
5.2	Afgørelser og kritik	12
5.3	Genoptagelse	12
5.4	Sagsbehandlingstid	12
6	Dialog	13
6.1	Antal af sager og frafald	13
6.2	Initiativer til øget patientinddragelse	14
6.3	Effekt af patientinddragelse	14
6.4	Ny metode giver gode erfaringer	15
6.4.1	Deltagerne i dialogen	16
6.4.2	Bisidderordningen	16
7	Det Rådgivende Praksisudvalg	18
7.1	Fokus på afgørelser om fejlmedicinering	18
7.2	Fokus på afgørelser om sektorovergange og tryksår	19
7.2.1	Resumé af klagesag 1	19
7.2.2	Resumé af klagesag 2	20
7.2.3	Andre afgørelser fra udvalget	20
8	Patientrettighedsklager	22
8.1	Nye sager	22
8.2	Afgørelser	22
8.3	Genoptagelse	23
8.4	Sagsbehandlingstid	23

8.5	Befordring og befordringsgodtgørelse til patientens ledsager	23
8.6	Aktindsigt til patientens pårørende	25
8.7	Prøvelse af ny praksis i kommunernes afgørelser om lægevalg	27
9	Klager over Udbetaling Danmarks afgørelser	30
9.1	Styrelsen for Patientsikkerheds sager	30
9.2	Modtagne klager og afsluttede sager	30
9.3	Beskrivelse af årsagerne til ændring eller hjemvisning	31
9.3.1	Begravelseshjælp	31
9.3.2	Særligt sundhedskort	32
9.4	Tendenser i sagsbehandlingen	32
9.5	Afsluttende bemærkninger	33
10	International sygesikring	34
10.1	Ny procedure i 2016	34
10.2	Det blå EU-sygesikringskort	34
10.3	Særligt om danske pensionister bosat i udlandet	35
10.4	Fortsat mange refusionssager	35
10.5	Nationale kontaktpunkter	37
10.6	EU-kommissionens rapport om patientmobilitetsdirektivet	37
10.6.1	Forhåndsgodkendelse	37
10.6.2	Borgernes brug af reglerne	38
10.6.3	Refusion	38
10.6.4	Kontakt til de nationale og regionale kontaktpunkter	38
10.6.5	Rapportens konklusion	39
10.7	Udbetalinger og refusioner i International Sygesikring	39
10.7.1	Udgifter	39
10.7.2	Indtægter	40
10.7.3	Overførsler til regioner og kommuner	41
10.8	Arbejdsskader i udlandet	42
10.9	Udvikling gennem årene	43
11	Bilag: Medlemsliste – Det Rådgivende Praksisudvalg	45

1 Forord

I denne årsberetning for udvalgte dele af Styrelsen for Patientsikkerheds virksomhed kan du læse om de dele af styrelsen, som tidligere hørte under Patientombuddet, hvis aktiviteter blev beskrevet i en årlig beretning. Den praksis vil styrelsen gerne fortsætte for 2016 på de samme områder:

- Klager over sundhedsfaglig behandling, herunder dialog hos regionerne
- Det Rådgivende Praksisudvalg
- Klager over brud på patientrettigheder, herunder Udbetaling Danmarks afgørelser
- International sygesikring

Styrelsen for Patientsikkerhed varetager også tilsynsområdet og autorisationsområdet inden for sundhedsvæsenet. De opgaver kan man læse mere om i [styrelsens årsrapport](#).

Styrelsen har udgivet en selvstændig [årsberetning om rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser](#), herunder for styrelsens læringsaktiviteter.

Styrelsen har også samlet en række eksempler på lokale patientsikkerhedsinitiativer, som regioner og kommuner har gennemført i 2016, i "[Patientsikkerhedsrapporten – Bidrag fra Sundhedsvæsenet 2016](#)". Rapporten viser nye tendenser og initiativer på patientsikkerhedsområdet fra hele sundhedsvæsenet, og eksemplerne kan tjene som et fagligt opslagsværk for de mange sundhedsprofessionelle, der arbejder med udvikling, kvalitet og patientsikkerhed rundt omkring i Danmark.

De fire nævn, som Styrelsen for Patientsikkerhed sekretariatsbetjener på klage- og erstatningsområdet, bidrager i hver deres selvstændige årsberetning til udvikling og kvalitet i sundhedsvæsenet ved at udbrede kendskabet til nævnenes afgørelser i konkrete sager. I denne beretning er nævnenes virksomhed derfor kun kort beskrevet. Der er i stedet linket til deres respektive årsberetninger under beskrivelsen af hvert nævn.

På de følgende sider uddybes de aktiviteter, som prægede arbejdet i 2016.

Steffen Egesborg Hansen, Vicedirektør

2 Patientklager

Særligt tre forhold prægede klagesagsbehandlingen i 2016. Der blev tilført midler til afvikling af en pukkel af ældre sager og en ny og mere fleksibel finansieringsmodel blev indført. Samtidig etablerede styrelsen en afdeling i Aarhus som led i regeringens beslutning om udflytning af statslige arbejdspladser.

Ved indgangen til 2016 havde styrelsen en ophobet pukkel på ca. 2.000 ubehandlede klagesager. Ophobningen af klagesager skyldtes bl.a. den daværende finansieringsmodel i kombination med en stigning i sagsmængden på 36 procent fra 2011 – 2015. Finansieringsmodellen indebar, at behandlingen af klagesager var underlagt et omkostningsloft, som blev justeret for ændringer i sagsmængden med et års forsinkelse. Det hæmmede muligheden for at tilpasse bemanningen til det stigende antal sager.

I sommeren 2016 blev finansieringsordningen ændret, så omkostningsloftet blev afskaffet. Herudover fik styrelsen tilført midler til afvikling af de ophobede sager fra før 2016. Disse sager skal med den nye finansieringsordning og de ekstra midler afvikles i 2016 og 2017 samt en mindre del i 1. kvartal 2018.

Styrelsen var ved udgangen af 2016 foran den plan, der er lagt for afvikling af de gamle sager og vil fortsat have fokus på at sikre, at de sidste afsluttes som aftalt primo 2018.

Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Det Psykiatriske Ankenævn (begge nævn sekretariatsbetjenes af styrelsen), afsluttede i 2016 6.953 sager mod 6.440 sager i 2015. Der er tale om en stigning i antallet af egentlige afgørelser, idet der i 2016 blev afgjort 5.119 sager mod 4.555 i 2015. I 2016 blev der afsluttet 1.838 sager uden en egentlig afgørelse mod 1.882 i 2015. Sager, som afsluttes uden en egentlig afgørelse, er sager, som er forældet, og sager, som det ligger uden for styrelsens kompetence at afgøre. De omfatter i 2016 endvidere 510 sager, der blev afsluttet efter lokal dialog.

Regeringen besluttede i oktober 2015 som en del af regeringens udflytningsplaner, at 100 arbejdspladser i Styrelsen for Patientsikkerhed skulle flyttes til Aarhus frem mod 2018. Det blev samtidig besluttet, at det fortrinsvis var klagesagsbehandling, der skulle flyttes. Arbejdet med etableringen af et Aarhus-kontor skulle løbe frem mod 2018.

Aarhus-kontoret blev åbnet 1. april 2016, hvor de første 17 fuldmægtige startede. Styrelsen havde ved udgangen af 2016 etableret ca. 40 arbejdspladser i Aarhus. For at give mulighed for den nødvendige erfaringsudveksling, mindske videnstab og sikre at Aarhus-kontoret fik en god start, blev opbygningen af enheden i Aarhus planlagt til at foregå i etaper. Der blev derfor i 2016 lagt mange kræfter i oplæring fra de erfarne medarbejdere i København. Aarhus-enheden vil løbende have et tæt samarbejde med de kontorer i København, der fortsat oplyser og behandler klagesager.

3 Nye mål for sagsbehandlingstider

Styrelsen og departementet aftalte i 2016 nye mål for den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for de klagesager, styrelsen behandler. Sagsbehandlingstiden afhænger af sagstypen. De sager, som forelægges for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, tager ofte længere tid, fordi de typisk er mere komplicerede og omfatter flere involverede parter.

Nedenfor ses de faktiske sagsbehandlingstider i 2016 for både nye og gamle sager og de sagsbehandlingstider, der er aftalt som mål for sager indgivet efter 2015.

Sagstype	Sagsbehandlingstid i 2016 for alle sager	Mål for sager indgivet efter 2015
Disciplinærnævnsager	15,4 mdr.	11 mdr.
Styrelsessager (behandling)	12,9 mdr.	9 mdr.
Rettighedssager	6,4 mdr.	5 mdr.
Psykiatriske ankesager	4,6 mdr.	6 mdr.
Alle sager	12,4 mdr.	9 mdr.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle patientklagesager faldt fra 12,8 mdr. i 2015 til 12,4 måneder i 2016. Styrelsen har i 2016 overholdt målsætningen for den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for de klager, der er indgivet efter 2015.

4 Nævnenes virksomhed

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, Ankenævnet for Patienterstatning, Det Psykiatriske Ankenævn og Abortankenævnet sekretariatsbetjenes alle af Styrelsen for Patientsikkerhed. Nedenfor er nævnenes virksomhed beskrevet, og der er links til hver af nævnenes årsberetninger.

4.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

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

- klager over sundhedspersoners sundhedsfaglige virke. Dette omfatter blandt andet undersøgelse, diagnose og behandling.
- klager over sundhedspersoners pligter som journalføring, tavshedspligt og videregivelse og indhentelse af helbredsoplysninger, information samt indhentelse af samtykke.
- sager som Tilsyn og Rådgivning oversender - indberetningsager. Det drejer sig om sundhedspersoners faglige virke, hvor Tilsyn og Rådgivning vurderer, at der kan være grundlag for at udtale kritik af en konkret sundhedsperson.

Indberetningsagerne drejer sig om sundhedspersoners faglige virke, hvor styrelsen vurderer, at der kan være grundlag for at udtale kritik af en konkret sundhedsperson.

I 2016 afgjorde Disciplinærnævnet 1864 klagesager. 1396 sager blev afgjort uden, at der blev givet kritik. 428 sager gav anledning til kritik. I 36 sager blev der givet kritik med indskærpelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle afgjorte disciplinærnævnsager var på 15,4 måneder i 2016.

Læs mere om Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns arbejde i [nævnets årsberetning](#).

4.2 Ankenævnet for Patienterstatning

Ankenævnet for Patienterstatningen er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov. Ankenævnet blev oprettet 1. januar 2015 ved en sammenlægning af det tidligere Patientskadeankenævn og Lægemiddelskadeankenævn.

Ankenævnet har til opgave at behandle klager over afgørelser fra Patienterstatningen om erstatning for behandlingsskader og lægemiddelskader.

Ankenævnet tager stilling til, om en patient er kommet til skade som følge af behandling eller undersøgelse i sundhedsvæsenet og/eller om en patient er påført en skade som følge af bivirkninger til et lægemiddel. Nævnet tager også stilling til udmåling af erstatningen for en anerkendt skade.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er ankenævnet sammensat af 10 medlemmer, heraf en formand eller næstformand, to lægesagkyndige medlemmer, en advokat, tre patientrepræsentanter og tre repræsentanter for de driftsansvarlige myndigheder. Formand og næstformænd er alle dommere.

Ankenævnet for Patienterstatningen er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Ankenævnet afgørelser er administrativt endelige.

I 2016 modtog ankenævnet i alt 3.203 nye sager.

Ankenævnet afsluttede i alt 3.128 ankesager, hvoraf 2.717 blev afgjort i nævnsmøder, 281 sager blev afgjort som formandsafgørelser og 130 blev afsluttet på anden vis. 373 sager gav anledning til ændring af Patienterstatningens afgørelse svarende til 13,8 procent.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev lige under 5 måneder.

Ankenævnet holdt 109 møder fordelt på 10 nævnsafdelinger.

Læs mere om Ankenævnet for Patienterstatningens arbejde i [nævnets årsberetning](#).

4.3 Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Ankenævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov. Ankenævnet behandler klager over afgørelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

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

Ankenævnet behandler alle sagerne på nævnsmøder i løbet af året. Det er fem medlemmer, som udgør nævnet. En formand, to speciallæger i psykiatri og to patientrepræsentanter. Formanden er dommer.

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

Ankenævnet fik 207 nye ankesager ind i 2016, som er en stor stigning i forhold til 173 nye sager i 2015.

Det Psykiatriske Ankenævn holdt 9 møder i 2016 og afgjorde 172 ankesager. I 115 sager tiltrådte nævnet Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser og i 47 sager ændrede nævnet afgørelserne. Det svarer til at 66,86 procent blev tiltrådt og 27,32 procent blev ændret. Nævnet hjemviste 5 sager til ny behandling, svarende til 2,91 procent. Af de 207 nye ankesager blev 28 sager afsluttet på anden måde end ved afgørelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev på 4,6 måneder i 2016.

Læs mere om Det Psykiatriske Ankenævns arbejde i [nævnets årsberetning](#).

4.4 Abortankenævnet

Abortankenævnet har til opgave at behandle klager over de afgørelser, der træffes i regionernes samråd. Sagerne vedrører anmodning om tilladelse til abort efter udløbet af 12. graviditetsuge, fosterreduktion og sterilisation. Afgørelserne træffes efter reglerne i sundhedsloven.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er Abortankenævnet sammensat af tre medlemmer, heraf en formand, en speciallæge i gynækologi og en speciallæge i psykiatri. Formanden er dommer.

Abortankenævnet træffer som udgangspunkt afgørelse i en ankesag senest dagen efter modtagelse af klagen. Ankenævnets afgørelser er administrativt endelige.

I 2016 traf Abortankenævnet afgørelse i 34 ankesager.

Abortankenævnet fører også tilsyn med regionernes samråd. Formålet med tilsynet er at sikre en ensartet behandling af sagerne i hele landet. Forpligtelsen bliver opfyldt ved, at samrådene indsender ca. ¼ af de sager, de har haft under behandling, til gennemsyn i Abortankenævnet. Herefter giver Abortankenævnet en tilbagemelding til regionernes samråd.

I 2016 havde Abortankenævnet 228 sager til gennemsyn i forbindelse med tilsynsopgaven.

Læs mere om Abortankenævnets arbejde i [nævnets årsberetning](#).

5 Styrelsens afgørelser af klager

Styrelsen for Patientsikkerhed kan selvstændigt afgøre en række patientklagesager.

Styrelsen er uafhængig, når den behandler klagesager og er dermed ikke undergivet instruktion om de enkelte sagers behandling og afgørelse.

Afgørelser fra Styrelsen for Patientsikkerhed er 'administrativt endelige' og kan ikke indbringes for andre administrative myndigheder.

Afgørelserne falder i to kategorier: Afgørelser på klager over sundhedsfaglig behandling (behandlingsklager), og afgørelser i klagesager over tilsidesættelse af patientrettigheder (rettighedsklager).

Herunder beskrives sagsgangen og nøgletal for behandlingsklager nærmere.

En patient, der ønsker at klage over sundhedsfaglig behandling, har selv indflydelse på, hvordan klagen skal behandles. Patienterne har to valg.

Patienterne har for det første mulighed for at vælge en dialog med regionen, før behandlingen af deres klage går i gang.

For det andet skal patienterne vælge, om de ønsker klagen afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller Styrelsen for Patientsikkerhed.

Afgørelser fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn vurderer konkrete sundhedspersoners sundhedsfaglige behandling, mens afgørelser fra styrelsen vurderer den sundhedsfaglige behandling på et behandlingssted, for eksempel et sygehus, en klinik eller et plejehjem.

Styrelsen har kompetence til at afgøre klager over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed i det offentlige sundhedsvæsen. Vi kan derfor kun afgøre sager, hvor udgifterne til behandlingen helt eller delvist er afholdt af en region, en kommune eller af staten.

Sagerne drejer sig derfor primært om behandling på et offentligt sygehus eller på et privat sygehus efter aftale med regionen, behandling hos alment praktiserende læge og speciallæge eller behandling i den kommunale hjemmesygepleje. Det behandlingssted, som klagen vedrører, får naturligvis lejlighed til at udtale sig om klagen, ligesom de relevante journaler indhentes. Der partshøres i overensstemmelse med forvaltningslovens bestemmelser.

Sundheds- og ældreministeren har nedsat Det Rådgivende Praksisudvalg for at sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge, hvordan styrelsens praksis for at afgøre behandlingsklager udvikler sig.

Styrelsens sundhedsfaglige vurderinger leveres af de samme sagkyndige konsulenter, som vurderer de sager, der forelægges Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Medarbejderne i styrelsen behandler både klager, der afgøres af styrelsen, og sager, disciplinærnævnet afgør. Vi har valgt den organisering for at sikre, at vi anvender samme faglige norm i behandlingen af disciplinærsager og styrelsessager.

Vi skal både i styrelsen og disciplinærnævnet vurdere, om patientbehandlingen har levet op til almindelig anerkendt faglig standard.

Styrelsens afgørelser har to mulige udfald: at behandlingen ikke giver anledning til kritik, eller at der er anledning til kritik. Styrelsen har, modsat disciplinærnævnet, ikke mulighed for at give alvorlig kritik i form af indskærpelse.

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

Når styrelsen kritiserer et behandlingssted for en sundhedsfaglig behandling, kan patienten dog herefter vælge at få behandlet sin klage i disciplinærnævnet, hvis sagen fortsat ikke er forældet.

I 2016 benyttede 20 patienter sig af denne mulighed. I alt har 64 patienter benyttet sig af muligheden, siden reglerne blev indført i 2011.

5.1 Nye sager

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog i alt ca. 5.100 nye klager over sundhedsfaglig behandling i 2016. Det er et lille fald på knap 5,2 procent i forhold til året før, hvor styrelsen modtog ca. 5.380 klager over sundhedsfaglig behandling.

I 2016 valgte ca. 52 procent af patienterne, at styrelsen skulle afgøre sagen.

Vi viser udviklingen i fordelingen af klager over sundhedsfaglig behandling mellem de to sagstyper herunder:

Afgørelsesmyndighed	2013	2014	2015	2016
Disciplinærnævnet	51 pct.	45 pct.	43 pct.	48 pct.
Styrelsen for Patientsikkerhed	49 pct.	55 pct.	57 pct.	52 pct.

5.2 Afgørelser og kritik

I 2016 afgjorde styrelsen 2.024 klager over sundhedsfaglig behandling, hvilket er knap 1 procent flere afgørelser end i 2015.

I 732 afgørelser kritiserede styrelsen behandlingsstedet for den sundhedsfaglige behandling. Tabellen herunder viser udviklingen i antallet og udfaldet af styrelsens afgørelser i behandlingsklager.

Afgørelse	2013 antal	2013 procent	2014 antal	2014 procent	2015 antal	2015 procent	2016 antal	2016 procent
Ingen kritik	1060	69,5 pct.	970	64,8 pct.	1247	62,0 pct.	1292	63,8 pct.
Kritik	466	30,5 pct.	527	35,2 pct.	763	38,0 pct.	732	36,2 pct.
I alt	1526	100 pct.	1497	100 pct.	2010	100 pct.	2024	100 pct.

5.3 Genoptagelse

I 2016 traf Styrelsen for Patientsikkerhed 116 afgørelser i sager om genoptagelse. Det vil sige sager, hvor patienten beder styrelsen genoptage behandlingen af en sag, styrelsen tidligere har afgjort.

I 68 tilfælde blev anmodningen om genoptagelse af sagen afvist, hvilket svarer til niveauet for 2015. I de resterende 48 sager blev der truffet en ny realitetsafgørelse i sagen.

5.4 Sagsbehandlingstid

Den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Styrelsen for Patientsikkerhed i sager om sundhedsfaglig behandling blev på 12,9 måneder i 2016 og var dermed faldet fra 2015 på 2016.

For uddybende statistiske oplysninger se "[Statistiske oplysninger om patientklager 2016](#)".

6 Dialog

Det har siden 2011 været muligt at få en dialog i forbindelse med indgivelse af en klage over sundhedsfaglig behandling.¹

Når Styrelsen for Patientsikkerhed igangsætter dialogen i regionalt regi, overgår den praktiske tilrettelæggelse og selve afholdelsen af dialogen til regionen og behandlingsstederne. Det betyder, at vi i styrelsen ikke har indflydelse på, hvordan dialogen afholdes, og hvilke emner der bliver talt om. Det er derfor individuelt fra region til region, hvordan dialog samtalen forløber i praksis.

Det er styrelsens erfaring, at alle regioner har fokus på, hvordan en dialog på bedste vis kan afholdes, så alle parter får størst muligt udbytte af samtalen. Forventningsafstemning, god kommunikation og grundig forberedelse er nøgleord i planlægningen.

6.1 Antal af sager og frafald

I 2016 sendte styrelsen 1181 sager til regionerne, hvor klager takkede ja til tilbuddet om dialog. I nedenstående tabel ses udfaldet i 1132 af disse.

Antal dialogsager og antal frafald efter dialog	
Antal dialogsager registeret ved regionerne	1132
Antal sager frafaldet efter dialogen	474
Antal sager frafaldet af regionernes samlede antal registrerede dialogsager omregnet i pct.	41,8

Tabellen indikerer, at muligheden for at tale om en behandling, som opleves som utilfredsstillende, i betydeligt omfang fører til, at klagen efterfølgende frafalder.

Antallet af klager, som bliver frafaldet efter dialogen, har ikke udviklet sig meget gennem årene. Procentvis ligger antallet fortsat lidt over 40 procent.

Udviklingen i andelen af klager, der frafalder efter dialog i procent			
2013	2014	2015	2016
43,0 pct.	45,1 pct.	40,7 pct.	41,8 pct.

¹ Dette gælder klager over behandling, som regionen helt eller delvis har betalt for.

6.2 Initiativer til øget patientinddragelse

God kommunikation er dog ikke kun et fokus i de dialoger, styrelsen igangsætter. Ved en møderunde i 2016 med de fem regioner, blev der udvekslet erfaringer om initiativer, regionerne har igangsat for at øge patientinddragelsen.

Det er på den baggrund indtrykket, at regioner og behandlingssteder reagerer tidligt, når de får henvendelser om utilfredshed med en behandling. Hvis en patient eller pårørende udtrykker utilfredshed med et behandlingsforløb, får de i stigende omfang tilbudt en samtale, allerede inden patienten eventuelt beslutter sig for at klage til styrelsen.

Regionernes tilbud til patienter og pårørende i den forbindelse er forskellige. De kan f.eks. omfatte:

- Informationspjece til patienter og pårørende, hvor de kan se, at de kan afklare problemer med regionen, uden at de behøver at indgive en klage til styrelsen.
- "Åben telefon" hos ledelserne hvor patienter og pårørende kan ringe ind og blive lyttet til. Ledelserne viderebringer oplysningerne til afdelingerne, som så kan handle på henvendelsen.
- Tilbud om samtale om behandlingsforløbet.
- Visitkort på kontaktperson, som kan kontaktes ved spørgsmål og utilfredshed.
- Egenkontrol af kvalitet ved at udtage stikprøver og f.eks. lytte til lydfiler.

Den form for initiativer kan være medvirkende til, at en potentiel klage tages i opløbet, og derfor ikke ender som en klage til styrelsen. Det kan være en del af forklaringen på faldet antallet af klager i 2015 og 2016.

6.3 Effekt af patientinddragelse

Ud af det samlede antal klager sendte styrelsen i 2016 væsentligt færre sager til regionerne, hvor klager havde takket ja til tilbuddet om dialog. I 2016 blev 1132 sager sendt ud, mens der i 2015 blev sendt 1710 sager til dialog. Det er et fald på 578 sager. En forklaring på det kan være de omtalte initiativer til inddragelse, som er iværksat i regionerne. Dette underbygges af, at når styrelsens medarbejdere telefonisk informerer klagere om tilbuddet om dialog, så lyder beskeden ofte, at de allerede har talt med behandlingsstedet, og at de derfor ikke ønsker yderligere dialog.

På baggrund af regionernes indberetninger om antal klager med igangsat dialogproces ses, at der er sket en forskydning i antal klager mellem praksissektor og resten af det regionale sundhedsvæsen, således at en større andel blev igangsat i praksissektoren i 2016 end i 2015.

Dialoger i hhv. praksissektor og resten af det regionale sundhedsvæsen²		
		2015
	Praksissektor	Resten af det regionale sundhedsvæsen
Antal dialoger	173	553
Antal dialoger fordelt i %	22,1	70,7
		2016
	Praksissektor	Resten af det regionale sundhedsvæsen
Antal dialoger	211	480
Antal dialoger fordelt i %	28,6	65,2

6.4 Ny metode giver gode erfaringer

På baggrund af regionernes oplysninger vurderer styrelsen, at der stadig er udfordringer med, at den behandlende sundhedsperson fra praksissektor ikke ønsker at deltage i dialogen. Flere regioner har den praksis, at den behandlende sundhedsperson og klageren skal mødes i lægeklivnikken. Det kan være en grund til, at læge eller patient i nogle tilfælde trækker sig fra en dialog, hvis et sådant møde opleves som vanskeligt at gennemføre.

Patientkontoret i Region Midtjylland har gode erfaringer med at skabe en model, hvor dialogen kan blive en god oplevelse for både klager og sundhedspersonen. Patientkontoret har iværksat en ny proces for afholdelse af dialog i klager over praksissektoren. Her skal klageren ikke konfrontere den behandlende sundhedsperson alene. Dialogen afholdes i stedet i regionshuset. Så er begge parter på neutral grund. Der er en repræsentant fra regionen til stede ved dialogen, men lægen og klageren fører selv samtalen. Lægen forlader samtalen først, så klageren uden at føle pres og sammen med repræsentanten fra regionen får ro til selv at tale om den videre gang for klagen, herunder om klagen skal frafaldes eller opretholdes.

En regional medarbejder kontakter altid patienter, der har klaget over behandlingen i flere sektorer. Formålet med denne indledende kontakt er at få afklaret, hvor kernen i klagen er, og dermed hvem patienten ønsker dialog med. Denne nye model for dialoger i praksissektoren kan være medvirkende til, at Region Midtjylland i 2016 har en samlet frafaldsprocent på 46,9 procent. Det er en lidt over den gennemsnitlige frafaldsandel på landsplan på 41,8 procent.

² En region har ikke indberettet tal for fordeling af klager mellem praksissektor og resten af det regionale sundhedsvæsen. Klagerne for denne region er derfor ikke en del af beregningen.

6.4.1 Deltagerne i dialogen

Nedenstående tabel viser, hvem der deltog i dialogerne. Tallene viser, at det ikke er ualmindeligt, at flere personalegrupper deltager i samme dialog.

Antal dialoger med deltagelse af:	
Den behandlingsansvarlige	470
Afdelingsledelsen	587
Andre fra regionen	158
Ledelsen fra praksissektor eller privathospitaler	35

Det er ofte ledelsesrepræsentanter, der har en grundig indsigt i arbejdsgange og rutiner. Derfor kan kombinationen med både deltagelse af den behandlingsansvarlige sundhedsperson og en ledelsesrepræsentant i samtalen bidrage til, at klagen og behandlingen bliver belyst fra flere aspekter.

Indberetningerne fra regionerne bekræfter, at der er flere årsager til, at klager frafaldes efter dialog. Således er summen af årsagerne større end det samlede antal frafaldne klager. Det skyldes netop, at der i samme sag kan være mere end én årsag til at klagen frafaldes.

Årsager til frafald af klagen efter dialog		
	2015	2016
Pga. forklaring/afklaret misforståelse	304	354
Pga. undskyldning	182	216
Pga. fremtidig ændring af procedure mv.	170	211
Andre grunde/ej oplyst	74	43

6.4.2 Bisidderordningen

Klagerne har naturligvis mulighed for, at have én eller flere støttepersoner med til dialogen som bisidder. Danske Patienter har et korps af frivillige bisiddere, som kan tage ud og deltage ved de dialogsamtaler, der afholdes.

Bisiddernes funktion er at støtte klageren under samtalen. De kan derudover hjælpe med at stille svære spørgsmål og med at huske, hvad der blev sagt og eventuelt aftalt under samtalen.

Bisidderne har ikke advokatfunktion, så de skal ikke fremføre sagen eller yde rådgivning til klager. Tal fra regionerne viser, at antallet af dialoger, hvor bisidderen er fundet via en patientforening er stigende. Styrelsen bidrager til, at de klagere, der har takket ja til dialog, bliver bekendt med tilbuddet om bisidderordningen. I praksis sker det ved, at vi medsender en informationspjece fra Danske Patienter, når dialogen sættes i gang.

7 Det Rådgivende Praksisudvalg

Det Rådgivende Praksisudvalg er nedsat af ministeren.

Udvalget skal sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge udviklingen i praksis ved afgørelse af klager fra patienter over sundhedsfaglig behandling. Praksisudvalget rådgiver Styrelsen for Patientsikkerhed om styrelsens fremtidige afgørelser af sammenlignelige sager.

Udvalget drøfter anonymiserede afgørelser i konkrete udvalgte sager.

Praksisudvalget rådgiver også styrelsen om læringen af sagerne og peger i den forbindelse på sundhedsfaglige områder, som efter udvalgets opfattelse kræver en særlig opmærksomhed eller indsats.

Udvalget holdt to møder i 2016.

Styrelsen for Patientsikkerhed samlede før møderne en række afgørelser om udvalgte emner og udarbejdede på baggrund af dem et notat, som beskrev afgørelsespraksis.

Udvalget fik på begge møder forelagt afgørelser fra styrelsen og fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i sager, hvor patienten har valgt at klage til disciplinærnævnet, efter at styrelsen havde truffet en afgørelse med kritik for den pågældende behandling.

7.1 Fokus på afgørelser om fejlmedicinering

På udvalgets møde den 25. maj 2016 gennemgik udvalget et antal afgørelser inden for emnet fejlmedicinering. Udvalget gennemgik desuden et antal afgørelser, som belyste forskellene mellem sager afgjort af styrelsen og sager afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Afgørelserne om fejlmedicinering vedrørte forkert anvendelse af et lægemiddel, utilstrækkelig identifikation af patienten, forkert anvendt medicindosis, tidspunkt for medicineringen og administrationsmåden.

Afgørelser, der var truffet af styrelsen og herefter af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, vedrørte manglende tilbud om akut undersøgelse, manglende udspørgen til patientens symptomer, manglende antibiotisk behandling, fejlmedicinering og utilstrækkelig journalføring.

Udvalget var enig i praksis og i de konkrete afgørelser, der blev gennemgået på mødet.

7.2 Fokus på afgørelser om sektorovergange og tryksår

På udvalgets møde den 21. november 2016 gennemgik udvalget et antal sager om sektorovergange og om tryksår. Sager om sektorovergange har tidligere i 2012 været drøftet i udvalget.

Afgørelserne om sektorovergange vedrørte forskellige aspekter ved henvisning mellem sektorer, udskrivelse til primærsektor, prøvesvar ved sektorovergange og behandlingsansvar.

Afgørelserne om tryksår vedrørte observation og manglende reaktion på tryksår.

På baggrund af diskussionen af afgørelserne opfordrede udvalget til, at to af sagerne blev offentliggjort anonymt, idet begge afgørelser berørte ofte forekommende og aktuelle problematikker, der kunne være gode at drage læring af. Det blev videre besluttet, at resumé af sagerne skulle medtages i årsberetningen. Resuméer af sagerne kan læses nedenfor og findes anonymiseret i deres fulde form på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside på følgende sagsnumre:

- [16SPS73](#)
- [17SPS08](#)

Den følgende sag viser, at der er et behandlingsansvar sygehuse imellem, herunder at et universitetshospital skal yde assistance ved anmodning fra et almindeligt sygehus, der ikke ser sig i stand til at varetage en behandling på et fuldt ud forsvarligt grundlag.

7.2.1 Resumé af klagesag 1

Klage over blandt andet opkast af blod, genindlæggelse og to operationer i maven efter kæbe/tandoperation

En 21-årig mand blev i februar 2014 opereret for læbeganespalte på Sygehus 1. Der blev foretaget operation på over- og underlæbe og udført knogletransplantation fra patientens bækken. Efterfølgende blev der foretaget sammenbinding mellem kæberne med metalskinner.

Otte dage efter operationen blev patienten indlagt på Sygehus 2 på grund af gener efter læbeganespalteoperationen, herunder blod i afføringen og blødning fra munden. Ved indlæggelsen var blodprocenten lav. Det blev vurderet, at der var behov for en kikkertundersøgelse af maven.

Sygehus 2 konfererede med Sygehus 1, idet patientens tænder næsten ikke kunne åbnes fra hinanden. Sygehus 1 forsøgte at forklare, hvordan man skulle demontere skinnerne på overmunden for at skabe mere plads. De to afdelinger på Sygehus 2, der begge var involverede i behandlingen af patienten, havde efterfølgende igen kontakt til Sygehus 1, idet der fortsat var tvivl om, det ikke var i patientens interesse at komme på tilbage på Sygehus 1, hvor man kunne hjælpe med at fjerne skinnerne. Sygehus 1 ønskede imidlertid ikke at overtage behandlingen af patienten og henviste til, at patienten skulle behandles på Sygehus 2.

Styrelsen vurderede, at det var relevant af Sygehus 2 at kontakte Sygehus 1, hvor læbeganespalteoperationen var foretaget, med henblik på hjælp til indgrebet under hensyntagen til den nyligt overståede kæbeoperation og den deraf følgende sammenbinding af tænderne.

Styrelsen vurderede endvidere, at patienten ikke modtog en korrekt behandling af Sygehus 1.

Styrelsen lagde vægt på, at en operation for læbeganespalte er en højt specialiseret behandling, og at eventuelle komplikationer til højt specialiserede behandlinger bør henvises og varetages af det sygehus, som er ansvarlig for behandlingen. I dette tilfælde sygehus 1.

Styrelsen vurderede, at almindelig anerkendt faglig standard tilsiger, at et universitetssygehus yder assistance ved anmodning fra almindelige sygehuse, der ikke ser sig i stand til at varetage behandlingen af en patient på fuldt ud forsvarligt fagligt grundlag.

7.2.2 Resumé af klagesag 2

Den følgende sag viser, at sygehuset burde have foretaget tryksårsscreening tidligere i forløbet, ligesom patienten efterfølgende burde have været rescreenet jævnligt.

Klage over blandt andet manglende reaktion på tryksår på hæl

En 73-årig kvinde kendt med skizofreni og svær KOL blev den 30. december 2013 indlagt til observation for lungestase. Hun var 11 dage forinden blevet hofteopereret.

Den 16. januar 2014 blev det noteret, at der blev arbejdet på at finde trykaflastning til patientens hæle via enten ergoterapi eller sårpleje.

Den 23. januar 2014 blev det noteret, at patienten havde tryksår med tør skorpe på venstre hæl. Der blev ordineret aflastning af fødder, herunder særligt hælene samt tilsyn af sårsygeplejerske. Sårsygeplejersken anbefalede skumhæle til aflastning af begge patientens hæle, hvilket efterfølgende blev ordineret.

Styrelsen bemærkede, at det første notat omhandlende tryksårforebyggelse var fra den 16. januar 2016 – 18 dage efter patientens indlæggelse.

Henset til at patienten forud for sin indlæggelse havde fået foretaget en hofteoperation og dermed var overvejende sengeliggende, var underernæret og havde lavt blodtryk, var det styrelsens vurdering, at der var en række forhold, som kunne medføre øget risiko for udvikling af tryksår hos patienten.

Det var ud fra ovenstående styrelsens vurdering, at sygehuset burde have foretaget tryksårsscreening tidligere i forløbet, ligesom patienten efterfølgende burde have været rescreenet jævnligt.

7.2.3 Andre afgørelser fra udvalget

Udvalget fik desuden forelagt et antal afgørelser fra styrelsen og fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i sager, hvor patienten havde valgt at klage til disciplinærnævnet, efter at styrelsen havde truffet en afgørelse med kritik for den pågældende behandling. Afgørelserne vedrørte utilstrækkelig undersøgelse og vurdering, fejldiagnosticering, manglende journalføring, utilstrækkelig støtte i ny rolle som mor og ernæringstiltag til et nyfødt barn.

Udvalget var enig i styrelsens praksis og i de forelagte afgørelser.

Udvalget ønskede på det følgende møde i foråret 2017 at få forelagt et antal afgørelser om psykiatri, afgørelser om diagnostiske pakker samt afgørelser, hvor svigt i IT-systemer har spillet en rolle. Hertil ønskede udvalget forsat at følge afgørelser, som både er behandlet af styrelsen og efterfølgende af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

En liste over medlemmerne af Det Rådgivende Praksisudvalg er vedlagt denne beretning som bilag.

8 Patientrettighedsklager

Patienter kan klage til Styrelsen for Patientsikkerhed over tilsidesættelse af patientrettigheder som for eksempel ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, frit og udvidet frit sygehusvalg, maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme og refusion af udgifter til behandling i udlandet. Styrelsen behandler også klager fra personer, der mener, at deres ret til aktindsigt i sundhedsfaglige journaler ikke er blevet imødekommet. I de tilfælde vurderer styrelsen, om regionen eller i nogle tilfælde kommunen har overtrådt lovgivningen.

Den type klager kaldes for rettighedsklager. Rettighedsklagerne behandles i kontoret Patientrettigheder og International Sygesikring. Her behandles også klager vedrørende tavshedspligt i sundhedsvæsenet.

Det er muligt at klage over regionernes afgørelser om eksempelvis befordring og befordringsgodtgørelse til sygehus, retten til frit og udvidet frit sygehusvalg og retten til behandling af visse kræft- og hjertesygdomme inden for de fastsatte maksimale ventetider. Der er også adgang til at klage for patienter med Sjøgrens Syndrom og patienter, der har fået kemo- eller strålebehandling, som har fået afslag på tilskud til tandbehandling. Patienter kan også klage over afslag på tilskud til behandling i praksissektoren i Danmark og andre EU/EØS-lande.

For afgørelser truffet af kommunerne er det muligt at klage over for eksempel befordringsgodtgørelse til alment praktiserende læge og speciallæge, lægevalg og indplacering i sikringsgruppe og afgørelser om ret til omsorgs- og specialtandpleje.

I 2016 indførtes en ny klageadgang, hvor gravide kvinder kan klage over kommunens manglende tilbud om at indgå kontrakt om behandling for alkoholmisbrug med mulighed for tilbageholdelse. Styrelsen modtog ingen klager inden for dette område i 2016.

8.1 Nye sager

Styrelsen for Patientsikkerhed oprettede 1.125 rettighedssager i 2016. Det er på niveau med antallet af oprettede rettighedssager i 2015. Tabellen nedenfor viser udviklingen i antallet af rettighedssager.

Rettighedssager	2012	2013	2014	2015	2016
Oprettede sager	1.130	1.004	1.098	1.118	1.125
Afviste sager	297	82	233	270	288
Afgjorte sager	753	823	595	796	921

8.2 Afgørelser

I 2016 afgjorde styrelsen 921 rettighedsklager. Det svarer til næsten 16 procent flere afgjorte rettighedssager end i 2015.

Hovedparten af de afgjorte rettighedssager i 2016 er afgørelser fra regioner og kommuner, som vi kan tiltræde, ændre eller hjemvise. Andelen af de sager, hvor vi har ændret eller hjemvist regionens eller kommunens afgørelse, var i 2016 på knap 30 procent. Det er en stigning på 7 procent i andelen af afgørelser, der blev ændret eller hjemvist, i forhold til 2014. Stigningen udgøres alene af afgørelser, der blev hjemvist.

	2013	Pct.	2014	Pct.	2015	Pct.	2016	Pct.
Tiltrådt	519	78,9	401	78,6	537	77,3	530	70,3
Ændret	90	13,7	64	12,6	81	11,6	84	11,1
Hjemvist	49	7,4	45	8,8	77	11,1	139	18,4
I alt	658	100	510	100	695	100	753	100

I resten af rettighedssagerne – herunder om aktindsigt i patientjournaler, frit og udvidet sygehusvalg samt maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme – efterprøver styrelsen, om lovgivningen er overholdt. Hvis det ikke er tilfældet, afgøres sagen med kritik af regionen eller kommunen. I 2016 gav styrelsen kritik af regionen eller kommunen i 45 procent af sagerne. Det er et lille fald i forhold til de 48 procent i 2015.

8.3 Genoptagelse

I 2016 traf styrelsen afgørelse om genoptagelse i 23 rettighedssager. Det vil sige sager, hvor styrelsen blev bedt om at genoptage behandlingen af rettighedssager, som styrelsen tidligere havde afgjort.

Styrelsen afviste at genoptage 9 af sagerne, hvilket er flere end i 2015. I de resterende 14 sager blev der truffet en ny realitetsafgørelse. I 5 af sagerne resulterede det i en afgørelse om tiltrædelse af kommunens/regionens afgørelse eller i, at styrelsen ikke kritiserede kommunen/regionen. De sidste 9 sager blev ændret eller hjemvist eller resulterede i kritik.

8.4 Sagsbehandlingstid

Den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i styrelsen for rettighedsklager faldt fra 7,2 måneder i 2015 til 6,4 måneder i 2016. Der var fokus på at træffe afgørelse i nyoprettede sager samtidig med afvikling af ældre sager. Der var således stor spredning i sagernes sagsbehandlingstid.

8.5 Befordring og befordringsgodtgørelse til patientens ledsager

Efter sundhedsloven har patienter under visse betingelser ret til befordring eller befordringsgodtgørelse i forbindelse med behandling på sygehus eller hos læge og speciallæge. De nærmere regler herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 1206 af 19. september 2016 om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Sager om befordring og befordringsgodtgørelse til sygehus og læge/speciallæge udgør den største del af rettighedssagerne i Styrelsen for Patientsikkerhed.

Hvis en patient har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, kan patientens ledsager også have ret til befordring eller befordringsgodtgørelse. Det fremgår dog af reglerne, at det er en betingelse, at ledsagelsen er nødvendig på grund af patientens alder eller helbredstilstand.

Styrelsen havde indtil juni 2016 haft en praksis for befordring og befordringsgodtgørelse til ledsager, hvorefter behovet for ledsagelse skulle knytte sig til selve transporten til og fra behandlingen, for at ledsageren havde ret til befordring eller befordringsgodtgørelse.

Styrelsen blev dog opmærksom på en udtalelse fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet) af 9. februar 2015 til Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet, hvor ministeriet gav udtryk for en anden fortolkning af reglerne. Styrelsen revurderede herefter sin praksis på området.

Styrelsens ændrede praksis betyder, at en ledsager har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, hvis ledsagelsen er nødvendig i forbindelse med transporten og/eller i forbindelse med behandlingen. Styrelsens ændrede praksis betyder også, at der kan være tilfælde, hvor mere end én ledsager har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse. Det er som udgangspunkt den afdeling, som behandler patienten, der vurderer patientens behov for ledsagelse under transporten eller i forbindelse med behandlingen – herunder om patienten har behov for mere end én ledsager. Kravet om nødvendigheden af, at patienten ledsages af én eller flere personer, skal være sundhedsfagligt begrundet. Det er derfor ikke nok, at det vurderes hensigtsmæssigt, at for eksempel begge forældre er til stede i forbindelse med et barns behandling, hvis det ikke er sundhedsfagligt nødvendigt.

Nedenstående sag er et eksempel på styrelsens ændrede praksis om befordringsgodtgørelse til ledsager.

Befordringsgodtgørelse til en eller flere ledsagere, hvis ledsagelsen var nødvendig under behandlingen

Baggrund:

Et barn kom i 2015 på transplantationslisten for en ny lever. Han var i den forbindelse flere gange til kontrol og forskellige undersøgelser på sygehus 1 i løbet af 2015, som hans far løbende søgte om befordringsgodtgørelse for.

Regionen udbetalte befordringsgodtgørelse svarende til udgifterne med offentlig transport med én ledsager til barnet. I klagen fremgik det, at begge forældre blev bedt om at deltage i undersøgelserne/samtalerne med lægerne på sygehuset, hvorfor de begge måtte være berettiget til befordringsgodtgørelse. Regionens udtalte, at fordi drengen var under 16 år, dækkede regionen udgifterne til offentlig transport til én voksen ledsager. Regionens udtalte hertil, at der efter regionens visitationskriterier altid kun kunne dækkes befordringsudgifter for én ledsager.

Afgørelse:

Styrelsen oplyste, at en ledsager har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, hvis ledsageren er nødvendig under transporten eller i forbindelse med behandlingen.

Styrelsen oplyste endvidere, at mere end én ledsager vil være berettiget til befordring eller befordringsgodtgørelse, hvis den behandlende afdeling vurderer, at disse ledsageres tilstedeværelse er nødvendig i forbindelse med behandlingen.

Styrelsen fandt, at regionens afgørelse ikke var truffet på et tilstrækkeligt oplyst grundlag. Regionen havde ikke taget stilling til, om det var nødvendigt, at begge forældre deltog ved behandlingerne af deres søn, idet regionen havde lagt til grund, at kun én ledsager kunne være berettiget til befordring eller befordringsgodtgørelse.

Styrelsen hjemviste derfor regionens afgørelse til fornyet behandling, hvor regionen skulle inddrage spørgsmålet om, hvorvidt sygehus 1 ud fra en sundhedsfaglig vurdering havde vurderet, at begge forældres tilstedeværelse var nødvendig i forbindelse med behandlingerne.

Læs hele [afgørelsen](#) (offentliggjort under sagsnr. 16SPS16).

Styrelsen orienterede den 8. juni 2016 alle regioner og kommuner om praksisændringen.

Styrelsen vurderede endvidere, at den ændrede praksis kunne have haft betydning i to sager, hvor styrelsen havde truffet afgørelse efter ministeriets udtalelse af 9. februar 2015. Styrelsen genoptog derfor disse sager af egen drift. I den ene sag fandt styrelsen, at ledsageren havde ret til befordring sammen med patienten, idet ledsageren var nødvendig under patientens behandling, og vejledte i den forbindelse patienten om, at ledsageren kunne søge om befordringsgodtgørelse, idet der var givet et uberettiget afslag på befordring (transport til behandlingen). I den anden sag fandt styrelsen ligeledes, at ledsageren var nødvendig i forbindelse med patientens behandling, og ledsageren havde derfor ret til befordringsgodtgørelse.

8.6 Aktindsigt til patientens pårørende

Retten til aktindsigt og kravet om sundhedspersoners tavshedspligt er to af de basale patientrettigheder, der regulerer det indbyrdes forhold mellem patient og sundhedsvæsen. Retten til aktindsigt sikrer, at en patient kan se, hvilke oplysninger der noteres om ham i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje inden for sundhedsvæsenet. Reglerne om tavshedspligt beskytter patientens krav på diskretion og fortrolighedsforholdet mellem patient og sundhedsperson.

Hvert år behandler styrelsen ca. 100 klager fra patienter over afslag på aktindsigt og ca. 50 sager om brud på tavshedspligt. Styrelsen tager i afgørelserne stilling til, om sundhedsvæsenet har handlet i strid med reglerne om enten aktindsigt eller tavshedspligt

Reglerne står i sundhedsloven. Det følger af § 37, stk. 1, at en patient har krav på aktindsigt i sin patientjournal. En patient har også krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer om patientens helbredsforhold. Det følger af § 40, stk. 1.

Denne tavshedspligt gælder også overfor patientens nærmeste pårørende. En patient kan derfor kun få aktindsigt i sin egen journal, såkaldt egenaccess, og ikke i sine pårørendes journal, medmindre der er givet fuldmagt til det. Sundhedspersonen vil ellers som hovedregel overtræde sin tavshedspligt.

Sundhedsloven hjemler kun en ret for pårørende til bestemte helbredsoplysninger om en patient, f.eks. et familiemedlem, i det tilfælde, hvor patienten er afdøet ved døden. I så fald vil en pårørende

normalt kunne få oplysninger om patientens sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde. Det fremgår af sundhedslovens § 45, stk. 1.

Derudover kan en pårørende få oplysninger om et familiemedlem, hvis videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre. Det følger af sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 2. En pårørende kan altså efter omstændighederne få hel eller delvis aktindsigt i familiemedlemmets journal. Det er en såkaldt "værdispringsregel", der indebærer, at den pårørendes ønske om aktindsigt klart skal overstige patientens krav på fortrolighed.

Herunder følger et resumé af én af de afgørelser, som styrelsen i 2016 traf afgørelse i. Sagen er omtalt i dagspressen. Den viser afgrænsningen af sundhedslovens regler, og at styrelsen skulle afveje ansøgerens interesse i aktindsigt mod patientens krav på fortrolighed.

En søn havde ikke krav på at få oplysninger om genetiske mors identitet

Baggrund:

En kvinde startede i februar 1995 i reagensglasbehandling (IVF) på en fertilitetsklinik. Hun fik i den forbindelse udtaget æg, som blev befrugtet med sæd fra en anonym sæddonor og derefter nedfrosset. I november samme år blev hun afsluttet fra klinikken, da hun var gravid. Hun fødte en søn i juli 1996.

I januar 2013 indberettede fertilitetsklinikken en utilsigtet hændelse til Sundhedsstyrelsen. Klinikken laboratorium var ved et uheld kommet til at forveksle kvindens æg med en anden kvindes. Det betød, at kvinden i november 1995 var blevet gravid med en anden kvindes æg. En kromosomanalyse bekræftede, at der var sket en forveksling af æggene under nedfrysningen.

Kvindens søn søgte efterfølgende om at få udleveret oplysninger om sin genetiske mor hos fertilitetsklinikken. Klinikken afslog i oktober 2015 at oplyse identiteten på sønnens genetiske mor under henvisning til reglerne om tavshedspligt. Klinikken havde forsøgt at få kontakt til hende umiddelbart efter behandlingen, men forgæves. Hun var tilrejsende fra Iran, klinikken vidste ikke, hvor hun boede, og hun var ikke registreret i Folkeregisteret i Danmark.

I december 2015 klagede en advokat til styrelsen over klinikken afgørelse. Advokaten mente, at klinikken skulle give fuld aktindsigt i den genetiske mors oplysninger, herunder journal, fulde navn og adresse, telefonnummer/telefaxnummer/e-mail etc. og kopi af pas eller andre identitetspapirer.

Afgørelse:

Styrelsen fandt, at der ikke var grundlag for at fastslå, at klinikken handlede i strid med sundhedsloven ved håndteringen af anmodningen om aktindsigt.

Styrelsen slog først fast, at sønnen ikke havde ret til aktindsigt i sin genetiske mors journal, da sundhedslovens § 37, stk. 1, alene vedrører spørgsmålet om aktindsigt i egen journal (egenaccess). Videre slog styrelsen fast, at der ikke var oplysninger om, at den genetiske mor skulle være afdød ved døden, hvorfor sundhedslovens § 45 ikke fandt anvendelse.

Med hjemmel i sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 2, afvejede styrelsen de modstående interesser: på den ene side hensynet til den genetiske mor, hvis helbredsoplysninger er fortrolige, og på den anden side hensynet til sønnen, som ønskede at kende sit ophav.

Styrelsen henviste til artikel 8, stk. 1, i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention og inddrog retten til respekt for privatliv og familieliv. Styrelsen gennemgik relevant litteratur og praksis fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol og fandt samlet, at hensynet til den genetiske mors krav på fortrolighed vejede tungere end hensynet til sønnens interesse i at modtage helbredsoplysninger om hende.

Styrelsen lagde afgørende vægt på, at en patient som altovervejende udgangspunkt må gå ud fra, at oplysninger afgivet i forbindelse med sundhedsfaglig behandling er, og forbliver, fortrolige.

Læs hele [afgørelsen](#) (offentliggjort under sagsnr. 16SPS16).

8.7 Prøvelse af ny praksis i kommunernes afgørelser om lægevalg

Reglerne om lægevalg fremgår af sundhedslovens § 12 og er nærmere uddybet i bekendtgørelse nr. 966 af 29. august 2014 om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren. Styrelsen har kompetence til at tage stilling til kommuners afgørelser om lægevalg.

Lægevalgsområdet er traditionelt et af de mindre klagesagsområder, som behandles i Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen har siden 2007 oplevet en gradvis stigning i antallet af disse sager frem til 2015, hvor styrelsen modtog 32 klager.

År	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antal	1	2	4	6	10	14	5	20	32	136

Oversigt over modtagne klager over kommuners afgørelser om lægevalg (2007-2016).

I 2016 modtog styrelsen imidlertid 136 klager over lægevalg. Baggrunden for denne markante stigning er en praksisændring om lægevalg i forbindelse med flytning, gennemført af alle kommuner ved overgangen fra august til september 2016.

Forud praksisændringen var det kommunernes praksis, at en borger, som flyttede længere væk end kilometergrænsen på 15 km fra egen læge (5 km i hovedstadsområdet), kunne beholde sin hidtidige læge efter flytningen, hvis borgeren accepterede ikke at kunne modtage sygebesøg fra lægen.

Praksisændringen medførte imidlertid, at borgeren nu ikke længere havde mulighed for at beholde sin hidtidige læge ved flytning ud over kilometergrænsen, hvis borgerens læge havde lukket for patienttilgang, og borgeren ikke opfyldte de særlige betingelser for at blive tilknyttet en læge med lukket for patienttilgang.

Rent praktisk blev praksisændringen gennemført ved, at en borger ikke kunne gennemføre flytning via den digitale selvbetjening på borger.dk, hvis borgeren ikke valgte en ny læge, når borgeren flyttede længere væk end kilometergrænsen, og borgerens læge havde lukket for patienttilgang.

Konsekvensen af praksisændringen var således, at kommunerne nu krævede nyvalg af læge ved flytning udover kilometergrænsen. Praksisændringen var gennemført på baggrund af en udtalelse fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Styrelsen tog ved vurderingen af kommunernes praksisændring stilling til, om der var hjemmel til at stille krav om nyvalg af læge ved flytning.

Styrelsens praksis ved flytning beskrives i nedenstående sager, hvor det illustreres, at borgerens ret til at beholde sin læge ved flytning afhænger af, om borgeren flytter til en ny kommune.

Borgeren havde ret til at beholde sin nuværende læge ved flytning inden for samme kommune

Baggrund:

En mand skulle flytte til en ny adresse inden for samme kommune. Han flyttede længere væk fra sin egen læge end kilometergrænsen. Kommunen gav manden afslag på at beholde sin nuværende læge, da lægen havde lukket for patienttilgang.

Afgørelse:

Styrelsen gennemgik reglerne om lægevalg og konkluderede, at der ikke i sundhedsloven eller lægevalgsbekendtgørelsen var hjemmel til at kræve, at en borger, som foretager flytning inden for samme kommune, men udover kilometergrænsen, skulle vælge en ny læge.

Styrelsen fastslog dog, at der er hjemmel til at kræve, at en borger, som flytter længere væk end kilometergrænsen, kun kunne beholde sin hidtidige læge, hvis borgeren accepterer ikke at modtage hjemmebesøg af lægen.

Styrelsen bemærkede, at i det tilfælde, hvor en kommune har truffet en afgørelse, som senere erklæres ugyldig, så har borgeren ret til at blive stillet, som om der blev truffet en korrekt afgørelse i første omgang.

Styrelsen konkluderede herefter, at klager havde ret til igen at blive tilmeldt den læge, han havde, inden han flyttede.

Læs hele [afgørelsen](#) (offentliggjort under nr. 16SPS74). **Borgeren havde ikke ret til at beholde sin hidtidige læge ved flytning til en ny kommune**

Baggrund:

En kvinde skulle flytte fra en kommune til en anden og fik i den forbindelse afslag fra tilflytterkommunen på at beholde sin hidtidige læge med henvisning til, at kvinden flyttede længere væk end 15 km fra lægen.

Kvinden anførte blandt andet, at hun havde et godt forhold til lægen, som havde hjulpet hende gennem en vanskelig tid.

Afgørelse:

Styrelsen fandt ved en gennemgang af de gældende regler om lægevalg, at når der sker flytning fra en kommune til en anden, så kan tilflytterkommunen stille krav om nyt lægevalg.

Styrelsen henviste i den forbindelse blandt andet til § 2 i lægevalgsbekendtgørelsen.

Heraf fremgår, at personer, som tilflytter fra en anden kommune, af den nye bopælskommune skal opfordres til at vælge læge, og at bopælskommunen tildeler den pågældende en læge, hvis personen ikke har valgt læge inden 8 dage fra tidspunktet for opfordringen hertil.

Styrelsen fandt herefter, at en kommune kan kræve, at en borger foretager nyt lægevalg, hvis borgeren flytter fra en kommune til en anden. Det har ingen betydning, hvor langt væk fra lægen borgeren flyttede.

Læs hele [afgørelsen](#) (offentliggjort under nr. 16SPS75).

Den digitale selvbetjening på borger.dk vedrørende flytteanmeldelse og lægevalg blev ændret i overensstemmelse med styrelsens praksis efter offentliggørelsen af de ovenfor beskrevne afgørelser. Borgere, som flytter inden for samme kommune, skal således ikke længere skifte læge, hvis deres læge har lukket for patienttilgang.

9 Klager over Udbetaling Danmarks afgørelser

Ankestyrelsen, Ankenævnet for Statens Uddannelsesstøtteordninger, miljø- og fødevareministeren og Styrelsen for Patientsikkerhed skal inden for hver deres sagsområde en gang årligt udarbejde en redegørelse om sagsbehandlingen i Udbetaling Danmark på baggrund af de sager, der indbringes for henholdsvis Ankestyrelsen, Ankestyrelsens Beskæftigelsesudvalg, Ankenævnet for Statens Uddannelsesstøtteordninger, miljø- og fødevareministeren og Styrelsen for Patientsikkerhed. Redegørelsen skal indeholde statistik over de ankede sager og angive årsagerne til, at Udbetaling Danmarks afgørelser ikke stadfæstes. (Kilde: lov om Udbetaling Danmark (§ 19, stk. 4)).

Styrelsen for Patientsikkerhed behandler klagesager fra Udbetaling Danmark om særligt sundhedskort (sundhedslovens § 12 a), begravelseshjælp (sundhedslovens § 160) og indplacering i sikringsgruppe af personer, som er berettiget til et særligt sundhedskort (sundhedslovens § 58). Udbetaling Danmark overtog myndighedsansvaret for disse områder fra landets kommuner den 1. maj 2015.

Tallene i denne rapport vedrører alene de afgørelser, hvor Udbetaling Danmark som primær myndighed har truffet afgørelse efter overtagelsen af myndighedsområderne den 1. maj 2015.

9.1 Styrelsen for Patientsikkerheds sager

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog i 2016 i alt 80 klager over Udbetaling Danmarks afgørelser vedrørende begravelseshjælp og særligt sundhedskort. 51 af klagerne vedrørte begravelseshjælp mens 29 vedrørte særligt sundhedskort. Styrelsen modtog ingen klager over indplacering i sikringsgruppe.

9.2 Modtagne klager og afsluttede sager

Af nedenstående tabel fremgår antallet af afsluttede sager fordelt på afgørelsestype, henholdsvis for realitetsbehandlede sager og sager, som er registreret som bortfaldet.

Styrelsen for Patientsikkerhed har kompetence til at tiltræde, hjemvise og ændre Udbetaling Danmarks afgørelser.

En sag afsluttes uden realitetsbehandling i de situationer, hvor en klage tilbagekaldes af borgeren, hvor klagefristen er overskredet og lignende. Disse klager betegnes i tabellen nedenfor som bortfaldet.

Styrelsen har afsluttet 95 sager, hvor der er klaget over Udbetaling Danmarks afgørelser.

Styrelsen har ikke modtaget klager over Udbetaling Danmarks afgørelser om indplacering i sikringsgruppe.

Det skal bemærkes, at 34 hjemvisninger (*) vedrørende begravelseshjælp vedrører en praksisændring, som Udbetaling Danmark og styrelsen har gennemført på baggrund af en udtalelse fra Kammeradvokaten. Styrelsen havde en ophobning af disse sager allerede ved indgangen af 2016, hvorfor der er afsluttet forholdsvis flere sager om begravelseshjælp i 2016, end der er modtaget.

Tabel: Oversigt over modtagne sager, og antal afsluttede sager i 2016. Derudover en oversigt over de afsluttede sager fordelt på afgørelsestype.

Oversigt over modtagne klager i 2016	§ 160	§ 12 a
Antal klager modtaget i 2016	51	29
Antal sager som er afsluttet i 2016	69	26
Afgørelsestypen i de afsluttede sager:		
Tiltrædelse	19	12
Hjemvisning	34*+3	4
Ændring	3	1
Bortfaldet	10	9

9.3 Beskrivelse af årsagerne til ændring eller hjemvisning

I dette afsnit beskrives årsagerne til, at Styrelsen for Patientsikkerhed har ændret eller hjemvist Udbetaling Danmarks afgørelser.

9.3.1 Begravelseshjælp

Begravelseshjælp er en ydelse der afhængigt af størrelsen på afdødes formue kan udbetales til de efterladte.

Som det fremgår af tabellen ovenfor har styrelsen hjemvist 34+3 sager om begravelseshjælp, mens 19 sager er blevet tiltrådt og 3 er blevet ændret.

De 34 hjemviste sager vedrører alle samme problemstilling, idet Udbetaling Danmark og Styrelsen for Patientsikkerhed efter en udtalelse fra Kammeradvokaten ændrede praksis i sager, hvor der oprindeligt var ansøgt om minimumsbeløbet. Den nye praksis medfører, at borgerne nu ikke længere er afskåret fra efterfølgende at søge om den maksimale begravelseshjælp, selvom der oprindeligt blev ansøgt om minimumsbeløbet.

Styrelsen hjemviste disse sager til fornyet behandling i Udbetaling Danmark.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i de 3 øvrige sager, som er hjemvist, modtaget oplysninger fra klager, som kunne have betydning for beregningen af begravelseshjælpen. Udbetaling Danmark havde ikke modtaget disse oplysninger på det tidspunkt, hvor der blev truffet afgørelse. Styrelsen for

Patientsikkerhed vurderede samtidig, at der skulle indhentes yderligere oplysninger, hvis der skulle laves en opgørelse af begravelseshjælpen, hvor oplysningerne skulle inddrages. Styrelsen for Patientsikkerhed hjemviste derfor de 3 afgørelser med henblik på, at Udbetaling Danmark skulle træffe en ny afgørelse, hvor sagen blev oplyst yderligere, og de nye oplysninger blev inddraget

I den ene af de ændrede afgørelser havde Udbetaling Danmark ikke medregnet usikret gæld ved opgørelsen af begravelseshjælp. Styrelsen ændrede herefter afgørelsen, da gælden skulle medregnes, og da klager herefter havde ret til yderligere begravelseshjælp. I den anden af de ændrede afgørelser havde klager dokumenteret, at oplysningerne fra skifterestsattesten ikke var korrekte – Udbetaling Danmark havde lagt skifterestsattestens oplysninger til grund ved beregningen. Styrelsen ændrede herefter afgørelsen i overensstemmelse med de korrekte oplysninger. I den sidste afgørelse, som styrelsen ændrede, havde Udbetaling Danmark tilsidesat den værdi af en ejendom, som var godkendt af skifteretten, med henvisning til at det salg af ejendommen som var foretaget, ikke var et reelt salg. Styrelsen fandt, at der ikke var belæg for tilsidesættelse af værdien, som lå til grund for skifterestsattesten.

9.3.2 Særligt sundhedskort

Særligt sundhedskort kan udstedes til personer, der som følge af EU-lovgivningen har ret til sundhedsydelse i Danmark, selvom personen ikke har bopæl i Danmark.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ændret afgørelsen i 1 sag og hjemvist 4 sager om særligt sundhedskort. Styrelsen har tiltrådt 12 sager.

Styrelsen fandt i en sag, at klager, som arbejdede som løsarbejder i Danmark og boede i Sverige, uanset antallet af arbejdstimer havde ret til et særligt sundhedskort i Danmark, da løsarbejdere uanset antallet af arbejdstimer skal betale ATP i Danmark. Det afgørende for, om man anses som lønmodtager er, om man er betalingspligtig efter ATP-reglerne. Klager blev derfor anset som udøvende lønnet beskæftigelse i Danmark. Styrelsen ændrede derfor afgørelsen, da Udbetaling Danmark havde givet afslag på at udstede et særligt sundhedskort.

Den ene af de hjemviste sager vedrørte en polsk kvinde, der var bosat i Polen, og som var gift med en polsk mand, der arbejdede i Danmark. Udbetaling Danmark havde givet afslag på et særligt sundhedskort til kvinden med henvisning til, at hun ikke arbejdede i Danmark. Styrelsen hjemviste afgørelsen med henvisning til, at Udbetaling Danmark ikke havde undersøgt om kvindens ægtefælle var grænsearbejder, og om kvinden var selvstændigt sikret i Polen. Såfremt begge betingelser var opfyldt, ville kvinden i medfør af EU-reglerne have ret til at blive medforsikret.

I en anden sag hjemviste styrelsen afgørelsen, da Udbetaling Danmark ikke havde oplyst sagen tilstrækkeligt.

De sidste to sager, hvor styrelsen hjemviste Udbetaling Danmarks afgørelse om særligt sundhedskort, beskrives i næste afsnit om tendenser i sagsbehandlingen.

9.4 Tendenser i sagsbehandlingen

Styrelsen for Patientsikkerhed kan i afgørelsen af egen drift vejlede Udbetaling Danmark om sagsbehandling i forvaltningsloven, hvis styrelsen bliver opmærksom på, at reglerne ikke er overholdt.

Såfremt der er klaget over manglende overholdelse af bestemmelser i forvaltningsloven, tager styrelsen stilling til, om Udbetaling Danmark har handlet i strid med reglerne. I tilfælde, hvor overtrædelsen af en regel i forvaltningsloven har haft direkte betydning for, om en afgørelse er korrekt, tager styrelsen stilling til, om der er sket overtrædelse af loven, selvom der ikke er klaget over dette.

Styrelsen har i 6 afgørelser om begravelseshjælp fundet anledning til at vejlede Udbetaling Danmark om begrundelseskravet i forvaltningslovens § 22 og 24. Baggrunden herfor var, at Udbetaling Danmark benyttede standardskabeloner, hvoraf det ikke fremgik, at det udbetalte beløb på 1.050 kr., var udbetaling af minimumsbeløbet og ikke resultatet af en beregning af formueafhængig begravelseshjælp. Styrelsen tiltrådte i øvrigt disse afgørelser, da der var udbetalt det korrekte beløb til ansøger. Det skal i denne sammenhæng oplyses, at styrelsen først i løbet af 2016 begyndte at vejlede Udbetaling Danmark om dette. Antallet af afgørelser, hvor der er vejledt om forvaltningslovens begrundelseskrav, er derfor ikke nødvendigvis det præcise antal afgørelser fra 2016, hvor Udbetaling Danmark har benyttet denne standardskabelon.

Styrelsen har i 1 afgørelse om særligt sundhedskort vejledt Udbetaling Danmark om, at såfremt oplysninger fra SKAT har afgørende betydning for en afgørelse, så skal ansøger partshøres over oplysningerne fra SKAT efter forvaltningslovens § 19, hvis oplysningerne er til ugunst for ansøgeren. Styrelsen hjemviste denne afgørelse til fornyet behandling ved Udbetaling Danmark, da der på baggrund af materiale modtaget af klager skulle ske yderligere oplysning af sagen.

I en anden afgørelse om særligt sundhedskort har styrelsen kritiseret Udbetaling Danmark for overtrædelse af forvaltningslovens § 19, da der ikke var partshørt over oplysningerne fra SKAT. Klager havde i denne sag i sin klage til styrelsen stillet spørgsmål til, hvor Udbetaling Danmark havde sine oplysninger om hans arbejdstid fra. Styrelsen tiltrådte Udbetaling Danmarks afgørelse, efter at have partshørt klager, da det kunne lægges til grund, at klager ikke arbejdede det nødvendige antal timer i Danmark for at være berettiget til et særligt sundhedskort.

I en tredje afgørelse om særligt sundhedskort har styrelsen ligeledes kritiseret Udbetaling Danmark for ikke at have partshørt ansøgeren over indkomstoplysninger fra SKAT. Styrelsen fandt blandt andet, at dette måtte medføre afgørelsens ugyldighed, da klager efterfølgende havde sendt dokumentation for, at han arbejdede flere timer, end Udbetaling Danmark havde lagt til grund ved sin afgørelse. Den manglende partshøring havde således medført, at der blev truffet afgørelse på et ufuldstændigt grundlag. Styrelsen hjemviste denne afgørelse til fornyet behandling ved Udbetaling Danmark, da sagen skulle oplyses yderligere.

9.5 Afsluttende bemærkninger

Der var i 2016, som det også var tilfældet i 2015, mange af de modtagne klager fra Udbetaling Danmark, der havde det fællestræk, at borgerne anså afgørelserne som ændringer af kommunernes hidtidige praksis. Dette gør sig specielt gældende for sagerne om særligt sundhedskort.

Styrelsen for Patientsikkerhed har dog i langt størstedelen af disse sager tiltrådt Udbetaling Danmarks afgørelser.

10 International sygesikring

Styrelsen for Patientsikkerhed/International Sygesikring er det danske forbindelsesorgan efter EU-regler om koordinering af sygesikring for borgere, der rejser mellem landene.

International Sygesikring vejleder om reglerne gennem skriftlige vejledninger og rådgiver om behandling af enkeltsager, søger refusion af udgifter til behandling, som borgere har betalt i udlandet, betaler udgifter til behandling af danske sikrede i udlandet og indhenter betaling fra udenlandske sygeforsikringer af udgifter til behandling givet her i landet til udenlandsk sikrede.

International Sygesikring er også nationalt kontaktpunkt efter direktivet om patientmobilitet. I den forbindelse vejleder International Sygesikring generelt om retten til tilskud til den behandling, man som patient rejser til udlandet for at få, og giver også generel vejledning til personer fra udlandet, som ønsker at få planlagt behandling i Danmark.

10.1 Ny procedure i 2016

I forlængelse af en ny vejledning fra Sundheds- og Ældreministeriet om grænseoverskridende sundhedsydelse indførte International Sygesikring i sommeren 2016 en ny procedure for behandlingen af ansøgninger om refusion.

Efter den nye procedure spørger vi altid patienter, som søger refusion efter reglerne om det blå EU-sygesikringskort (EU-reglerne), om de også ønsker at få undersøgt, hvor stort et eventuelt tilskud der kan gives efter danske regler. Hvis patienten ønsker dette, spørger International Sygesikring patientens bopælsregion eller -kommune, hvor stort et tilskud der kan gives efter de danske regler.

Den nye procedure forlænger sagsbehandlingstiden, men giver patienterne mulighed for at få den størst mulige refusion.

10.2 Det blå EU-sygesikringskort

EU-kommissionen udgiver årligt en rapport om brugen af det blå EU-sygesikringskort.

Rapporten bygger på data indsamlet ved en spørgeskemaundersøgelse blandt EU/EØS-landene og Schweiz. International Sygesikring står for indsamling af de danske data.

Det fremgår af rapporten for 2015, at mere end halvdelen af borgerne i de omfattede lande havde et gyldigt EU-sygesikringskort. I Danmark har godt 62 % af befolkningen kortet.

Rapporten viser desuden tal for mellemstatslige afregninger foretaget i 2015, dog foreligger der ikke data fra alle medlemslandene. Det fremgår heraf, at mere end 9 ud af 10 behandlinger, der er givet på det blå EU-sygesikringskort, sker ved en standardiseret mellemstatslig afregning, som borgerne ikke inddrages i.

Rapporten henviser dog til, at der stadig er udfordringer ved brugen af det blå kort. I visse lande og områder kan det være vanskeligt for borgerne at identificere de behandlere, som har en aftale med landets offentlige sundhedsvæsen. En anden udfordring er, at nogle behandlingssteder afviser at bruge kortet. Som årsag hertil nævnes blandt andet manglende kendskab til de administrative procedurer og reglerne for brugen af kortet, herunder afgrænsning af dækningen på kortet.

10.3 Særligt om danske pensionister bosat i udlandet

International Sygesikring modtog i 2016 flere henvendelser fra danske pensionister, der bor i et andet EU/EØS-land eller Schweiz og som i deres bopælsland er sygesikret til udgift for Danmark. Disse pensionister havde under ferieophold eller familiebesøg i Danmark fået afslag på behandling eller var blevet bedt om selv at betale for en nødvendig behandling eller undersøgelse i forbindelse med en allerede konstateret sygdom, selvom de havde et gyldigt dansk blå EU-sygesikringskort.

I flere af disse sager var International Sygesikring i kontakt med de pågældende behandlingssteder og redegjorde for, at det blå EU-sygesikringskort giver ret til behovsbestemt sygehjælp under midlertidigt ophold i et andet EU/EØS-land og Schweiz, herunder Danmark. Denne ret omfatter også ydelser, der relaterer sig til en bestående eller kronisk lidelse, og som er nødvendige under opholdet. Det kan f.eks. være en kontrolundersøgelse eller behandling af en kræftsygdom. Det beror dog altid på en konkret lægelig vurdering, hvorvidt en behandling er nødvendig under opholdet og i så fald hvilken behandling.

I forbindelse med de henvendelser, som International Sygesikring modtog i 2016, havde pensionisterne ret til at få dækket udgifterne til deres behandling i Danmark efter reglerne på EU-sygesikringskortet, idet deres ophold i Danmark beroede på andre årsager end at få den pågældende behandling eller undersøgelse.

Udover ret til behandling efter reglerne om det blå EU-sygesikringskort, har danske pensionister, der bor i et andet EU/EØS-land, tillige en udvidet ret til offentlige sundhedsydelser i Danmark efter dansk lovgivning.

Under ophold i Danmark har disse pensionister således også ret til at få planlagt behandling på samme vilkår som herboende gruppe-1 sikrede, undtaget som udgangspunkt planlagt sygehusbehandling, hvor der gælder særlige regler. Denne ret dokumenteres også ved at vise et dansk blå EU-sygesikringskort.

Hvorvidt pensionisten (udover medicinsk nødvendig sygehusbehandling) har ret til planlagt sygehusbehandling vederlagsfrit under ophold i Danmark, afhænger af lovgivningen i pensionistens bopælsland.

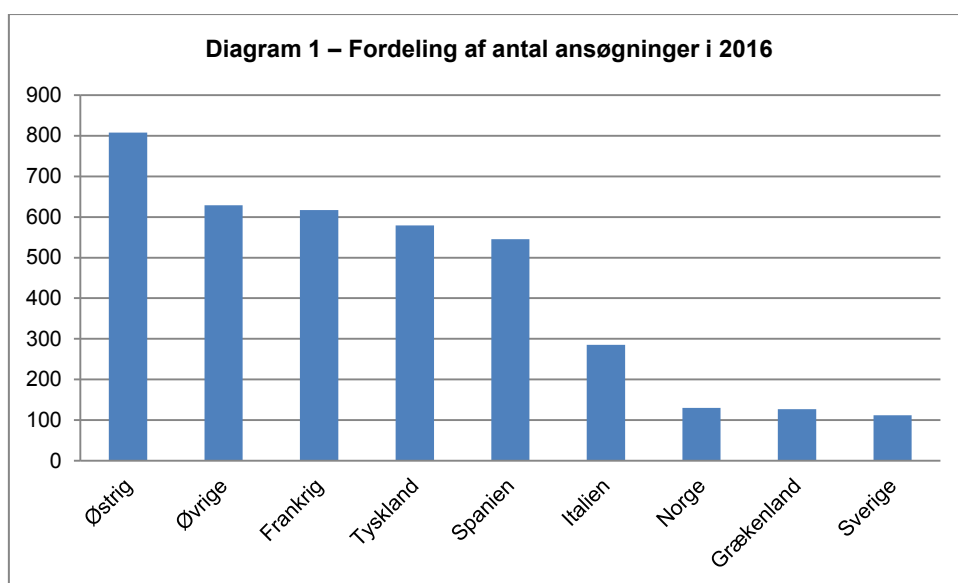
10.4 Fortsat mange refusionssager

Som en følge af ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring i august 2014, kom der i 2015 en betydelig stigning i antallet af refusionssager fra borgere eller forsikringsselskaber, der ønskede at få refunderet udgifter til behandling modtaget under en rejse i et andet EU/EØS-land eller Schweiz. Det vil sige ansøgninger til styrelsen om at få refusion af udgifter til behandling dækket af det blå EU-sygesikringskort.

Antallet af nye ansøgninger om refusion, som International Sygesikring modtog i 2016, var på samme niveau, som i 2015, dog med et lille fald, da der i 2016 samlet blev modtaget 3.832 nye ansøgninger mod 3.935 i 2015.

I 2016 omhandlede de fleste ansøgninger udgifter til behandling modtaget i Østrig, Frankrig, Tyskland og Spanien. Sammenholdt med de ansøgninger, International Sygesikring fik i 2015, kan det konstateres, at Østrig i 2016 er det land, hvor International Sygesikring har oplevet den største stigning i antal ansøgninger – en stigning på 298 ansøgninger i forhold til 2015.

Diagram 1 viser fordelingen over hvilke lande, ansøgningerne i 2016 omhandlede.



Når International Sygesikring modtager en ansøgning, sendes sagen til myndighederne i det land, hvor behandlingen er modtaget. Det er de udenlandske myndigheder, der afgør, om en borger har ret til refusion af udgifter efter EU-rettens regler. Det blå EU-sygesikringskort dækker kun behandling, som er modtaget i landets offentlige sundhedsvæsen. Hvis der bliver givet afslag på refusion skyldes det derfor typisk, at borgeren blev behandlet hos en privat behandler. Dette er tilfældet for stort set alle ansøgninger om udgifter til behandling modtaget i Spanien.

Ved afslag på fuld refusion efter reglerne om det blå EU-sygesikringskort, sendes sagen videre til bopælsregionen, hvis ansøgeren også ønsker at få undersøgt, om de danske regler for tilskud kan give et større beløb i refusion. De danske tilskudsregler implementerer reglerne i patientmobilitetsdirektivet og giver f.eks. mulighed for tilskud uanset, om borgeren blev behandlet i det offentlige sundhedsvæsen i udlandet eller i det private.

Har ansøgeren ønsket at få sin sag vurderet efter både reglerne om det blå EU-sygesikringskort og de danske tilskudsregler, vil udbetaling af refusion ske efter det regelsæt, der giver ansøgeren det største tilskud. Hvis taksten er højest efter reglerne om det blå kort, udbetaler styrelsen refusionsbeløbet. Er taksten derimod højest efter de danske regler, udbetaler bopælsregionen tilskuddet.

I 2016 udbetalte styrelsen samlet 4.118.430,16 kr. i refusion fordelt på 2.120 sager. I gennemsnit blev der refunderet cirka 1.943 kr. pr. udbetaling.

Den laveste udbetalte refusion i 2016 var 6,40 kr., og den højeste var 277.670,25 kr.

10.5 Nationale kontaktpunkter

På baggrund af de regionale patientkontorers eksisterende opgaver og erfaring er opgaverne for de nationale kontaktpunkter i Danmark primært forankret i patientkontorerne. International Sygesikring fungerer som et koordinerende nationalt kontaktpunkt.

Som nationalt kontaktpunkt yder International Sygesikring generel vejledning til patienter om retten til behandling udlandet. International Sygesikring vejleder danske patienter om mulighed for at søge dansk tilskud til behandling købt i et andet EU/EØS-land og patienter fra andre EU/EØS-lande om mulighed for at få adgang til at købe behandling i Danmark. I denne forbindelse formidler International Sygesikring kontakt til de regionale patientvejledere, som giver vejledning i konkrete sager.

I 2016 afholdt International Sygesikring desuden møder i Kontaktudvalget for patientmobilitetsdirektivet. Kontaktudvalget er et forum for vidensdeling og erfaringsudveksling om direktivets regler mellem regioner og kommuner, der træffer afgørelser, og organisationer og parter, som reglerne har betydning for.

Styrelsen/International Sygesikring deltog i diverse samarbejdsfora med EU-Kommissionen og andre EU-landes nationale kontaktpunkter. Også her bliver der delt viden og udvekslet erfaringer om anvendelsen af regler, der gennemfører direktivet.

10.6 EU-kommissionens rapport om patientmobilitetsdirektivet

EU-kommissionen udgiver årligt en rapport om grænseoverskridende behandling i medfør direktivets regler. Rapporten er baseret på en dataindsamling blandt EU/EØS-landene. Styrelsen står for indsamling af de danske data.

Af rapporten for året 2015 fremgår det, at 23 lande har bidraget til dataindsamlingen, men ikke alle lande har været i stand til at levere data på alle de rejste spørgsmål.

10.6.1 Forhåndsgodkendelse

Direktivet giver mulighed for, at medlemslandene på visse områder kan stille krav om en forhåndsgodkendelse som betingelse for refusion af udgifter til behandling i udlandet f.eks. for hospitalsbehandling, hvor der er tale om mindst 1 nats indlæggelse eller specialiseret behandling.

18 af de medlemslande, der deltog i dataindsamlingen for 2015, har indført en forhåndsgodkendelsesordning, herunder Danmark. 17 af disse lande var i stand til at levere data om antallet af anmodninger om forhåndsgodkendelse til behandling i udlandet. Der blev i disse lande behandlet 1357 ansøgninger, hvoraf omkring 50,2 % blev imødekommet. Flere medlemslande

modtog mindre end 100 ansøgninger. De fleste forhåndsgodkendelser vedrørte behandling i Tyskland. Danmark modtog 76 ansøgninger, hvoraf 6 blev imødekommet. Danmark imødekom således omkring 7 procent af anmodningerne om forhåndsgodkendelse.

10.6.2 Borgernes brug af reglerne

Om borgernes søgning af behandling i udlandet efter patientmobilitetsdirektivet viser rapporten, at antallet af refusionsanmodninger for behandlinger, der ikke kræver en forhåndsgodkendelse, i 2015 generelt var lavt. Dog med undtagelse af enkelte lande som Belgien og Danmark, der hver modtog over 30.000 ansøgninger. Det store antal danske refusionsansøgninger skyldes primært ansøgninger om tilskud til tandbehandling i udlandet, der udgjorde over 90 % af de modtagne ansøgninger i Danmark. Ca. 78 % af det samlede antal refusionsansøgninger i medlemslandene blev imødekommet.

10.6.3 Refusion

Efter direktivet kan udgifterne til behandling i udlandet refunderes op til et beløb, der svarer til hvad tilskuddet ville have været, hvis behandlingen blev leveret i hjemlandet. Beløbet kan dog ikke overstige de faktiske udgifter til den modtagne behandling.

Ifølge rapporten udbetalte de enkelte medlemslande i 2015 refusion på under 500.000 € til undersøgelser med forhåndsgodkendelse, mens der blev udbetalt refusionsbeløb på under 2 mio. € for behandlinger, der ikke kræver en forhåndsgodkendelse, dog med undtagelse af Norge, Belgien og Sverige, der har oplyst refusionsbeløb svarende til 4-7 mio. €. I Danmark blev der udbetalt refusion på omkring 1,2 millioner € svarende til cirka 9 mio. kr. til undersøgelser, der ikke kræver forhåndsgodkendelse og omkring 188.000 kr. for behandlinger med en forhåndsgodkendelse.

Det bemærkes i rapporten, at der skal tages højde for, at ikke alle udstedte forhåndsgodkendelser resulterer i en egentlig behandling eller refusionsansøgning, ligesom der ikke i alle tilfælde bliver udbetalt refusion indenfor samme år, som forhåndsgodkendelsen udstedes i.

10.6.4 Kontakt til de nationale og regionale kontaktpunkter

Ved dataindsamlingen for 2015 blev medlemslandene også bedt om at indberette det samlede antal henvendelser til de nationale og regionale kontaktpunkter vedrørende information om retten til behandling i udlandet på baggrund af direktivets regler. Det påpeges i rapporten, at antallet af informationsanmodninger kan give en indikation af borgernes generelle kendskab til reglerne.

Flere medlemslande havde imidlertid svært ved at levere data til dette spørgsmål, ligesom det ikke kan udelukkes, at der i tallene også er indeholdt henvendelser, der falder udenfor direktivets område, såsom henvendelser om tilladelse til planlagt behandling i et andet EU/EØS-land på baggrund af forordningens regler.

De fleste medlemslande modtog kun få hundrede informationsanmodninger med undtagelse af Polen, der modtog over 30.000 henvendelser. I Danmark blev der registreret omkring 3.400 henvendelser. Rapporten henviser i den forbindelse til, at de nationale kontaktpunkter også stiller information til rådighed til borgerne via deres hjemmesider.

I Styrelsen for Patientsikkerhed arbejdes løbende med formidling af EU-reglerne. På styrelsens hjemmeside findes vejledning om direktivets regler på dansk og engelsk, ligesom EU-kommissionens samlede rapport om grænseoverskridende behandling i medfør af direktivet er tilgængelig på hjemmesiden. Endvidere findes der kontaktoplysninger til de regionale patientkontorer på styrelsens hjemmeside.

10.6.5 Rapportens konklusion

Rapporten konkluderer, at patienters mobilitet i forbindelse med modtagelse af planlagt behandling i udlandet i 2015 generelt var lav, men at der ses en tendens til, at borgere, der ønsker at modtage behandling i udlandet, søger behandling i et naboland.

10.7 Udbetalinger og refusioner i International Sygesikring

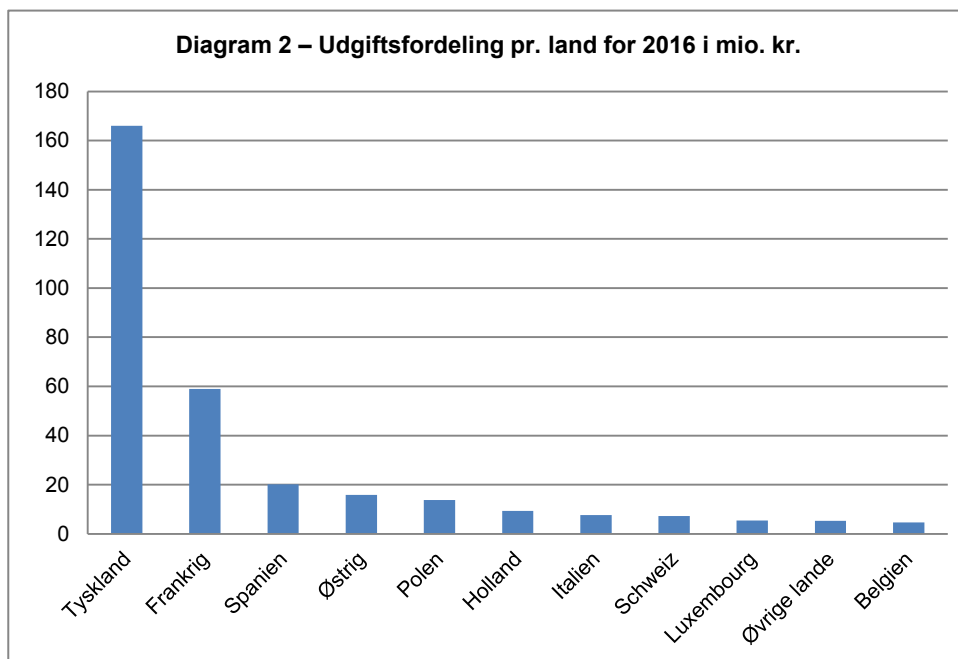
Styrelsens økonomiafdeling varetager opgaver i forbindelse med afregning af udgifter til sundheds- og plejeydelser mellem EU/EØS-lande og Schweiz for dansk sikrede personer og deres familiemedlemmer, som er behandlet i udlandet.

10.7.1 Udgifter

I 2016 var der samlet udgifter på 314,2³ mio. kr. (bruttoudgifter), hvoraf hovedparten vedrørte Tyskland (166 mio. kr.), Spanien (20,2 mio. kr.), Frankrig (59 mio. kr.), Østrig (15,9 mio. kr.), Schweiz (7,2 mio. kr.), Polen (13,7 mio. kr.), Holland (9,3 mio. kr.), Italien (7,6 mio. kr.), Luxembourg (5,4 mio. kr.) og Belgien (4,6 mio. kr.). For de øvrige EU/EØS-lande og Schweiz var de samlede udgifter mindre end 5,3 mio. kr.

³ Det bemærkes, at en større tilbageført hensættelse på ca. 69,3 mio. kr. vedrørende krav fra Spanien fra 2013 er ved en fejl ikke blevet tilbageført tidligere, selvom der i 2014 er gennemført udbetalinger på hovedparten af beløbet angående disse krav. Resten ca., 3,8 mio. kr., er udbetalt i 2016. I relation til Frankrig er der blevet bogført kreditnotaer på ca. 10 mio. kr. vedrørende tidligere lukkede gennemsnitskrav.

Diagram 2 viser, hvordan bruttoudgifterne fordelte sig på lande i 2016.



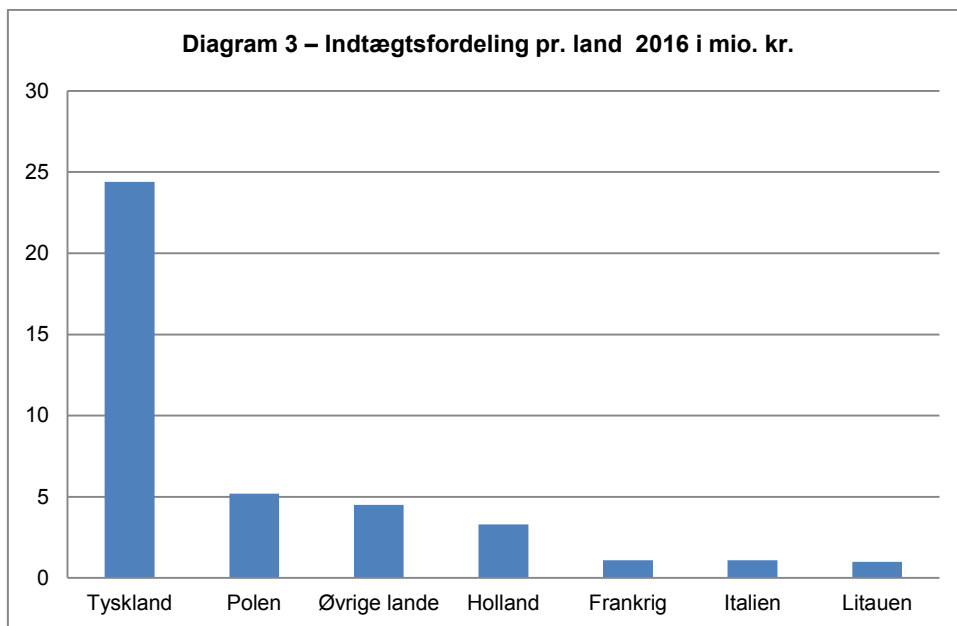
I 2016 blev 144.881 regninger regnskabsført. Heraf vedrørte cirka halvdelen Tyskland, men Polen, Frankrig og Spanien havde også et betydeligt antal regninger.

10.7.2 Indtægter

Styrelsens økonomiafdeling opkræver også udgifter til behandling af patienter fra EU/EØS-lande og Schweiz, som behandles i Danmark. Det opkrævede beløb udbetaler vi videre til regioner og kommuner, så de får dækket deres udgifter til behandling af udenlandsk sikrede borgere i Danmark.

Indtægterne i form af opkrævninger udgjorde i 2016 i alt 40,6 mio. kr. Langt de fleste opkrævninger var til Tyskland (24,4 mio. kr.). Resten af opkrævningerne var til Polen (5,2 mio. kr.), Holland (3,3 mio. kr.), Italien (1,1 mio. kr.), Frankrig (1,1 mio. kr.), Litauen (1,0 mio. kr.). I forhold til de resterende EU/EØS-lande og Schweiz opkrævede Danmark under 1 mio. kr. pr. land.

Diagram 3 viser fordelingen af indtægter og dermed fordelingen af opkrævningerne på landene.



Danmark opkrævede i 2016 12.050 regninger fra EU/EØS-landene og Schweiz. De fleste blev sendt til opkrævning i Tyskland, Italien, Spanien, Frankrig, Holland, Polen og Litauen.

10.7.3 Overførsler til regioner og kommuner

Når styrelsen sender opkrævninger til andre EU/EØS-lande og Schweiz for udgifter til sundhedsydelser, som regionerne og kommunerne har haft til udenlandsk sikrede borgere, kan landene svare ved enten at anerkende kravet eller gøre indsigelse imod kravet. De berørte regioner og kommuner får forelagt de enkelte indsigelser, så de enten kan fremsende yderligere dokumentation for behandlingen til udlandet eller afskrive fordringen.

En opkrævning skal være betalt til styrelsen senest 36 måneder fra datoen for modtagelse af kravet, inden for hvilken periode en eventuel strid om opkrævningen ligeledes skal være bilagt. Når vi modtager indbetalinger fra udlandet, som vi har opkrævet fra indeværende eller tidligere år, udbetaler vi videre til de relevante regioner og kommuner senest to måneder efter, vi har modtaget beløbet fra udlandet.

I 2016 udbetalte vi i alt 39,2 mio. kr. til regioner og kommuner, og vi afskrev opkrævninger for 2,2 mio. kr., som landene havde gjort indsigelse imod. I slutningen af 2016 havde regioner og kommuner samlet 41,0 mio. kr. til gode fra udlandet.

Diagram 4 viser den grafiske fordeling af indbetalinger fra udlandet, som vi udbetaler til regioner og kommuner regnskabsført i 2016.

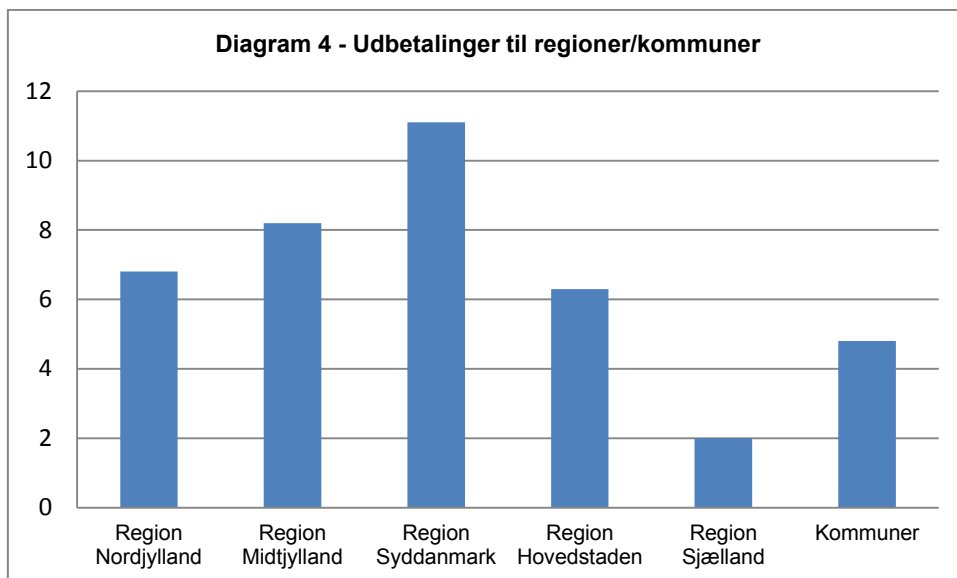
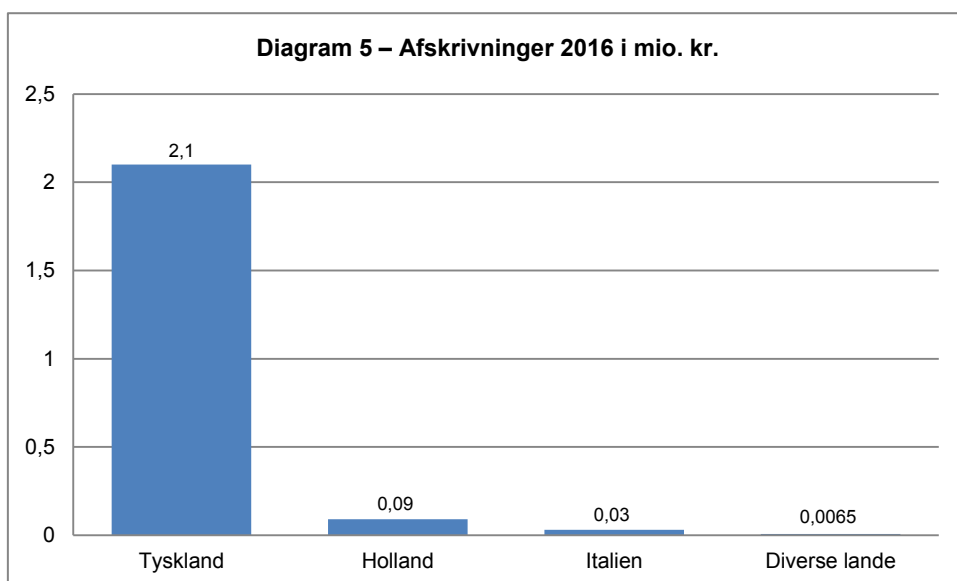


Diagram 5 viser den grafiske fordeling af afskrivninger pr. land regnskabsført i 2016.



10.8 Arbejdsskader i udlandet

Styrelsen refunderer også udgifter til behandling af dansk sikrede borgere, som har været ude for en arbejdsskade. Det er Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, som tjekker, om en person er dansk arbejdsskadesikret og godkender regninger, som de herefter sender videre til styrelsen.

Styrelsen står for udbetaling af erstatning for arbejdsskader til Tyskland og for 2016 også til Østrig. Styrelsen udbetaler derfor erstatning til dansk sikrede personer, der kom til skade under arbejde i de pågældende lande.

Udgiften for arbejdsskader i 2016 udgjorde 3,6 mio. kr. med i alt 392 regninger.

10.9 Udvikling gennem årene

Sammenligner vi nettoudgifter gennem årene, har vi en variation, hvor nettoudgifterne fra 2014 til 2015 er faldet fra 355,5 mio. kr. til 299,6 mio. kr. og yderligere til 273,6 mio. kr. i 2016. Faldet i udgifter i 2015 skyldes primært, at der er indkommet færre krav fra primært Tyskland, Frankrig og Spanien. I 2016 skyldes faldet i udgifter primært kreditnotaer fra Frankrig og en hensættelse på 69,3 mio. kr. vedrørende krav fra Spanien. Kravet er fra 2013 og var ved en fejl ikke blevet tilbageført, selvom der i 2014 var gennemført udbetalinger på hovedparten af beløbet. Resten, 3,8 mio. kr., er udbetalt i 2016.

Indtægterne er steget gennem årene fra 2013 til 2016 på henholdsvis 22,1 mio. kr. i indtægter i 2013 til 40,6 mio. kr. i 2016. Stigningen i årene frem til 2016 skyldes flere opkrævninger fra regioner og kommuner samt en stigning i prisen pr. behandling. Gennemsnitsprisen pr. behandling i 2016 var 3.373,50 kr.

Tabel 1 – Samlede indtægter og udgifter i årene 2013-2016, beløb i mio. kr.

	2013	2014	2015	2016
Udgifter (brutto)	307,8	380,2	327,9	314,2
Indtægter	22,1	24,7	31,3	40,6
Udgifter (netto)	285,7	355,5	296,6	273,6

8.3.6. Afvikling af krav gennem årene

I 2016 afviklede styrelsen en række udestående krav både på udgifts- og indtægtssiden. Det er krav, som EU-/EØS-lande og Schweiz har sendt til os for at få refusion for behandling i udlandet af dansk sikrede borgere. Tabel 2 viser udviklingen i udestående krav for årene 2013-2016.

Tabel 2 – Udestående krav på udgiftssiden i årene 2013-2016, beløb i mio. kr.

2013	2014	2015	2016
132	103	139	85,3

De udestående krav på indtægtssiden drejer sig om krav, som Danmark opkrævede EU-/EØS-lande og Schweiz for behandling af udenlandsk sikrede borgere i Danmark. Tabel 3 viser afvikling af krav på indtægtssiden for årene 2013-2016.

Tabel 3 – Udestående krav for indtægtssiden i årene 2013-2016, beløb i mio. kr.

2013	2014	2015	2016
25,6	20,8	28,4	41,0

11 Bilag: Medlemsliste – Det Rådgivende Praksisudvalg

Formand:

Vicedirektør for Styrelsens for Patientsikkerhed Steffen Egesborg Hansen

Medlemmer:

Jordemoderforeningen

Lise Jul Scharff: ljsc@regionsjaelland.dk

Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere

Flemming Mogensen Finøen: finoeen@gmail.com

Lægeforeningen

Anja Mitchell: aumitchell@dadlnet.dk

Josephine Obel: jobel@dadlnet.dk

Jakob Dahl: jakobdahl@dadlnet.dk

Danske Patienter

Natasja Espeløv Balslev: neb@cancer.dk

Dansk Kiropraktor Forening

Lisbeth Hartvigsen: lhartvigsen@rygklinik.dk

FOA

Karen Stæhr: KAS050@foa.dk

Forbrugerrådet Tænk

Sine Jensen: sj@fbr.dk

Danske Fysioterapeuter

Gurli Petersen: gp@fysio.dk

Dansk Sygeplejeråd

Dorte Steenberg: ds@dsr.dk

Tandlægeforeningen

Henrik Paul Nielsen: hpn@tdl.dk

De Offentlige Tandlæger

Henning Michael Tønning: hmt@guldborgsund.dk

3F

Karin Petersen: karin.petersen@3f.dk

KL

Jeanette Hjermind: jeah@hillerod.dk

Danske Regioner

Peder Ring: por@regionsjaelland.dk

Danske Handicaporganisationer

Tina Brandt Jensen: h2move.com@gmail.com