



Årsberetning 2014

Patientombuddet

Titel: Årsberetning 2014, Patientombuddet

© Patientombuddet, 2015. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

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

Format: pdf

Indhold

Forord	4
1 Om os	5
2 Patientombuddets aktiviteter i tal og overskrifter	7
2.1 Patientklager	7
2.2 Ankesager.....	9
2.3 Læring.....	9
2.4 International sygesikring	10
3 Læring	11
3.2 Læringsaktiviteter	12
4. Dialog	13
4.1 Hvad er formålet med dialog?.....	13
4.2 Hvem får tilbudt dialog?.....	14
4.3 Hvordan foregår dialogen?	16
4.4 Hvad blev resultatet af dialogerne?	17
4.5 Læring med baggrund i dialog	18
5 Patientombuddets afgørelser	19
5.1 Behandlingsklager.....	19
5.1.1 Opfølgning på og information om prøvesvar	22
5.2 Rettighedsklager.....	25
5.2.1 Frit sygehusvalg i forbindelse med fødsel	27
5.2.2 Vilkår for sygehusbehandling	30
5.3 Det Rådgivende Praksisudvalg	32
6 Nævnenes virksomhed	34
6.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	34
6.2 Patientskadeankenævnet	35
6.3 Lægemiddelskadeankenævnet.....	35
6.4 Det Psykiatriske Ankenævn	36
7 International sygesikring	37
7.1 Om International Sygesikring	37
7.2 Særlige opgaver i 2014	37
7.3 Udbetalinger og refusioner i International Sygesikring	39
Bilag	43
Bilag 1	43

Forord

En betydelig vækst i antallet af klager har kendetegnet 2014. Det gælder både for erstatningsankesager og for patientklager. Der er tale om videreførelse af en udvikling, vi har set siden Patientombuddets etablering i 2011. Antallet af erstatningsankesager er steget med knap 60 pct. i de 4 år, Patientombuddet har eksisteret, og antallet af klagesager er vokset med over 45 pct. i samme periode.

Vi har i 2014 opretholdt de korte sagsbehandlingstider for erstatningsankesager, psykiatriske ankesager og rettighedsklager, mens sagsbehandlingstiderne for klager over behandling fortsat er for lange.

De 4 nævn, som Patientombuddet 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.

Vi udgiver en selvstændig årsberetning om rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser, der oplyser om vores læringsaktiviteter i 2014. I samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse gennemførte vi i 2014 et serviceeftersyn af rapporteringsordningen om utilsigtede hændelser. Konklusionen var, at systemet er nyttigt og understøtter arbejdet med patientsikkerhed i det danske sundhedsvæsen. Vi vil i 2015 følge op på en række anbefalinger fra eftersynet.

Vi giver i denne beretning eksempler på afgørelser om opfølgning på og information om prøvesvar, fordi manglende opfølgning kan have vidtrækkende konsekvenser for patienten.

Vi modtager et stigende antal klager om frit sygehusvalg i forbindelse med fødsler. Derfor offentliggør vi i denne beretning afgørelser, som illustrerer, at en sygehusafdeling med specialiserede funktioner kan afvise at modtage fritvalgspatienter, der ikke har behov for behandling på specialiseret niveau.

Med baggrund i input fra regionerne viser vi igen i år, hvordan dialogordningen bliver anvendt. Det gør vi, fordi dialogen er en vigtig del af klagesystemet. Både for patienterne og sundhedsvæsenet er det en fordel, hvis misforståelser kan rettes og svar på spørgsmål kan gives i en sådan samtale.

Vi har på de følgende sider samlet et uddrag af de aktiviteter, som prægede vores arbejde i 2014.

Steffen Egesborg Hansen, Direktør

1 Om os

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

Det er Patientombuddets primære opgave at behandle patienters klager og ankesager om erstatninger. Denne opgave forudsætter en omfattende sundhedsfaglig ekspertise. Patientombuddet har derfor tilknyttet omkring 400 eksperter, der virker som sagkyndige konsulenter i alle sager, der kræver sundhedsfaglig ekspertise.

Patientombuddet har både patienternes og sundhedspersonernes retssikkerhed i fokus. Det betyder, at patienter og sundhedspersoner kan forvente en grundig og kvalificeret behandling af sagerne.

Patientombuddet er inddelt i fire faglige centre og enheder. Patientklagecentret og Erstatningscentret sekretariatsbetjener hver to nævn.

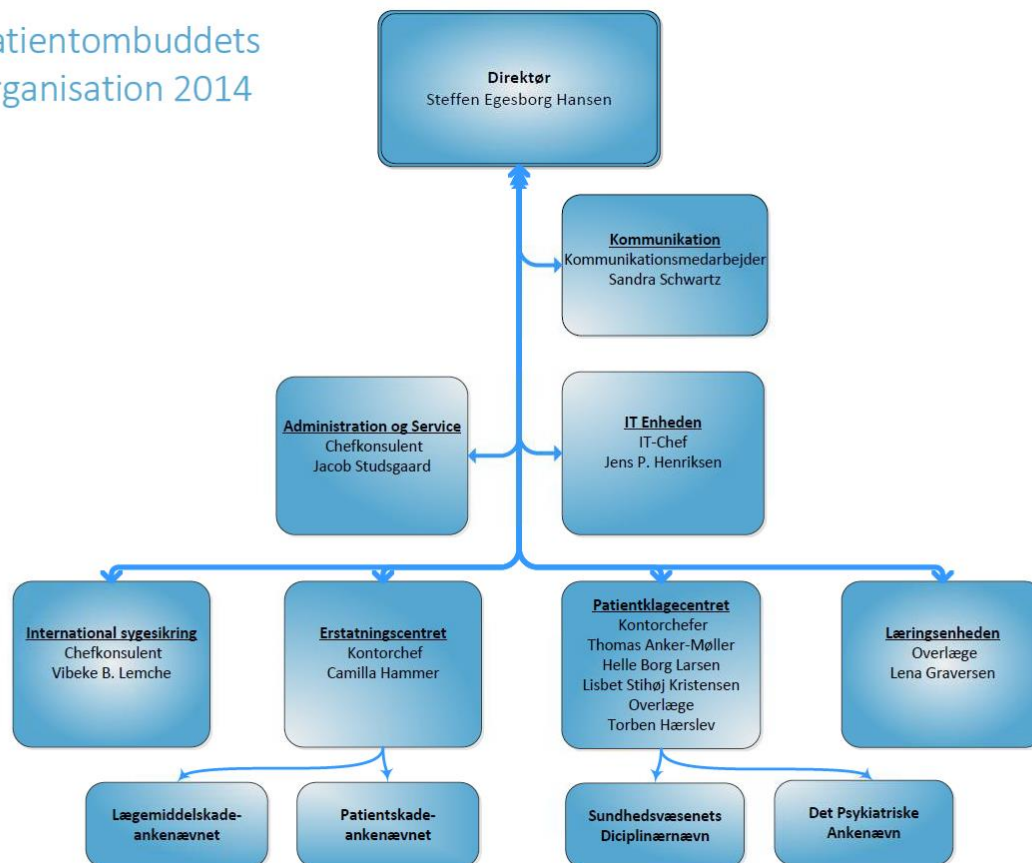
Patientklagecentret sekretariatsbetjener Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Det Psykiatriske Ankenævn.

Erstatningscentret sekretariatsbetjener Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet. Fra 1. januar 2015 lægges de to nævn sammen til et – Ankenævnet for Patienterstatningen.

Patientombuddet har adresse på Frederiksberg, hvor vi i et samlet hus beskæftiger omkring 140 årsværk.

Patientombuddets organisation ser således ud:

Patientombuddets organisation 2014



Patientombuddets vision

Vi vil bidrage til udvikling af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet

Patientombuddets mission

Vi vil træffe korrekte og forståelige afgørelser på patienters klager

Vi vil sikre patienter kortest mulig sagsbehandlingstid

Vi vil formidle vores erfaringer og viden til brug for kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet

Vi vil skabe tillid til Patientombuddet ved et åbent samarbejde med omverdenen

Vi vil være en attraktiv arbejdsplads

Patientombuddets værdier

Engagement, faglighed, effektivitet og åbenhed

2 Patientombuddets aktiviteter i tal og overskrifter

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

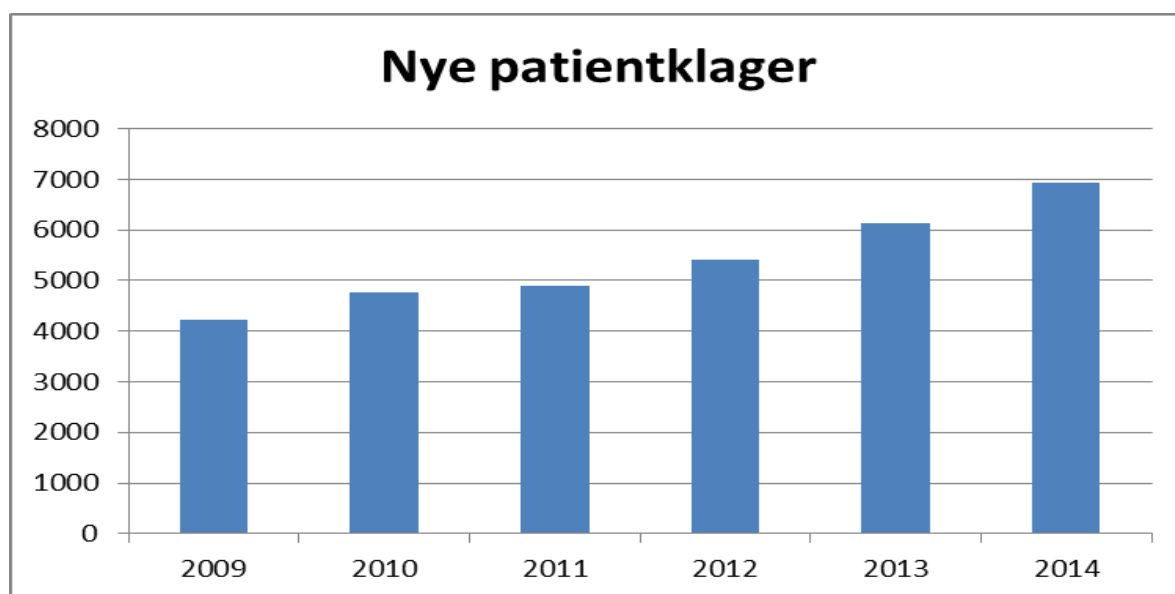
Vores to største opgaver er at behandle patientklager og ankesager om erstatning.

2.1 Patientklager

Sagsbehandling af patienters klager fylder mest. I 2014 oprettede Patientombuddet næsten 7.000 klagesager. De fleste af disse – ca. 5.700 sager – er klager over den sundhedsfaglige behandling, som afgøres af enten Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Hertil kommer ca. 1.100 klager over tilsidesættelse af patientrettigheder eller over administrative afgørelser om for eksempel befordringsgodtgørelse. Resten er klager til Det Psykiatriske Ankenævn.

Patientombuddet varetager sekretariatsbetjeningen af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, og Patientombuddet træffer selv afgørelse i de klagesager, hvor patienten ikke ønsker at klage over en bestemt sundhedsperson.

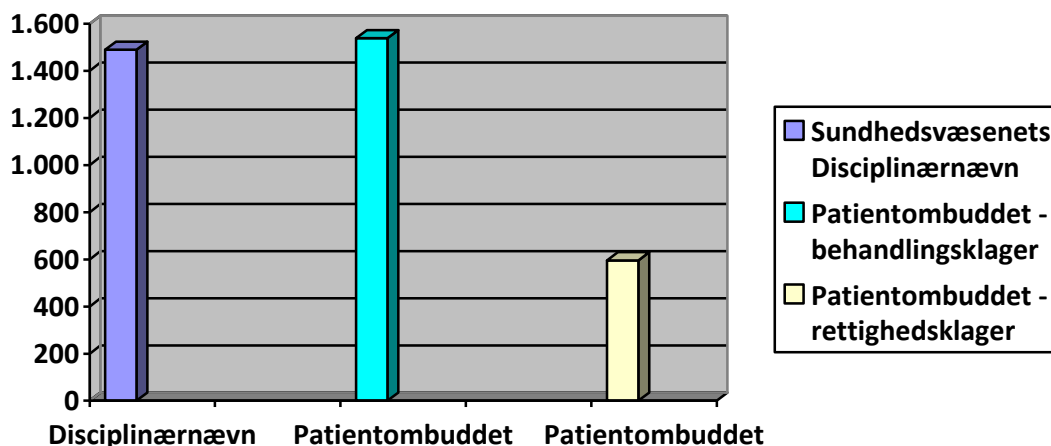
Antallet af patientklager er steget gennem årene. Fra 2013 til 2014 steg antallet af patientklager med lidt over 15 procent.



Selv om antallet af patientklager er stigende, så er det samlede antal patientklager ikke højt. Antallet af klager skal ses i lyset af de mange millioner patientkontakter, der er i sundhedsvæsenet hvert år.

I 2014 blev der afsluttet godt 5.600 patientklager. Heraf afgjorde Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Patientombuddet tilsammen godt 3.700 patientklager. Godt 1.900 klager blev afsluttet, fordi de var forældede eller blev trukket tilbage mv. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for patientklager blev 13,3 måneder¹. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2014 var således stort set på niveau med den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2013, som var på 13,1 måneder.

Afgørelser i disciplinærnævnet og Patientombuddet



Patienter, der klager over sundhedsfaglig behandling i sundhedsvæsenet, har i de fleste tilfælde mulighed for at vælge at deltage i en lokal dialog om klagen. Regionerne indberettede, at der i 2014 blev afholdt 1.031 dialoger, hvilket er en betydelig stigning fra 2013, hvor 765 dialoger blev afholdt. Dialogprocessen omtales mere udførligt i kapitel 4.

Patienterne kan i de fleste tilfælde også vælge, om deres klage skal afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller Patientombuddet.

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

I 2014 valgte 55 procent af patienterne at få deres klage over sundhedsfaglig behandling afgjort af Patientombuddet, mens 45 procent valgte Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Der er således en stadig større andel af patienter, der vælger at få deres sag afgjort af Patientombuddet. Både i 2011 og 2012 valgte ca. 70 procent af patienterne, at deres klage skulle afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, mens ca. 30 procent valgte Patientombuddet. I 2013 valgte 51 procent af patienterne at få deres klager

¹ Inklusiv sagsbehandlingstiden for psykiatriske ankesager

afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, mens 49 procent valgte Patientombuddet.

Disciplinærnævnet gav i 2014 kritik til konkrete sundhedspersoner i 30 procent af afgørelserne, mens Patientombuddet i 2014 gav behandlingsstedet kritik i 35 procent af afgørelserne.

Patientombuddets afgørelser og disciplinærnævnets virksomhed² omtales mere udførligt i kapitel 5 og 6.

2.2 Ankesager

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

Hvert af de tre nævn udgiver en selvstændig årsberetning.

Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet afgør klager over Patientforsikringens (nu Patienterstatningen) afgørelser om erstatning. Erstatningscentret i Patientombuddet sekretariatsbetjener de to nævn.

Det Psykiatriske Ankenævn afgør klager over de lokale psykiatriske patientklagenævnets afgørelser om tvangsanvendelse – fortrinsvis tvangsbehandling. Patientklagecentret i Patientombuddet sekretariatsbetjener dette nævn.

Patientombuddet modtog i 2014 i alt 3.227 ankesager.

Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet afsluttede i 2014 i alt 3.137 ankesager.

Det Psykiatriske Ankenævn afsluttede i 2014 i alt 183 ankesager.

De enkelte nævnets virksomhed er mere udførligt omtalt i kapitel 6.

2.3 Læring

Patientombuddet behandler patientklager og ankesager i erstatningssystemet og administrerer Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Det giver mulighed for at videreformidle viden og læring, der samlet kan udtrækkes af patientklager, erstatningsager og rapporter om utilsigtede hændelser.

Læringsenheden i Patientombuddet har til opgave at sikre, at de mange data, som Patientombuddet har, bliver udnyttet til at udvikle kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne. Patientombuddet formidler derfor viden fra de tre datakilder og indgår på efterspørgsel i samarbejde med sundhedsvæsenets aktører, hvor Patientombuddet stiller data til rådighed.

² Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn udgiver også en selvstændig årsberetning om nævnets virksomhed

Læringsenhedens virksomhed er mere udførligt omtalt i kapitel 3.

2.4 International sygesikring

Enheden International Sygesikring i Patientombuddet har tre hovedopgaver. Vi vejleder om EU-rettens regler om koordinering af sygesikring for borgere, der rejser mellem landene, og vi opkræver og betaler i den forbindelse udgifter til behandling. Fra 1. januar 2014 er International Sygesikring også nationalt kontaktpunkt efter gennemførelsen af patientmobilitetsdirektivets regler.

3 Læring

Patientombuddets Læringsenhed havde et spændende og lærerigt 2014. En stor opgave i 2014 var det serviceeftersyn, som ministeren for sundhed og forebyggelse besluttede at give rapporteringsordningen efter 10 års drift. Formålet var at samle op på erfaringer, så vi kan modernisere og målrette ordningen til gavn for patienterne og patientsikkerheden.

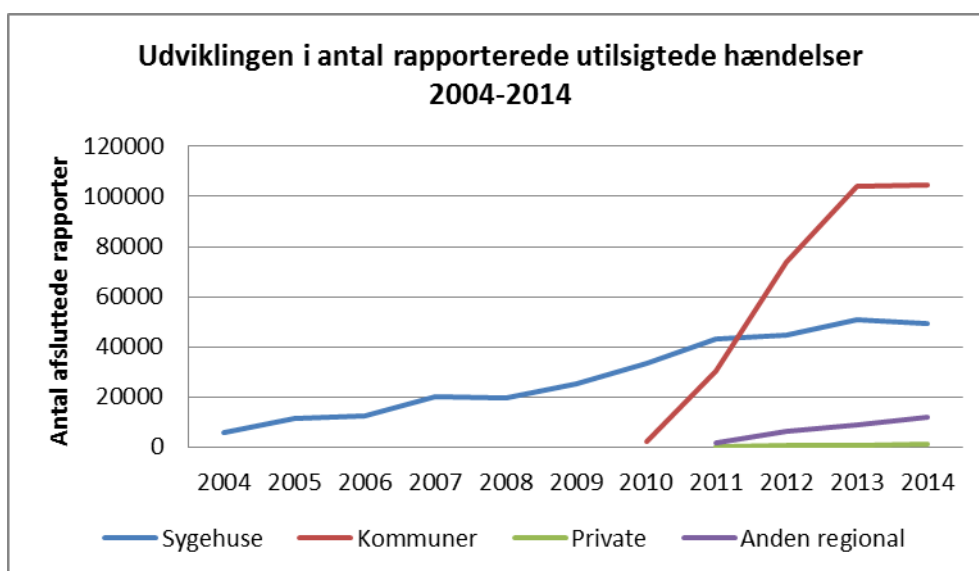
Konklusionen på serviceeftersynet er, at systemet er velfunderet, nyttigt og understøtter arbejdet med patientsikkerhed i det danske sundhedsvæsen.

Der er dog også områder, hvor vi kan gøre tingene bedre. Vi er i gang med at se på forbedringer, og arbejdet fortsætter i 2015. På baggrund af serviceeftersynet har vi besluttet, at vi i 2015 opretter et nyt fagligt forum, som skal være bindeled mellem det lokale og nationale læringsarbejde. Medlemmer udpeges i foråret 2015. Serviceeftersynet pegede også på, at vi kan videreudvikle den måde, vi formidler læring på til vores interessenter. Vi arbejder på at etablere en vidensplatform, som kan understøtte videndeling på tværs.

Vi vil i 2015 desuden inddrage samarbejdsparter i arbejdet med hændelserne fra databasen og læring. Vi vil i den forbindelse udbygge vores samarbejde med klinikere.

3.1 Rapportering af utilsigtede hændelser

Der blev i 2014 i alt rapporteret 182.643 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Regioner og kommuner sagsbehandlede 167.098 hændelser færdig. Det tilsvarende tal for 2013 var 164.850 afsluttede sager. Patientombuddet modtog samlet 2.248 flere rapporter i 2014 end i 2013. Stigningen skyldes primært flere rapporter fra praktiserende læger og personale i regionale botilbud.



Figuren viser udviklingen af indsendte rapporter til DPSD i perioden 2004 til 2014.

3.2 Læringsaktiviteter

I 2014 arbejdede vi temaer, som resulterede i to temarapporter, der udkom i december. Den ene var om behandling med insulin, og den anden var om observation af patienter på sygehuse.

Vi udgav i 2014 tre OBS-meddelelser på baggrund af hændelser fra databasen. Formålet var at gøre opmærksom på særligt vigtige problemer med patientsikkerhed.

Vi holdt omkring 30 oplæg rundt om i landet og udlandet, udgav fire nyhedsbreve, holdt to temadage, ligesom vi stillede data til rådighed for andre aktørers projekter. Herudover har vi bidraget til internationalt patientsikkerhedsarbejde i EU og WHO.

[Du kan læse mere i DPSD årsberetningen her.](#)

4. Dialog

Når en patient klager over en sundhedsfaglig behandling, skal Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn efter klage- og erstatningsloven tilbyde patienten en dialog med den relevante region. Hvis der bliver klaget formelt til det regionale patientkontor, kan patientkontoret med det samme tilbyde patienten dialog og skal samtidig underrette Patientombuddet om klagen.

Dialogordningen gør det muligt for patienter i samarbejde med sundhedsvæsenet at få rettet misforståelser og få svar på spørgsmål om behandlingen. Via dialog finder parterne ud af, om patientens henvendelse kan imødekommes med en forklaring, en undskyldning, eller en oplysning om at procedurer ændres for fremtiden. Det er erfaringen, at patienters motiv til at klage oftest er et ønske om, at der drages læring af et utilfredsstillende forløb, så det ikke gentager sig for fremtidige patienter. Dialog gør lokal læring muligt, det sted patienten har klaget over.

Mange patienter henvender sig helt naturligt til den sundhedsperson eller det behandlingssted, som har udført en behandling, patienten er utilfreds med. Patienter kan også henvende sig til de regionale patientkontorer. Denne uformelle kontakt fører mange gange til, at patienten ikke føler behov for at klage formelt, fordi eventuelle misforståelser bliver afklaret i dialogen, og sundhedsfaglige uklarheder kan blive uddybet og forklaret.

Det er også erfaringen, at ganske mange patienter klager direkte til Patientombuddet uden først at kontakte det regionale patientkontor eller behandlingsstedet. Hvis klagen gør dialog muligt, kontakter Patientombuddet klageren og tilbyder, at klager kan få en dialog med den relevante region.

Den lokale dialog er en vigtig del af klagesystemet. Både for patienterne og sundhedsvæsenet er det mere tilfredsstillende, hvis dialog kan afslutte en klage i stedet for, at den afgøres formelt i klagesystemet. Et frafald af en klage efter dialog er dog blot et af mange succeskriterier. Vigtigst er naturligvis, at patienten får afklaret de spørgsmål, som trængte sig på, og at man lokalt drager læring ud af samtalen, når der er mulighed for det.

Region Nordjylland har i sin årsindberetning skrevet:

“Det, der vægtes, er hvorvidt borgeren har oplevet sig hørt, set og forstået til dialogen, og hvorvidt borgeren og sundhedspersonalet har opnået en form for fælles forståelse, der kan anvendes konstruktivt, efter dialogen. Det, der tilstræbes, er at få tilliden mellem borger og sundhedsvæsen genetableret, og det er uafhængigt af, hvorvidt en klage fortsætter i Patientombuddet, eller om den afsluttes.”

4.1 Hvad er formålet med dialog?

Formålet med dialog er at tale om den sundhedsfaglige behandling, patienten ønsker at klage over. Patienternes klager indeholder imidlertid ofte elementer, som omhandler andet end den sundhedsfaglige behandling, en såkaldt serviceklage. Det kan for

eksempel være lægens opførsel eller ventetid. Den del af klagen vurderer vi ikke i Patientombuddet. Den tager regionen sig af.

Vi har i Patientombuddet indtil 2013 opdelt klagen i sundhedsfaglig behandling og serviceniveau, inden vi sendte klagen til regionen.

Da flere regioner oplyser, at der ofte tales om service under dialogen, som en del af dét patienten er frustreret over, er det ikke hensigtsmæssigt at opdele klagen, inden vi sender den videre i dialog. Vi sendte derfor i 2014 klager videre til dialog, hvor indholdet både handlede om den sundhedsfaglige behandling og den service, der var ydet.

Region Nordjylland oplyste i cases til tallene i 2014, at flere dialoger ender med, at man fra behandlingsstedet vil tænke mere over, hvordan man kommunikerer med patienter. En drøftelse af noget ikke direkte sundhedsfagligt kan være essentielt at tale om for de involverede parter. Patientombuddet vil derfor også i 2015 sende klagen til regionen uden at opdele klagen i service og behandling før dialogen.

4.2 Hvem får tilbudt dialog?

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

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

Det er patienten selv, der afgør, om denne ønsker dialog med regionen. Den lokale dialog skal i givet fald gennemføres, inden klagen behandles og inden for fire uger.

Ifølge indberetninger fra landets fem regioner gennemførtes der i 2014 i alt 1.031 dialoger. Det er en betydelig stigning fra 2013, hvor 765 dialoger blev afholdt.

Nogle dialoger gennemføres ikke. Patientombuddet sendte i 2014 cirka 1.500 klager til regionerne, hvor klager takkede ja til tilbuddet om dialog.

Der er ikke statistik på, hvorfor nogle ønsker om dialog ikke fører til en samtale. I nogle tilfælde skyldes det, at regionen ikke kunne få fat i klageren inden for fristen på de fire uger. I andre tilfælde er grunden, at der er et mismatch mellem det konkrete tilbud fra regionen og klagers forventning. Derfor aftalte Patientombuddet og regionerne i 2013, at regionerne i 2014 skulle registrere, hvorfor ønsker om dialog trækkes tilbage, så der kan handles på det grundlag.

Tre regioner har givet oplysninger videre til os herom. Det giver ikke et tilstrækkeligt grundlag til at kunne drage endelige konklusioner om årsagerne til, at ønsket om en dialog ikke fører til en samtale, herunder at flere fortryder ønsket om dialog. Vi vil

gennem kontaktmøder med regionerne i 2015 forsøge at opnå en fuldstændig indberetning fremadrettet.

Dialoger, som ikke blev gennemført³	Antal
Ikke gennemført i alt	73
Klager ønskede ikke dialog efter kontakt med region	41
Regionen kunne ikke få kontakt med klager	13
Andet/ej oplyst	19

Når klager alligevel ikke ønsker at gennemføre dialogen, ser det ud til, at årsagen overvejende er forventninger, der ikke stemmer overens med det tilbud, regionen giver. Regionerne tilrettelægger i et vist omfang deres dialog forskelligt. På Patientombuddets hjemmeside er der link til de fem regioners egne oplysninger om, hvad et tilbud om dialog indebærer hos dem.

Region Nordjylland oplyste, at da regionen er organiseret med en indgang til alle dialogsager, kan regionens Rådgivnings- og Dialogteam som udgangspunkt ringe til alle dem, som har takket ja til dialog. Teamet har gennem samtale mulighed for at afklare, hvem klagerne ønsker at få en dialog med, og for at få klagen uddybet og forventningsafstemme inden selve dialogen. Efter telefonisk kontakt med Rådgivnings- og Dialogteamet i Region Nordjylland valgte 24 ud af 96 klagerne i 2014 at afslutte klagen på dette stadie. En forklaring på det lyder, at klager i stedet for en klagesag ønskede en erstatningssag eller ny kommunikation med sygehuset, hvilket teamet kunne hjælpe med at iværksætte.

Igen i 2014 vedrørte dialogen lidt flere kvinder end mænd.

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

Hvor mange dialoger vedrørte behandling⁴	Antal
På offentligt, somatisk sygehus?	764
På offentligt, psykiatrisk sygehus?	53
På privat sygehus?	15
I praksissektoren?	176
Præhospital?	5
Ej oplyst	18

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

³ Kun 3 regioner svarede

⁴ Flere regioner indberettede ikke tal for dialoger om behandling i præhospital regi

4.3 Hvordan foregår dialogen?

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

Metode ved gennemført dialog	Antal
Antal dialoger gennemført ved telefonisk kontakt	216
Antal dialoger gennemført ved personlig møde	742
Ej oplyst	60

Ved dialog om behandling på sygehus deltager stort set uden undtagelse en repræsentant for afdelingsledelsen og/eller den behandlingsansvarlige sundhedsperson.

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Nordjylland
Antal tilfælde hvor de behandlingsansvarlige sundhedspersoner deltog i dialogen	160	98	146	62	48
Antal tilfælde hvor afdelingsledelsen på et offentligt sygehus deltog i dialogen	182	100	164	108	50
Antal tilfælde hvor andre fra regionen deltog i dialogen	35	6	48	1	40
Antal tilfælde hvor ledelsen af privat hospital eller klinik i praksissektoren deltog i dialogen	13	27	5	16	2

Der synes at være en tendens til, at de behandlingsansvarlige deltager i dialogen i lidt større omfang end i 2013. Det kan være alene eller sammen med afdelingsledelsen. Det skete i 50 % af dialogerne i 2014 mod 44 % i 2013.

Region Nordjylland oplyste, at man på et enkelt sygehus har gode erfaringer med, at der som udgangspunkt deltager en risikomanager, der også kan varetage en eventuel læringsdel.

Det er muligt for en patient at have en pårørende, ven eller en anden person med til dialogen. Det benyttede mange patienter sig af. Samlet har regionerne i 10 dialoger hjulpet med at finde en bisidder.

Bisidderfunktionen:	Antal
I hvor mange tilfælde havde klager en bisidder med til dialogmødet?	509
I hvor mange tilfælde havde klager selv fundet sin bisidder?	449
I hvor mange tilfælde ville klager gerne have haft en bisidder med, men havde ikke mulighed for at finde en bisidder?	9

Danske Patienter har desuden både i 2013 og i 2014 haft en ordning, hvor det var muligt at få en bisidder gennem foreningen. Det tilbud blev benyttet 58 gange i 2014.

4.4 Hvad blev resultatet af dialogerne?

Som beskrevet ovenfor, er sigtet med dialog, at patienter i samarbejde med sundhedsvæsenet kan få rettet misforståelser og få svar på spørgsmål om behandlingen. Det undersøges også, om klagen kan imødekommes med en forklaring, en undskyldning eller en oplysning om, at procedurer ændres for fremtiden.

45 procent af de patienter, der deltog i en dialog i 2014, valgte at afslutte deres klage efter dialogen. Indberetninger fra regionerne viste, at dialog i klagesager dermed opfylder et behov for at tale et behandlingsforløb igennem.

Udfald af dialog	Antal	Region Hoved.	Region Midt.	Region Syd	Region Sj.	Region Nord
Samlet antal afholdte dialogsamtaler	1031	325	193	249	134	130
I hvor mange tilfælde blev klagen trukket tilbage efter dialog?	466	132	78	112	77	67
Tilbageføringer i pct. af afholdte dialoger	45	41	40	45	57	51
I hvor mange tilfælde blev klagen trukket tilbage fordi:						
<ul style="list-style-type: none"> Klager fik en forklaring på behandlingen eller afklaret misforståelser? 	367	100	69	92	63	43
<ul style="list-style-type: none"> Klager fik en undskyldning for behandlingen? 	221	63	34	53	41	30
<ul style="list-style-type: none"> Klager fik oplysning om den læring, klagen afstedkom og eventuelt ændrede procedurer i fremti- 	211	58	39	57	37	20

den?						
• Andre grunde eller ikke registreret?	27	10	7	4	0	6

Der er, som det ses, en ganske stor forskel regionerne imellem i den andel af klagerne, der trækkes tilbage efter dialogen.

I de fleste tilfælde vælger patienten ved afslutningen af dialogen, om klagen ønskes opretholdt. Når vi fra en region får besked om, at klager har frafaldet klagen efter dialog, sender vi et brev til klager, hvor vi oplyser om udfaldet. I nogle få tilfælde fortryder klager sit frafald og ønsker alligevel klagen behandlet. Klager har dermed mulighed for at genoverveje sit valg, når dialogen er lidt på afstand.

Selv om en dialog ikke fører til, at en patient trækker sin klage tilbage, har dialogen i flere tilfælde haft indflydelse på selve klagens indhold.

I 126 tilfælde ændrede patienten indholdet af sin klage efter dialog.

Tilfælde hvor klagen ændrede indhold efter dialogen	Antal
Ændringen førte til, at klagen blev mindre omfattende	80
Ændringen førte til, at klagen blev mere omfattende	45
Difference i forhold til det samlede antal sager, hvor klager ændrede indhold af klagen	1

4.5 Læring med baggrund i dialog

Et af formålene med dialogordningen er at øge den lokale læring af klagesager.

Regionerne oplyste i 2014 samlet, at en dialog resulterede i, at man i 472 tilfælde ændrede i procedurer eller tog andre initiativer. Der var således igen i 2014 god læring på baggrund af dialogerne.

Region Nordjylland oplyste i cases, at eksempler på initiativer/ændringer i procedurer på baggrund af dialogen er:

- En klage er blevet gennemgået på lægefaglige møder
- Videokontakt til speciallæge er indført
- Større fokus på, hvad god kommunikation med patienter og pårørende er. Det har blandt andet været et tema på et personalemøde
- En patientpjece blev tilrettet
- En klage vil blive anvendt i undervisningsøjemed

5 Patientombuddets afgørelser

Patientombuddet kan selvstændigt afgøre en række patientklagesager.

Vores afgørelser falder i to kategorier. Vi træffer dels afgørelser i klager over sundhedsfaglig behandling (behandlingsklager), dels i klagesager over tilsidesættelse af patientrettigheder (rettighedsklager).

Vi er uafhængige, når vi behandler klagesager og er dermed ikke undergivet instruktion om de enkelte sagers behandling og afgørelse.

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

Vi er i Patientombuddet en klageinstans og har derfor ikke kompetence til selv at undersøge sundhedsvæsenets faglige virksomhed eller om regioner eller kommuner efterlever patientrettigheder. Vi har derfor heller ikke kompetence til at indbringe sager for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Sundhedsstyrelsen har som tilsynsmyndighed derimod kompetence til at indberette sager for disciplinærnævnet. Sundhedsstyrelsen modtager samtlige klager over sundhedsfaglig behandling og også Patientombuddets og disciplinærnævnets afgørelser herom. Klager og afgørelser om sundhedsfaglig behandling indgår dermed i Sundhedsstyrelsens grundlag for at udøve sin tilsynsvirksomhed.

Herunder beskriver vi nærmere sagsgangen og nøgletal for behandlingen af behandlingsklager og rettighedsklager.

5.1 Behandlingsklager

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. Dialog er nærmere beskrevet i kapitel 4.

For det andet skal patienterne vælge, om de ønsker deres behandlingsklage afgjort af Patientombuddet eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (find mere om nævnet i kapitel 6.1 eller i nævnets årsberetninger på www.patientombuddet.dk). Afgørelser fra disciplinærnævnet vurderer konkrete sundhedspersoners sundhedsfaglige behandling, mens afgørelser fra Patientombuddet vurderer den sundhedsfaglige behandling på et behandlingssted, for eksempel et sygehus, en klinik eller et plejehjem.

Patientombuddet afgør klager over den sundhedsfaglige behandling, når patienten har ønsket, at en eventuel kritik skal rettes mod behandlingsstedet og ikke imod en konkret sundhedsperson. Det betyder, at vi afgør behandlingsklagen uden at forelægge sagen for et nævn – det vil sige i modsætning til sager om konkrete sundhedspersoner, som disciplinærnævnet afgør.

Ministeren for sundhed og forebyggelse har nedsat Det Rådgivende Praksisudvalg for at sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge, hvordan Patientombuddets praksis for at afgøre behandlingsklager udvikler sig. Det Rådgivende Praksisudvalg er omtalt i kapitel 5.3.

Patientombuddet har kompetence til at afgøre klager over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed i det offentlige sundhedsvæsen. Vores kompetence afhænger derfor af, om udgifterne til behandlingen helt eller delvist er afholdt af en region, en kommune eller af staten.

Det 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 er i praksis antaget, at Patientombuddets kompetence også omfatter behandling hos fængselslæger.

Patientombuddets Patientklagecenter oplyser og afgør klager. Vores sundhedsfaglige vurderinger leveres af de samme sagkyndige konsulenter, som vurderer sager, der skal for disciplinærnævnet. Det er også vores jurister i Patientklagecentret, som behandler klager, der skal afgøres af Patientombuddet, og sager disciplinærnævnet afgør. Den organisering er valgt for at understøtte, at vi anvender samme faglige norm i behandlingen af disciplinærsager og patientombudssager.

Der gælder samme frister for at indbringe klager over den sundhedsfaglige behandling for Patientombuddet som for disciplinærnævnet.

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

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

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

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

Når Patientombuddet kritiserer et behandlingssted for en sundhedsfaglig behandling, kan patienten dog herefter få behandlet sin klage i disciplinærnævnet, hvis forældelsesfristerne fortsat er overholdt. Ved udgangen af 2014 havde i alt 26 patienter benyttet den mulighed, siden Patientombuddet blev oprettet. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn afgjorde fem af de sager i 2014. Herudover blev to sager afsluttet i 2014 uden afgørelse, fordi klagen til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i den ene sag var forældet, mens klager i den anden sag trak sin klage tilbage.

Nye sager

Patientombuddet modtog i alt knap 5.700 nye klager over sundhedsfaglig behandling i 2014. Det er en stigning på lidt over 15 procent i forhold til antallet af nye behandlingsklager i 2013.

I 2014 valgte cirka 55 procent af patienterne, at Patientombuddet skulle afgøre sagen, mens 45 procent valgte disciplinærnævnet. Der er således fortsat en stigende andel af patienter, der vælger at få sagen afgjort af Patientombuddet.

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

Afgørelsesmyndighed	2011	2012	2013	2014
Disciplinærnævnet	70 pct.	70 pct.	51 pct.	45 pct.
Patientombuddet	30 pct.	30 pct.	49 pct.	55 pct.

Afgørelser og kritik

I 2014 afgjorde Patientombuddet 1.537 klager over sundhedsfaglig behandling. Det svarer til niveauet for antal afgørelser i 2013, hvor Patientombuddet afgjorde 1.526 klager. Heraf var 40 afgørelser i genoptagelsessager.

I 527 afgørelser kritiserede Patientombuddet behandlingsstedet for den sundhedsfaglige behandling. Tabellen herunder viser udviklingen i antallet og resultatet af Patientombuddets afgørelser i behandlingsklager.

Afgørelse	2011 antal	2011 procent	2012 antal	2012 procent	2013 antal	2013 procent	2014 antal	2014 procent
Ingen kritik	179	71,0 %	795	62,2 %	1060	69,5 %	970	64,8 %
Kritik	73	29,0 %	483	37,8 %	466	30,5 %	527	35,2 %
I alt	252	100 %	1278	100 %	1526	100 %	1497	100 %

Genoptagelse

I 2014 traf Patientombuddet et antal afgørelser i sager om genoptagelse. Det vil sige sager, hvor vi blev bedt om at genoptage behandlingen af sager, vi tidligere har afgjort.

Det er desværre ikke muligt i det elektroniske system at fremsøge det samlede antal afgørelser i genoptagelsessager for 2014, fordi vi først fra midten af 2014 konsekvent har oprettet alle genoptagelsessager med en specifik journalkode. Det er dog muligt at fremsøge antallet af afgørelser om afvisninger af genoptagelse.

Patientombuddet afviste i 2014 at genoptage 40 sager, hvilket er noget mere end i 2013, hvor Patientombuddet afviste at genoptage 31 sager.

Sagsbehandlingstid

Den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Patientombuddet i sager om sundhedsfaglig behandling steg fra 12,8 måneder i 2013 til 13,0⁵ måneder i 2014.

5.1.1 Opfølgning på og information om prøvesvar

Problemer med at følge op på prøvesvar er et tilbagevendende tema både i de klager, som Patientombuddet afgør, og i de klager, som Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn afgør. Det gælder for eksempel blodprøver, biopsier og billeddiagnostiske undersøgelser.

Det illustreres også af, at 13 procent af alle utilsigtede hændelser, som i 2014 blev rapporteret fra sygehuse til Dansk Patientsikkerheds Database, DPSD, skyldes fejl, når information, ansvar eller dokumentation overleveres.

Vi ser med stor alvor på klager af den type. Det skyldes, at manglende opfølgning på prøvesvar kan have vidtrækkende konsekvenser for den enkelte patient. Patienten risikerer, at diagnostik og nødvendig behandling bliver unødigt forsinket eller udeladt. Dertil kommer, at ventetid på prøvesvar i sig selv, også uden forsinkelse, kan opleves som meget belastende for både patienten og pårørende.

Vi tager, når vi behandler klager om prøvesvar, udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9207 af 31. maj 2011 om håndtering af de såkaldte parakliniske undersøgelser.

Vejledningen præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, der skal udvises ved håndtering af prøvesvar. Den gør også opmærksom på de delprocesser, som udgør en særlig risiko for patientsikkerheden, ligesom den tilskynder til, at patienterne opfordres til at efterspørge svarene på de undersøgelser, der er foretaget.

Vi resumerer i det følgende tre sager om opfølgning på prøvesvar for at belyse Patientombuddets praksis på området. Afgørelserne er tidligere offentliggjort. De første to sager afspejler de vidtrækkende konsekvenser for den enkelte patient, som manglende opfølgning på prøvesvar kan medføre:

⁵ Sagsbehandlingstiden er fratrukket 0,3 måned for sager, hvor sagsbehandlingen først er påbegyndt efter, at sagen har været i dialog, jf. Patientombuddets resultatkontrakt.

Kritik af sygehus for sen opfølgning på en CA-125 blodprøve (13/11006)

En 45-årig kvinde klagede over, at der først efter seks måneder blev fulgt op på hendes CA-125 blodprøve (tumormarkør for æggestokkræft), der viste forhøjede tal.

Patienten, der var genetisk disponeret for æggestokkræft, gik rutinemæssigt til kontrol på en gynækologisk afdeling, og her blev der taget en CA-125 blodprøve. Hun blev informeret om, at hun ville blive kontaktet, hvis prøvesvaret gav anledning til det, og der blev planlagt en ny kontrol efter seks måneder.

Svaret på blodprøven viste en moderat forhøjet værdi på 158. Ved en tilsvarende blodprøve to år før var hendes værdi på 71. Den normale CA-125 værdi er under 35. Det blev noteret, at både gynækologisk undersøgelse og ultralydsskanning var normal, og at der ikke var mistanke om æggestokkræft. På baggrund af de normale undersøgelser, og da CA-125 er en uspecifik markør, blev planen om kontrol efter seks måneder fastholdt. Det blev samtidig noteret, at patienten tidligere havde haft forhøjet CA-125, som var faldet spontant. Patienten blev ikke informeret om prøvesvaret.

Ved den efterfølgende kontrol seks måneder efter var CA-125 steget til 337. Patienten blev herefter informeret om svaret på begge CA-125 blodprøver og henvist til udredning på mistanke om æggestokkræft.

Patientombuddet fandt, at patienten burde have været informeret om svaret på den første CA-125 blodprøve, da det forelå. På baggrund af prøvesvaret burde der også være iværksat yderligere udredning, da der ikke var andre forhold, der kunne forklare den forhøjede værdi. Som minimum burde blodprøven være gentaget efter en måned.

Kritik af sygehus for ikke at følge op på knoglemineralskanning (13/2944)

En 32-årig mand klagede over, at han først efter 15 måneder blev informeret om, at en knoglemineralskanning havde vist, at han havde knogleskørhed.

Undersøgelsen var bestilt af en medicinsk afdeling. Det blev konstateret, at patienten havde knogleskørhed, og der blev anbefalet tabletbehandling. Skanningsbilleder og svarblanket blev sendt til den henvisende afdeling og derudover også til patientens praktiserende læge. Det fremgik ikke af udskrivningsbrevet fra sygehuset, at egen læge skulle informere patienten.

Patienten, der på intet tidspunkt selv bad om svar på knoglemineralskanningen, var efterfølgende til kontrol på medicinsk ambulatorium to gange, uden at han blev informeret om prøvesvaret. Han var herefter flere gange i kontakt med egen læge, der dog ikke kunne forventes at vide, at der ikke var fulgt op på undersøgelsen. Først efter 15 måneder blev patienten af sin egen læge informeret om prøvesvaret og behandling for knogleskørhed iværksat.

Patientombuddet fandt, at patienten burde have haft svar på knoglemineralskanningen ved den første ambulante kontrol på sygehuset, ligesom behandling samtidig burde være iværksat. Patientombuddet lagde vægt på, at det udtrykkeligt burde være fremgået af udskrivningsbrevet, hvis sygehuset ønskede, at egen læge skulle følge op på prøvesvaret.

Sagen herunder viser, at en patient rettidigt bør få svar på en undersøgelse af ikke-rutinemæssig karakter, også selv om svaret ikke giver anledning til ændret diagnose eller behandling:

Kritik af sygehus for at informere patient for sent om resultat af MR-skanning (12/7283)

En 51-årig kvinde klagede over, at hun først efter seks uger, og efter at hun selv havde set svaret i sin E-journal, blev informeret om svaret på en MR-skanning af øjne, øjenhuler og synsnerver.

Undersøgelsen var bestilt med henvisningsdiagnosen synsfeltudfald og på mistanke om rumopfyldende proces. Det var ikke noteret, hvordan patienten skulle informeres om resultatet.

MR-skanningen viste normale forhold omkring øjne, øjenhuler, synsnerver og synsbaner, men som et bifund en lille hjernehindeknude mellem hjernens pandelapper. Ved gennemgang på en røntgenkonference blev der ikke fundet grundlag for yderligere behandling. Det blev således vurderet, at hjernehindeknuden var uden relation til synsbanerne og måtte betragtes som et tilfældigt fund.

Patientombuddet fandt, at patienten efter undersøgelsens karakter burde have haft svar på MR-skanningen hurtigst muligt efter røntgenkonferencen og under alle omstændigheder, inden at svaret fremgik af E-journalen. Det forhold, at undersøgelsen ikke gav grundlag for yderligere behandling, kunne ikke føre til et andet resultat.

5.2 Rettighedsklager

Patienter kan klage til Patientombuddet 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. Patientombuddet behandler også klager fra personer, der mener, at deres ret til aktindsigt i sundhedsfaglige journaler ikke er blevet imødekommet. I de tilfælde vurderer vi, om regionen eller i nogle tilfælde kommunen har overtrådt lovgivningen.

De klager kalder vi for rettighedsklager.

For afgørelser truffet af regionerne er det muligt at klage over for eksempel 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, samt 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.

Nye sager

Vi modtog 1.106 rettighedsklager i 2014. Det er en stigning på knap 14 procent i forhold til 2013. Set over en årrække ligger antallet af rettighedsklager dog forholdsvis stabilt.

Rettighedssager	2011	2012	2013	2014
Oprettede sager	945	1.116	981	1.106
Afviste sager	153	308	⁶	234
Afgjorte sager	590	752	823	595

Afgørelser

I 2014 afgjorde vi 595 rettighedsklager. Det er et fald i antallet af afgørelser på næsten 29 procent i forhold til 2013. Faldet skyldes primært, at der i 2014 var en stor afgang af medarbejdere fra det team i Patientombuddet, der behandler rettighedssager.

Hovedparten af de afgjorte rettighedssager i 2014 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 2014 på 21 procent. Det svarer til andelen af afgørelser, der blev ændret eller hjemvist i 2013.

	2012	Procent	2013	Procent	2014	Procent
Tiltrådt	515	81,8 %	519	78,9 %	401	78,6 %
Ændret	48	7,6 %	90	13,7 %	64	12,6 %
Hjemvist	67	10,6 %	49	7,4 %	45	8,8 %
I alt	630	100 %	658	100 %	510	100 %

I resten af rettighedssagerne – herunder om aktindsigt i patientjournaler, frit og udvidet sygehusvalg samt maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme – efterprøver Patientombuddet, om lovgivningen er overholdt. Hvis det ikke er tilfældet, afgør vi sagen med kritik af regionen eller kommunen. I 2014 gav vi i 51 procent af klagerne kritik af regionen eller kommunen. Det er et lille fald i forhold til de 56 procent i 2013.

Genoptagelse

I 2014 traf Patientombuddet et antal afgørelser i sager om genoptagelse af rettighedssager. Det vil sige sager, hvor vi blev bedt om at genoptage behandlingen af rettighedssager, vi tidligere har afgjort.

Det er desværre ikke muligt i det elektroniske system at fremsøge det samlede antal afgørelser i genoptagelsessager for 2014. Det skyldes, at vi først fra midten af 2014 konsekvent har oprettet alle genoptagelsessager med en specifik journalkode. Det er dog muligt at fremsøge antallet af afgørelser om afvisninger af genoptagelse.

⁶ Antallet af afviste sager i 2013 er ikke opgjort på grund af overgangen til nyt ESDH-system

Patientombuddet afviste i 2014 at genoptage 10 rettighedssager. Det er lidt mere end i 2013, hvor Patientombuddet afviste 6.

Sagsbehandlingstid

Den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Patientombuddet for rettighedsklager faldt fra 6,9 måneder i 2013 til 5,4 måneder i 2014.

5.2.1 Frit sygehusvalg i forbindelse med fødsel

Siden 1. januar 2011 kan patienter klage til Patientombuddet over afgørelser truffet af regionerne om afslag på at benytte det frie sygehusvalg. Reglerne om frit sygehusvalg fremgår af sundhedslovens § 86 og er nærmere reguleret ved bekendtgørelse nr. 958 af 29. august 2014 om ret til sygehusbehandling mv.

Det frie sygehusvalg giver patienter, der er henvist til sygehusbehandling, ret til at vælge at blive behandlet på et af bopælsregionens sygehus eller andre regioners sygehuse. Herudover er der også ret til at vælge mellem en række private specialsygehuse. De private specialsygehuse fremgår af sundhedslovens § 79, stk. 2.

Der gælder dog visse begrænsninger i retten til frit sygehusvalg.

En sygehusafdeling kan derfor afvise at modtage patienter, der ønsker at benytte det frie sygehusvalg, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, herunder hvis afdelingen har væsentligt længere ventetider til den pågældende behandling, og hvis væsentlige hensyn til andre patienter ellers vil blive tilsidesat. Det følger af § 16, stk. 1, i ovennævnte bekendtgørelse.

En sygehusafdeling med specialiserede funktioner kan også afvise at modtage fritvalgspatienter, der ikke har behov for behandling på specialiseret niveau. Det gælder hvis væsentlige hensyn til patienter, der har behov for behandling på specialiseret niveau, eller til patienter fra egen region, ellers vil blive tilsidesat. Det følger af § 16, stk. 2, i bekendtgørelsen.

De kapacitetsmæssige hensyn, der kan begrænse det frie sygehusvalg, gælder både i forhold til patienter med bopæl uden for den region, hvor sygehuset ligger, og i forhold til patienter med bopæl i samme region.

Et sygehus kan derfor afvise en patient af kapacitetsmæssige årsager, hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i *sygehusets optageområde* ellers vil blive tilsidesat, jf. vejledning nr. 10351 af 19. december 2014 om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter.

Det vil typisk være sådan, at et sygehus, som tilbyder specialiseret behandling ved fødsler, også varetager fødsler, hvor patienterne ikke har behov for specialiseret behandling. I praksis administreres det sådan, at sygehuset – ud over specialiseret behandling – varetager fødsler for patienter, som bor i sygehusets optageområde.

Patientombuddet har gennem 2014 og også ind i 2015 modtaget et stigende antal klager om frit sygehusvalg i forbindelse med fødsler.

Ændringer i optageområderne og/eller kriterierne for optagelse på bestemte sygehuse kan være en mulig forklaring på, at antallet af klager på dette område stiger.

Vi gennemgår herunder tre afgørelser, som ikke tidligere er offentliggjort. Afgørelserne belyser vores praksis i de sager.

Afgørelserne vedrører afslag på ansøgninger om frit valg til Rigshospitalet, som både varetager højt specialiseret behandling ved fødsler og fødsler for patienter, der bor i Rigshospitalets optageområde, men som ikke har behov for højt specialiseret behandling.

Regionen handlede ikke i strid med reglerne om frit sygehusvalg, da et tidligere vanskeligt fødselsforløb ikke medfører, at fødslen skal varetages på højt specialiseret niveau (14/6566)

En patient, som tidligere havde født på Rigshospitalet, men som boede uden for Rigshospitalets optageområde, ansøgte om at blive tilknyttet Rigshospitalet i forbindelse med sin graviditet.

Regionen afslog, at patienten kunne benytte det frie sygehusvalg på grund af kapacitetsmæssige hensyn, og fordi patienten ikke boede i optageområdet for Rigshospitalet eller havde særlige helbredsforhold og/eller graviditetskomplikationer, som skulle varetages på Rigshospitalet.

Det var i klagen anført, at patienten var meget tryk ved Rigshospitalets fødselsekspertise, og at hun tidligere havde haft et vanskeligt fødeforløb, hvorfor hun ikke ville føle sig tryk ved andre sygehuse.

Patientombuddet tiltrådte regionens afgørelse og fandt, at regionen var berettiget til at begrænse patientens ret til frit sygehusvalg til Rigshospitalet.

Patientombuddet fandt, at betingelserne for at afvise patientens ønske om frit sygehusvalg til Rigshospitalet var til stede, da afslaget var begrundet i kapacitetsmæssige hensyn. Patientombuddet lagde vægt på, at Rigshospitalet havde højt specialiseret niveau med hensyn til fødsler ifølge Sundhedsstyrelsens dagældende specialevejledning for gynækologi og obstetrik af 30. januar 2014. Men det fremgik ikke af specialevejledningen, at patienter, der tidligere har haft et vanskeligt forløb i forbindelse med en fødsel, skulle varetages på højt specialiseret niveau.

Regionen handlede ikke i strid med reglerne om frit sygehusvalg, da behandling for barnløshed ikke medfører, at fødslen skal varetages på højt specialiseret niveau (14/6280)

En patient, som havde modtaget behandling på Rigshospitalet for ufrivillig barnløshed, men som boede uden for Rigshospitalets optageområde, ansøgte om at blive tilknyttet Rigshospitalet i forbindelse med sin graviditet.

Regionen afslog, at patienten kunne benytte det frie sygehusvalg på grund af kapacitetsmæssige hensyn, og fordi patienten ikke boede i optageområdet for Rigshospitalet eller havde særlige helbredsforhold og/eller graviditetskomplikationer, som skulle varetages på Rigshospitalet.

Det stod i klagen, at patienten i forbindelse med ufrivillig barnløshed havde haft et forløb på Rigshospitalet, hvor hun var blevet opereret og insemineret, hvorfor hun havde en særlig tilknytning til Rigshospitalet.

Patientombuddet tiltrådte regionens afgørelse og fandt, at regionen var berettiget til at begrænse patientens ret til frit sygehusvalg til Rigshospitalet.

Patientombuddet fandt, at betingelserne for at afvise patientens ønske om frit sygehusvalg til Rigshospitalet var til stede, da afslaget var begrundet i kapacitetsmæssige hensyn. Patientombuddet lagde vægt på, at Rigshospitalet havde højt specialiseret niveau med hensyn til fødsler ifølge Sundhedsstyrelsens dagældende specialevejledning for gynækologi og obstetrik af 30. januar 2014. Men det fremgik ikke af specialevejledningen, at patienter, der tidligere er behandlet for barnløshed, skulle varetages på højt specialiseret niveau.

Regionen handlede ikke i strid med reglerne om frit sygehusvalg, da patienten ikke havde behov for højt specialiseret behandling (14/7608)

En patient, som boede uden for Rigshospitalets optageområde, søgte om at blive tilknyttet Rigshospitalet i forbindelse med sin graviditet.

Regionen afslog, at patienten kunne benytte det frie sygehusvalg på grund af kapacitetsmæssige hensyn, og fordi patienten ikke boede i optageområdet for Rigshospitalet eller havde særlige helbredsforhold og/eller graviditetskomplikationer, som skulle varetages på Rigshospitalet.

Det stod i klagen, at patienten ville foretrække et sygehus, der var tæt på hendes arbejde, og at hun ikke ønskede at føde på det sygehus, som hun var visiteret til, da hun havde haft en meget dårlig oplevelse i forbindelse med en anden behandling på dette sygehus.

Patientombuddet tiltrådte regionens afgørelse og fandt, at regionen var berettiget til at begrænse patientens ret til frit sygehusvalg til Rigshospitalet.

Patientombuddet fandt, at betingelserne for at afvise patientens ønske om frit sygehusvalg til Rigshospitalet var til stede, da afslaget var begrundet i kapacitetsmæssige hensyn. Patientombuddet fandt, at det ikke kunne tillægges vægt, at patienten tidligere havde haft en dårlig oplevelse på det sygehus, som hun var visiteret til, eller at Rigshospitalet var tættere ved patientens arbejde.

Patientombuddet oplyste afslutningsvis, at afslaget på frit valg fra regionen alene vedrørte Rigshospitalet, og at patienten således eventuelt havde mulighed for at benytte andre sygehuse med fødeafdelinger i regionen.

Patientombuddet fastslår med de afgørelser, at en patients frie sygehusvalg kan afslås, når patienten ikke har et specialiseret behandlingsbehov, og kapacitetsmæssige årsager samtidig indebærer, at hensynet til patienter med bopæl i sygehusets optageområde vil blive tilsidesat, hvis patienten bliver tilbudt at føde på sygehuset. Det er, fordi patienten i så fald ville overtage en plads fra en patient, der bor i sygehusets optageområde.

5.2.2 Vilkår for sygehusbehandling

Siden 2007 kan patienter klage over afgørelser m.v. truffet af regioner om vilkår for patientens ret til sygehusbehandling. Det fremgår af § 6, stk. 1, nr. 3, i klage- og erstatningsloven, der henviser til sundhedslovens § 81.

Sygehusbehandling er vederlagsfri for patienten, jf. sundhedslovens § 81, stk. 1. Begrebet sygehusbehandling er imidlertid ikke afgrænset i lovgivningen.

Vi resumerer herunder to afgørelser, som Patientombuddet traf i 2014, hvor Patientombuddet tog stilling til, om der var tale om sygehusbehandling.

I den første sag klagede patienten over, at hun selv skulle betale for et lægemiddel.

Danske Regioner har på vegne af regionerne lavet en liste over medicin, som kan udleveres vederlagsfrit til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling. Listen er tilgængelig på Danske Regioners hjemmeside. Lægemidlet, som kvinden i den konkrete sag skulle betale for, fremgik ikke af Danske Regioners liste.

Patienten skulle ikke selv betale for et udrensningsmiddel (12/8079)

En patient blev indkaldt til en ambulant kikkertundersøgelse af tyktarmen på sygehus og i den forbindelse bedt om selv på apoteket at købe en pakke Picoprep for at udrense tarmen inden undersøgelsen. Patientens bopælsregion begrundede dette med, at der var tale om en ambulant undersøgelse, og der ikke var tale om behandling i et kræftpakkeforløb.

Patienten klagede til Patientombuddet og anførte, at hun ikke selv havde skullet betale for udrensningsmidlet, hvis kikkertundersøgelsen var sket under indlæggelse.

Patientombuddet fandt, at patientens bopælsregion handlede i strid med sundhedslovens § 81, stk. 1, ved at lade patienten selv betale for udrensningsmidlet. Regionen skulle godtgøre patientens udgift.

Efter Patientombuddets opfattelse var Danske Regioners liste over medicin til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling, som kan udleveres vederlagsfrit, ikke udtømmende. Patientombuddet mente, at udtømningsmidlet skulle anvendes som en uadskillelig del af kikkertundersøgelsen, fordi undersøgelsen ikke kunne foretages, uden at patientens tarm først er udrenset. Udrensningen var derfor en del af sygehusbehandlingen, selv om den skulle ske i hjemmet.

En patients adgang til såkaldte behandlingsredskaber kan også være en del af sygehusbehandlingen. Hvis det er tilfældet, skal patienten ikke selv betale for behandlingsredskabet.

Afgrænsningen af, hvad der forstås ved et behandlingsredskab, findes i cirkulære nr. 9079 af 22. februar 2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber. Udgiften afholdes af sygehusvæsenet. Det følger af cirkulæret, at det er et integreret led i en sygehusbehandling at forsyne patienter med de redskaber mv., som er en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen. Behandlingsredskaber er redskaber, som patienten forsynes med som led i behandling på sygehus eller fortsættelse af behandling

med det formål at forbedre resultatet af behandlingen eller forhindre forringelse af behandlingsresultatet. Det følger videre af cirkulæret, at et behandlingsredskab blandt andet kan være karakteriseret ved, at der er tale om et hjælpemiddel, som ordineres som led i behandling på sygehus, hvor patientens anvendelse af hjælpemidlet typisk er under kontrol af sygehuset, indtil tilstanden er stationær.

I følgende sag klagede patienten over, at hun selv skulle betale for øjenklapper i forbindelse med udredning på sygehus.

Patienten skulle ikke selv betale for øjenklapper (12/8878)

En patient, som var under udredning på sygehus for en venstresidig lammeelse af ansigtet, kunne ikke lukke sit venstre øje. Hun fik én gang udleveret øjensalve, tre øjenklapper og øjendråber på sygehuset. Hun fik at vide, at hun derefter selv skulle sørge for at købe øjenklapper.

Patienten klagede til Patientombuddet over, at hun selv skulle betale for øjenklapper, udover de tre øjenklapper hun fik udleveret på sygehuset.

Patientombuddet fandt, at patientens bopælsregion handlede i strid med sundhedslovens § 81, stk. 1, ved at lade patienten selv betale for øjenklapper. Regionen skulle godtgøre patientens udgift.

Det var Patientombuddets opfattelse under henvisning til cirkulæret om behandlingsredskaber, at øjenklapper til klageren var et behandlingsredskab, da formålet med ordinationen var at forhindre forværring af patientens gener i form af kløe og svien i venstre øje. Patientombuddet lagde vægt på, at der også var planlagt opfølgning på sygehuset med hensyn til øjets tilstand og anvendelsen af øjenklapper i forbindelse med patientens udredning på sygehus. Endelig lagde Patientombuddet til grund, at øjets tilstand ikke var stationær, da patienten fik ordineret øjenklapper.

5.3 Det Rådgivende Praksisudvalg

Ministeren for sundhed og forebyggelse har nedsat Det Rådgivende Praksisudvalg. Udvalget skal sikre, at repræsentanter for relevante organisationer, herunder patientorganisationer, får adgang til at præge udviklingen af Patientombuddets praksis for at afgøre klager fra patienter over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed (behandlingsklager). Praksisudvalget rådgiver Patientombuddet om ombuddets fremtidige afgørelser af sammenlignelige sager.

Udvalget drøfter derfor afgørelser i konkrete udvalgte sager med Patientombuddet. Sagerne anonymises, inden vi forelægger dem for udvalget.

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

Udvalget holdt i 2014 to møder.

Patientombuddet samlede før møderne en række afgørelser om udvalgte emner og udarbejdede på baggrund af dem et notat, som beskrev Patientombuddets praksis.

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

På udvalgets møde den 20. maj 2014 gennemgik det et antal afgørelser om delegation og supervision i almen praksis. Udvalget gennemgik desuden et antal sager, som belyste forskellene mellem sager afgjort af Patientombuddet og sager afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Sagerne handlede om anlæggelse af ernæringssonder og ventetid på lægetilsyn ved indlæggelse, ligesom et antal sager afspejlede tilfælde, hvor sundhedspersoner og faggrupper ikke havde kunnet identificeres (i nævnssagerne).

Udvalget var efter gennemgang af notatet enig om, at sager afgjort af Patientombuddet i almindelighed er egnet til læring. Udvalget var desuden enig i Patientombuddets praksis og i afgørelserne i de konkrete sager, der blev gennemgået på mødet.

Udvalget gennemgik på mødet den 12. november 2014 et antal sager om behandling på skadestue. Udvalget gennemgik desuden endnu et antal sager, som belyste forskelle mellem sager afgjort af Patientombuddet og sager afgjort af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Sagerne afspejlede blandt andet forskelle med hensyn til kravet om identifikation af persongrupper og sager, hvor behandlingen er udført af medicinstuderende.

Udvalget var enig i Patientombuddets praksis og i afgørelserne i de forelagte sager.

Udvalget ønskede på det næste møde, der holdes i foråret 2015, at få forelagt et antal sager om behandling af vagtlæger.

En liste over medlemmerne i Det Rådgivende Praksisudvalg kan ses i et bilag til årsberetningen.

6 Nævnenes virksomhed

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

I 2013 traf de fire nævn realitetsafgørelse i 3.755 sager.

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

6.1 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

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

- klager over sundhedspersoners sundhedsfaglige virke. Dette omfatter blandt andet omfatter undersøgelse, diagnose og behandling.
- klager over sundhedspersoners pligter som journalføring, tavshedspligt og videregivelse og indhentelse af helbredsoplysninger, information samt indhentelse af samtykke.
- sager, som Sundhedsstyrelsen har oversendt - indberetningssager.

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

I 2014 afgjorde Disciplinærnævnet 1.490 klagesager. 445 sager gav anledning til kritik.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for alle afgjorte disciplinærnævns sager var på 17,1 måneder i 2014⁷.

Læs mere om disciplinærnævnets virksomhed i nævnets årsberetninger på www.patientombuddet.dk

⁷ Sagsbehandlingstiden er fratrukket 0,3 måned for sager, hvor sagsbehandlingen først er påbegyndt efter, at sagen har været i dialog, jf. Patientombuddets resultatkontrakt.

6.2 Patientskadeankenævnet

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

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

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

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

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

Antallet af nye ankesager steg fra 2.677 i 2013 til 2.870 i 2014.

I 2014 afsluttede Patientskadeankenævnet 2.969 ankesager, hvoraf 2.479 blev afgjort i nævnsmøder, 363 sager blev afgjort som formandsafgørelser og 129 blev afsluttet på anden vis. 372 sager gav anledning til ændring af Patienterstatningens afgørelse svarende til 14,6 procent.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev knap 6 måneder i 2014.

Patientskadeankenævnet holdt 95 møder i 2014.

[Læs mere om Patientskadeankenævnet virksomhed i 2014 i nævnets årsberetning her.](#)

6.3 Lægemiddelskadeankenævnet

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

Lægemiddelskadeankenævnet har til opgave at behandle klager over afgørelser fra Patienterstatningen om erstatning for lægemiddelskader.

Lægemiddelskadeankenævnet tager stilling til, om en patient har fået en skade som følge af en sjælden og alvorlig bivirkning af medicin. Nævnet kan også tage stilling til erstatningsudmålingen som følge af en anerkendt lægemiddelskade.

Nævnet består af en formand og otte andre udpegede medlemmer. Nævnet er ved afgørelsen af den enkelte sag sammensat af en formand, der er dommer, og som er udpeget af ministeren for Sundhed og Forebyggelse. Herudover består nævnet af otte

medlemmer, hvoraf to repræsenterer patientinteresser, to repræsenterer sundheds-
væsenets driftsansvarlige, to repræsenterer sundhedsmyndighederne og to udpeget af
ministeren for sundhed og forebyggelse.

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

Antallet af nye ankesager steg fra 150 i 2013 til 181 i 2014.

I 2014 afsluttede Lægemiddelskadeankenævnet 168 ankesager. I cirka 10 procent af
afgørelserne ændrede nævnet Patienterstatningens afgørelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 7,5 måneder i 2014.

Lægemiddelskadeankenævnet holdt seks møder i 2014.

[Læs mere om Lægemiddelskadeankenævnets virksomhed i 2014 i nævnets årsberet-
ning her.](#)

6.4 Det Psykiatriske Ankenævn

Det Psykiatriske Ankenævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet
ved lov. Ankenævnet behandler klager over afgørelser fra Det Psykiatriske Patientkla-
genævn 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 med-
lemmer, som udgør nævnet. En formand, to speciallæger i psykiatri og to patientre-
præsentanter. Formanden skal være dommer.

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

Ankenævnet fik 176 nye ankesager ind i 2014, som er en stigning i forhold til 142 nye
sager i 2013.

Det Psykiatriske Ankenævn holdt 10 møder i 2014 og afgjorde 145 ankesager. I 63
sager tiltrådte nævnet Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser og i 75 sager
ændrede nævnet afgørelserne. Det svarer til at 43,45 procent blev tiltrådt og 51,72
procent blev ændret. Nævnet hjemviste 4 sager til ny behandling, svarende til 2,76
procent. Af de 176 nye ankesager blev 38 sager afsluttet på anden måde end ved af-
gørelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev på 6,3 måneder i 2014.

[Læs mere om Det Psykiatriske Ankenævns virksomhed i 2014 i nævnets årsberetning
her.](#)

7 International sygesikring

Enheden International Sygesikring i Patientombuddet har tre hovedopgaver. Vi vejleder om EU-rettens regler om koordinering af sygesikring for borgere, der rejser mellem landene, og opkræver og betaler i den forbindelse udgifter til behandling. Vi er også nationalt kontaktpunkt efter gennemførelsen af direktivet om patientmobilitet.

7.1 Om International Sygesikring

Regler om koordinering af offentlige sundhedsydelser for borgere, der rejser mellem flere lande, findes dels i EF-forordning 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger, dels i sociale sikringsoverenskomster, som Danmark har indgået med et eller flere andre lande.

Vi vejleder kommuner og regioner om EU-rettens regler gennem skriftlige vejledninger og rådgiver om behandling af enkeltsager. Vi vejleder også borgere, virksomheder og offentlige myndigheder generelt og konkret om forståelsen og anvendelsen af EU-retten.

Vi udarbejder information blandt andet om, hvordan det blå EU-sygesikringskort dækker udgifter til læge- og hospitalsbehandling og medicin, hvis man bliver syg eller kommer til skade i et af de 32 lande, hvor kortet kan anvendes. Vi indhenter oplysninger fra andre lande om refusion efter EU-retten af udgifter til behandling og medicin, som danske sikrede har betalt i udlandet.

Vi er det danske forbindelsesorgan under EU-forordningerne, når det angår koordinering af sundhedsydelser og deltager i øvrigt i forhandlinger i diverse embedsmandsudvalg i EU-regi og nordisk regi om at gennemføre eller fortolke EU-retten og om overvejelser om behov for at ændre eller udarbejde nye forordninger på området.

7.2 Særlige opgaver i 2014

7.2.1 Nationalt kontaktpunkt

Vi har fra 1. januar 2014 fungeret som koordinerende nationalt kontaktpunkt for behandling i EU-lande, jf. sundhedslovens § 51 a og direktiv 2011/24/EU om patientretigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser (patientmobilitetsdirektivet).

International Sygesikring vejleder generelt danske og udenlandske patienter om retten til grænseoverskridende undersøgelse og behandling. Informationsmateriale ligger på hjemmesiden på dansk, engelsk og tysk. Informationen omfatter danske patienters mulighed for at søge tilskud til behandling købt i udlandet og borgere fra andre landes mulighed for at få adgang til behandling i Danmark. Den omfatter desuden ansøgningsprocedurer og klage- og erstatningsmuligheder, ligesom vi vejleder om kontakt til de regionale patientvejlerne, som vejleder konkret på området.

Vi skal sikre videndeling og ensartet praksis mellem kommuner og regioner, som træffer afgørelser på området, og etablere et samarbejde med de organisationer og

parter, som patientmobilitetsdirektivets regler har betydning for. Patientombuddet har derfor etableret et kontaktudvalg for patientmobilitetsdirektivet med det formål at skabe et forum for vidensdeling og samarbejde på tværs og understøtte udveksling af erfaringer om direktivets regler. Kontaktudvalget har haft sit første møde i 2014. Fremover forventer vi at afholde et til to møder om året.

Vi har indsamlet oplysninger fra regionerne, kommunerne og Sundhedsstyrelsen om borgernes søgning af sundhedsydelser på tværs af grænserne efter patientmobilitetsdirektivet. Oplysningerne skal bruges til en årlig afrapportering til EU-Kommissionen.

Oplysningerne viser, at der i 2014 blev modtaget i alt 39.469 ansøgninger om godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, hvoraf 31.158 ansøgninger blev helt eller delvist imødekommet. Den samlede godtgørelse var på ca. 7 mio. kr. Ifølge oplysninger fra Region Hovedstaden og Region Syddanmark modtog de tilsammen 35.075 ansøgninger, hvor 98,4 % af ansøgningerne vedrørte tilskud til tandbehandling søgt i udlandet.

Vi deltog i 2014 i samarbejdsfora med EU-Kommissionen og andre EU-landes nationale kontaktpunkter om, hvordan vi anvender reglerne.

7.2.2 Den offentlige rejsesygesikring ophæves

Konsekvenserne af, at den offentlige rejsesygesikring er ophævet, havde central betydning for vores arbejdsopgaver i 2014. Vi bidrog blandt andet til Sundhedsministeriets svar på en lang række spørgsmål fra Folketinget om lovforslaget om ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring.

Vi deltog i at tilrettelægge og afvikle den borgerrettede informationskampagne om konsekvenserne af ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring. Vi indsamlede opdaterede data om den praktiske anvendelse af EU-sygesikringskortet i 31 lande til kampagnesiden www.huskdetblå.dk. Vi bidrog med faktuelle oplysninger til medier, forsikringsselskaber og borgere om borgernes rejseforsikringsforhold og rettigheder, når EU-sygesikringskortet anvendes under ophold i udlandet.

Vi informerede EU-Kommissionen og de øvrige EU/EØS-lande og Schweiz om rejsesygesikringens ophævelse og konsekvenserne af dette. Endvidere initierede vi, at det i EU-regi i december 2014 blev vedtaget, at EU-Kommissionen fremover vil stå for en årlig opdatering af informationen på EU-Kommissionens hjemmeside om den praktiske anvendelse af EU-sygesikringskortet i de omfattede lande. Alle lande vil bidrage med information. Landene kan herefter vælge at linke til EU-Kommissionens opdaterede informationer.

Vi konstaterede i 2014 en stigning på cirka 16 procent i antallet af ansøgninger fra borgere, der ønsker af få refunderet udgifter til sundhedsydelser, som de helt eller delvist har betalt til en læge eller hospital m.m. under et besøg i udlandet. Stigningen skønnes at være en konsekvens af ophævelsen af rejsesygesikringen. Myndighederne i det land, hvor en sundhedsydelse er modtaget, afgør om borgere har ret til refusion af udgifter efter EU-rettens regler. Afslag på refusion skyldes typisk, at borgeren har modtaget behandling på en privat klinik eller et privat hospital. Ved sådanne afslag på refusion informerer vi borgerne om muligheden for at søge refusion af udgifterne efter sundhedslovens regler, der implementerer reglerne i patientmobilitetsdirektivet.

7.2.2 Kommunale opgaver overføres til Udbetaling Danmark

Regeringen og KL er med aftalen om kommunernes økonomi for 2015 blevet enige om, at myndighedsansvaret for internationale sygesikringsager skal flyttes fra kommunerne til Udbetaling Danmark.

Vi deltager i arbejdet med at gennemføre denne aftale, herunder også i forhold til at udarbejde samarbejdsprocesser mellem kommuner og Udbetaling Danmark og fastlægge opgavesplit. Vi bidrager også til at udarbejde lovforslag på området.

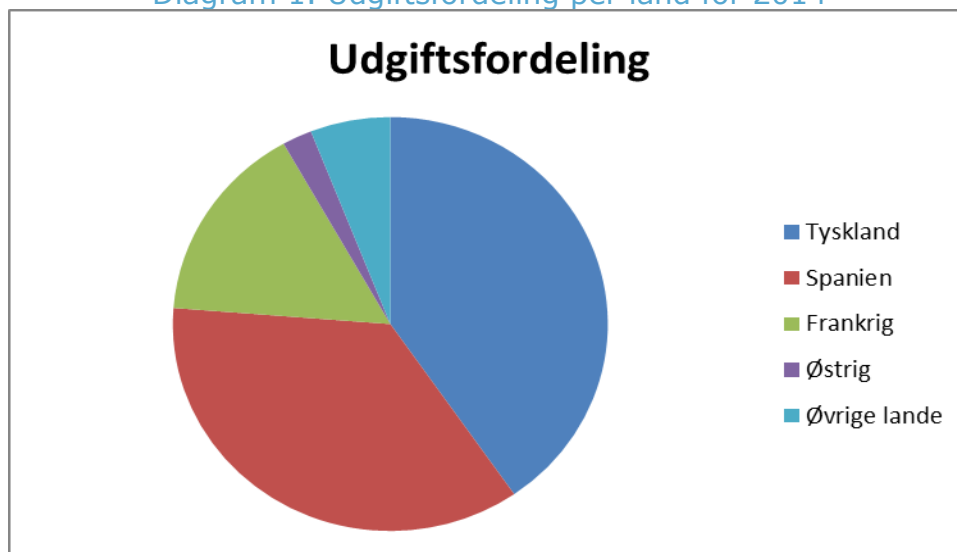
7.3 Udbetalinger og refusioner i International Sygesikring

7.3.1 Udgifter

Patientombuddet varetager opgaver i forbindelse med afregning af udgifter mellem EU/EØS-lande. Vi afregner gennemsnits- og faktiske udgifter til sundhedsydelse for dansk sikrede personer og deres familiemedlemmer, der behandles i udlandet.

I 2014 var der samlet set udgifter på 355,5 mio. kr., hvoraf hovedparten vedrørte Tyskland (143 mio. kr.), Spanien (127 mio. kr.), Frankrig (55 mio. kr.) og Østrig (7,8 mio. kr.). For hvert af de øvrige EU/EØS-lande gælder, at udgifterne var mindre end 5 mio. kr. Diagram 1 nederst viser, hvordan udgifterne fordelte sig på lande i 2014.

Diagram 1. Udgiftsfordeling per land for 2014



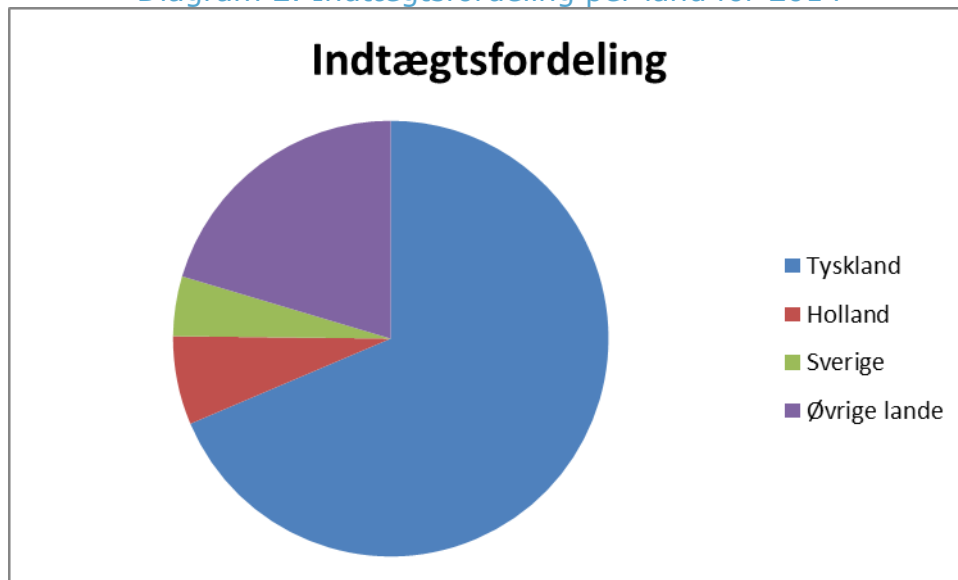
I 2014 regnskabsførte vi 92.104 regninger på udgiftssiden. Heraf vedrørte næsten halvdelen Tyskland, mens Polen, Frankrig, Spanien, Østrig, Italien og Schweiz også havde et betydeligt antal regninger. De øvrige EU/EØS-lande havde alle færre end 1.000 regninger.

7.3.2 Indtægter

Vi opkrævede også udgifter til behandling af patienter fra EU/EØS-lande, som behandles i Danmark. De opkrævede beløb betaler vi videre til regioner og kommuner, så vi dækker deres udgifter til udenlandske sikredes behandling i Danmark.

Indtægterne udgjorde i 2014 24,8 mio. kr. Langt de fleste indtægter var fra Tyskland, mens en del indtægter var fra Holland og Sverige. Fra de resterende EU/EØS-lande fik Danmark indtægter for under 1 mio.kr. Diagram 2 nederest viser indtægtsfordelingen mellem landene.

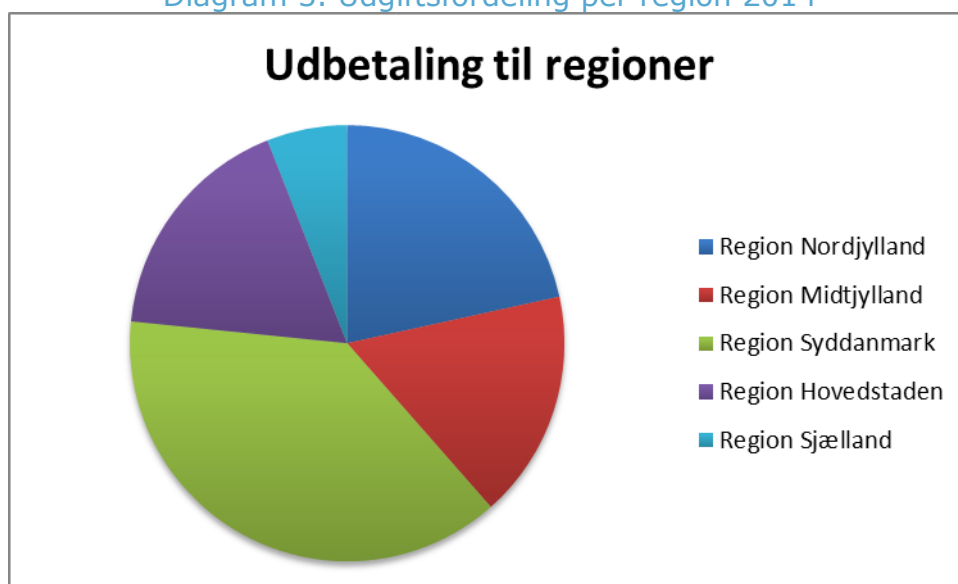
Diagram 2. Indtægtsfordeling per land for 2014



De modtagne indbetalinger fra EU/EØS-landene videresender vi til regioner og kommuner for at dække deres udgifter for behandling af udenlandske sikrede patienter . I 2014 udgiftsførte vi 8,3 mio. kr. til Region Syddanmark, mens Region Nordjylland fik 4,7 mio. kr., Region Hovedstaden 3,8 mio. kr., Region Midtjylland 3,7 mio. kr. og Region Sjælland 1,3 mio. kr.

Diagram 3 nedenfor viser den grafiske fordeling af udgifter til regioner regnskabsført i 2014.

Diagram 3. Udgiftsfordeling per region 2014



Danmark opkrævede i 2014 9.673 regninger fra EU/EØS-landene. De fleste blev opkrævet fra Tyskland, dernæst kom Holland, Italien, Polen, Schweiz, Spanien og Østrig.

7.3.3. Arbejdsskader

Vi refunderer også udgifter til behandling af danske sikrede, som har været ude for en arbejdsskade. Det er Arbejdsskadestyrelsen, som fastslår, om der er tale om en arbejdsskade, og som tjekker, om personen har ret til at få refusion, og godkender regninger, som sendes videre til Patientombuddet. Patientombuddet står for at udbetale arbejdsskader til Tyskland og fra 2014 også til Schweiz. Vi udbetaler arbejdsskader for dansk sikrede personer, der kom til skade under arbejde i de pågældende lande.

Udgiften for arbejdsskader i 2014 udgjorde 4,1 mio. kr. med i alt 497 regninger, hvor stort set alle udgifter vedrørte Tyskland.

7.3.4 Udvikling gennem årene

Sammenligner vi udgifter gennem årene, så vi en pæn stigning i 2014 i forhold til 2013, hvor udgifterne steg fra 285,8 mio. kr. til 355,5 mio. kr. Dog er udgifterne for begge år mindre end i 2012, hvor de samlede udgifter var 422,8 mio. kr. Faldet i udgifter for 2013 i forhold til 2012 skyldes primært ekstraordinære udgifter i forhold til Spanien. Stigningen i udgifterne i 2014 skyldes, at vi afviklede mange krav fra tidligere år. Danmark fik flere indbetalinger i 2014 end i 2013. Indtægterne steg fra 22,1 mio.kr. til 24,7 mio. kr. Indtægterne begge år var dog mindre end i 2012, hvor de samlet var på 26,1 mio. kr. Forskellen mellem 2013 og 2014 skyldes flere opkrævninger fra regioner og en stigning i prisen per behandling.

Tabel 1. Samlede indtægter og udgifter i årene 2012-2014, beløb i mio. kr.

	2012	2013	2014
Udgifter	422,8	285,7	355,5
Indtægter	26,1	22,1	24,7

7.3.5 Afvikling af krav gennem årene

I 2014 afviklede Patientombuddet en stor del af krav på både udgifts- og indtægtssiden.

På udgiftssiden afsluttede vi en lang række gamle krav, hvilket har reduceret omfanget af udestående krav. Den samlede værdi af de udestående krav er faldet med 31 mio. kr. i forhold til 2013, hvilket er en reduktion på 28 procent. I forhold til 2012 er andelen af udestående i forhold til udlandet reduceret til under en tredjedel. Patientombuddet er således blevet markant hurtigere til at behandle udlandets krav. De udestående krav handler om krav, som EU/EØS-lande har sendt til os for at få refusion for dansk sikrede personers behandling i udlandet. Tabel 2 nederst viser udviklingen i udestående krav for årene 2012-2014.

Tabel 2. Udestående krav på udgiftssiden i årene 2012-2014, beløb i mio. kr.

2012	2013	2014
322	132	103

På indtægtssiden blev der også afsluttet en række gamle krav, som udlandet nu har betalt. Samlet set er de udestående krav reduceret med 2,8 mio. kr. i forhold til 2013, hvilket er en reduktion på 7 procent. De udestående krav drejer sig om krav som Danmark opkrævede EU/EØS-lande for behandling af udenlandske sikrede personer i Danmark. Tabel 3 nederest viser afvikling af krav på indtægtssiden for årene 2012-2014.

Tabel 3. Udestående krav indtægtssiden i årene 2012-2014, beløb i mio. kr.

2012	2013	2014
36,7	42,1	39,3

Bilag

Bilag 1

Sammensætningen af Det Rådgivende Praksisudvalg

Patientombuddets direktør Steffen Egesborg Hansen er formand for udvalget.

Praksisudvalget er sammensat således:

- Peder Ring Danske Regioner
- Thilde Lydiksen Kommunernes Landsforening (KL)
- Dorte Steenberg Dansk Sygeplejeråd
- Henning Michael Tønning Tandlægenes Nye Landsforening
- Henrik Nielsen Tandlægeforeningen
- Flemming Finøen Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere
- Kit Dynnes Hansen Jordemoderforeningen
- Gurli Petersen Danske Fysioterapeuter
- Lisbeth Hartvigsen Dansk Kiropraktorforening
- Karen Stæhr Fag og Arbejde (FOA)
- Ester Larsen Danske Patienter
- Sine Jensen Forbrugerrådet
- Jørgen Lenger Danske Handicaporganisationer
- Anja Ulrike Mitchell Lægeforeningen
- Peter Magnussen Lægeforeningen
- Mette Marklund Lægeforeningen