



## Dagsorden til møde i Det Rådgivende Praksisudvalg

<b>Mødedato</b>	19. maj 2022, kl. 10.30-14.00
<b>Sted</b>	Olof Palmes Allé 18H, 8200 Aarhus H Mødelokale 008
<b>Deltagere</b>	Lizzi Krarup Jakobsen, STPK Søren Stidsen, STPK Charles Conrad, STPK Jan Greve, STPK Uffe Stevnsgaard Pedersen, STPK (referent)

Dorthe Pedersen, Danske Handicaporganisationer  
Troels Barkholt, Tandlægeforeningen  
Lotte Bjerring, Danske Regioner  
Karsten Rejlkjær Svendsen, Lægeforeningen  
Per Laurents, Danske Fysioterapeuter (suppleant)  
Susanne Richter, Dansk Sygeplejeråd  
Signe Fuglkjær, Dansk Kiropraktor Forening (suppleant)  
Lise Jul Scharff, Jordemoderforeningen  
Amalie Dam-Hansen, FOA – Fag og Arbejde  
Anja Petersen, Danske Patienter  
Mette Worsøe, Lægeforeningen

### Afbud

Henning Michael Tønning, Ansatte Tandlægers Organisation  
Gurli Petersen, Danske Fysioterapeuter  
Pernille Popp, Dansk Kiropraktor Forening  
Sine Jensen, Forbrugerrådet Tænk  
Dorthe Olsen, Kommunernes Landsforening  
Jesper Holmstrøm, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere  
Sara Radl, Lægeforeningen  
Stefan Fyhn Gregersen, 3F – Fagligt Fælles Forbund

Mødet indledtes med en fælles præsentationsrunde.

## **1. Overordnet drøftelse af Det Rådgivende Praksisudvalgs funktion samt kommissorium**

Punktet er tidligere meldt ind af Danske Regioner

Bilag 1: Rådgivning af Styrelsen for Patientklager og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

### Referat

Lotte Bjerring indledte til punktet med at lægge op til en drøftelse af funktionen for Det Rådgivende Praksisudvalg (DRP). Danske Regioner oplever i deres bagland, at der spørges til, hvad der kan drøftes i DRP. Lotte Bjerring nævnte, at DRP's kommissorium, der er fra 2011, fokuserer på sundhedsfaglige emner som genstandsfelt for drøftelser i udvalget. Men i forhold til deltagerne i DRP, så er de bredt repræsenteret i forhold til klinikere og administrativt ansat personale.

Susanne Richter nævnte, at det kan være passende at se på kommissoriet, når det er 10 år gammelt. Men det er Susanne Richters oplevelse, at der er brede, relevante drøftelser i udvalget, og emnerne spænder vidt. Der kommer dog ikke nok læring ud af Styrelsen for Patientklagers afgørelser, hvilket der gerne må arbejdes videre med.

Lise Scharff spurgte til hvilke områder af kommissoriet, der kunne stå skarpere eller fornyes.

Lotte Bjerring svarede hertil, at kommissoriet er rettet mod rådgivning om sundhedsfaglige dele af styrelsens afgørelser og fremtidige afgørelser. Sammensætningen af udvalget gør dog, at det kan være vanskeligt at rådgive styrelsen om de sundhedsfaglige dele i fremtidige afgørelser, da de udpegede i udvalget, efter Lottes vurdering, i mindre grad har en sundhedsfaglig baggrund.

Anja Petersen nævnte, at sammensætningen af DRP afspejler sammensætningen i Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Charles Conrad nævnte, at udvalget byder ind med emner til dagsorden, hvor styrelsen fremlægger afgørelser og tendenser i afgørelser på udvalgets møder. Her kan udvalget kommentere på styrelsens afgørelser og har mulighed for at tilkendegive, om udvalget er enig i normen for styrelsens afgørelser. Meningstilkendegivelserne i udvalget giver altid anledning til, at styrelsen vurderer, om det fremadrettet giver anledning til ændringer i vurderingerne i forløbsklagerne.

Jan Greve nævnte, at et andet punkt er læring, hvor udvalget giver gode inputs til, hvor styrelsen kan fokusere på læring af dens afgørelser, og hvordan læringen bedst muligt kommunikerer ud til sundhedsvæsenet.

Søren Stidsen bemærkede, at kommissoriet er begrænset af Klage- og erstatningsloven. Lizzi Krarup Jakobsen supplerede med, at afgørelser i forløbsklager jo er udtryk for den faglige norm, og fordi styrelsens afgørelser kan blive drivende for normen, er DRPs input helt afgørende for, at normen er i overensstemmelse med den faglige norm i sundhedsvæsenet. Særligt under Corona har udvalgets inputs til styrelsens praksis medvirket til, at styrelsens afgørelser opleves relevante og på det rette faglige niveau.

Lotte Bjerring nævnte, at der lovgivningsmæssigt netop nu arbejdes for en justering af klagesystemet. I den nuværende lovgivning står for eksempel, at DRP ikke kan give inputs til for eksempel rettighedssager, så måske DRP også skal udvides til at kunne rådgive om flere sagsområder, end de kan i dag.

Søren Stidsen bemærkede hertil, at så er sammensætningen måske forkert, da de sundhedsfaglige organisationer måske i mindre grad er interesseret i at rådgive om for eksempel kørselsgodtgørelse.

Lizzi Krarup Jakobsen bemærkede, at de igangværende politiske forhandlinger om sundhedsudspil, og herunder klagesystemet, måske kunne indeholde, om DRP's genstandsfelt kunne udvides.

Dorthe Pedersen spurgte til, hvordan borgere med udviklingshandicap har relevans for udvalget. Men det kunne for eksempel være relevant for dem at vide mere om normen for befordring. Herudover er der udfordringer på området, men der er meget få klager, da de potentielle klager ikke kan overskue at klage i et kompliceret klagesystem.

Karsten Rejkjær nævnte, at det er positivt med en bred palette af emner i DRP, så det behøver ikke kun være sundhedsfaglige emner i udvalget. For er der systemfejl i sundhedsvæsenet, der afstedkommer klager, så er det vigtigt at få dem frem.

Lizzi Krarup Jakobsen bemærkede hertil, at de sagkyndige kommer med inputs til styrelsen og dens praksis, men det er også vigtigt med inputs fra DRP.

Lotte Bjerring ville gerne have en bred drøftelse i udvalget om dets genstandsfelt og har været tilfreds med at få punktet behandlet.

Lizzi Krarup Jakobsen er meget tilfreds med inputs fra udvalget, og det er altid fagligt givende for medarbejderne, at de kan få direkte inputs fra udvalget til deres kommende arbejde og afgørelser på deres sagsområder.

## **2. Behandlingsklager med COVID-19 som tema**

Oplægget fra mødet den 17. november 2021 opdateres med udvalgte afgørelser.

### Referat

Malene Dall Hardt og Isabell Friis Madsen deltog under punktet og fremlagde ved slides. Punkt 2 og 5 på dagsorden blev behandlet samtidig.

Der var en indledende snak om tilbagevenden til 'normalen' efter Corona.

Malene gennemgik overordnet opdatering af data i klagerne siden sidst samt et særligt fokus på klager i relation til Corona-vacciner.

Der er samlet modtaget 681 identificerede Corona relaterede klagesager. Heraf er 329 forløbsklager, mens 254 er disciplinærnævnsager og 98 er uafklarede sager. 172 klager er frafaldet eller afviste. Der er afgjort 312 sager, hvoraf der er givet kritik i 58 sager. Ud af de 58 sager udgør forløbsklagerne de 45. I procent svarer det til en kritikandel på 24,7 pct. hvilket vil sige, at der er blevet givet kritik i cirka hver fjerde Corona relaterede styrelsessag. Til sammenligning blev der i 2021 givet kritik i cirka hver tredje forløbsklagesag.

Der er modtaget cirka 70 sager med relation til Corona-vaccination, hvilket udgør cirka 10 pct. af de samlede Corona-sager i Center for Behandlingsklager. Af de afgjorte sager (14 i alt) er der givet kritik i 8 sager, hvilket svarer til en procentandel på 57 pct. En mulig årsag til den høje kritikandel kan være, at spændet i vurderingen (skønnet) er meget lille set i forhold til klagetemaet. Som eksempel kan nævnes en sag, hvor der klages over vaccination med AstraZeneca, idet borgeren var under 18 år. AstraZeneca var ikke godkendt til unge under 18 år, hvorfor der gives kritik. Her er der således ikke rum for et sundhedsfagligt skøn og deraf et lille spænd i vurderingen.

Klagetemaer er typisk, 1) at vaccinationen ikke blev udført på relevant vis, 2) krydsvaccination (der blev givet to forskellige vacciner), 3) fejl Vaccination (for kort interval mellem vaccinerne eller forkert dosis), 4) fejlregistrering af vaccine, 5) informeret samtykke, 6) håndtering af bivirkning til AstraZeneca vaccine.

Troels Barkholt spurgte til, hvordan styrelsen behandlede klagerne vedrørende udførelse, hvor Malene svarede, at der tages udgangspunkt i vaccinationscenterets interne instrukser for vaccination og sammenholder dem med evt. journalnotat og udtalelser.

Der er også klager, der afvises på grund af manglende kompetence. Det kan for eksempel være 1) klager over bivirkninger til selve COVID-19 vaccinen, da der ikke er noget patient/behandler forhold, da der klages over bivirkninger til et lægemiddel. Klager henvises i de tilfælde til at anmelde skaden til Lægemiddelstyrelsen. 2) klage over vaccinationsprogrammet, herunder hvilke vacciner der indgik i vaccinationsprogrammet. 3) klager over fejlregistrering i DDV af almen praktiserende læger, idet almen praktiserende læger skal journalføre vaccinationen i deres eget journalsystem.

Herefter gennemgik Malene udvalgte afgørelser.

En klage gik på, at der ikke var overensstemmelse mellem den vaccine, som en borger var blevet tilbudt, og den vaccine, som borgeren havde modtaget, idet borgeren var blevet indkaldt til vaccination mod COVID-19 med Moderna vaccine, men blev vaccineret med Pfizer vaccine. Der blev ikke givet kritik, da borgeren ikke var i et vaccinationsforløb, idet der var tale om første vaccinstik, og idet de to vacciner betragtes som ligeværdige. Endvidere gjorde leveringsvanskeligheder det nødvendigt at skifte til Pfizer.

En anden klage gik på krydsvaccinering. Klager var i et vaccinationsforløb med Pfizer og modtog i forbindelse med sit andet stik Moderna vaccine. Da vaccinationsregimet for Pfizer bestod af to doser af den samme vaccine, og da der ikke var en sundhedsfaglig årsag til, at ændre det eksisterende vaccinationsforløb blev der givet kritik.

En tredje klage gik på fejlregistrering. En kvinde blev vaccineret med AstraZeneca, men blev fejlagtigt journalført som en Pfizer vaccine. Kvinden skulle vaccineres med AstraZeneca, og blev også vaccineret med AstraZeneca. Vaccinationen blev dog forkert registreret, således det i systemet stod, at hun var blevet vaccineret med Pfizer. Fejlregistreringen gjorde, at hun i forbindelse med sin anden vaccination blev vaccineret med Pfizer, hvilket førte til, at hun blev krydsvaccineret. Styrelsen kritiserede registreringen, men ikke den efterfølgende behandling, idet behandlingsstedet havde iagttaget deres interne kontrolprocedurer i forhold til at sikre overensstemmelse mellem vaccintyperne. Der gives kritik for journalføringen, da korrekt registrering var relevant og nødvendig for at sikre en god og sikker patientbehandling, således borgeren kunne modtage et helt vaccinationsforløb med samme vaccine.

En fjerde klage gik på, at der blev vaccineret med for kort interval. Ved begge vaccinationer blev der vaccineret med Pfizer. Der blev vaccineret med 13 dages interval mellem første og anden vaccination. Behandlingsstedet forklarede det med, at klager mødte op på vaccinationssted uden en tid. Der gives kritik, da Sundhedsstyrelsens retningslinjer om tidsinterval mellem første og anden vaccination ikke var overholdt.

En femte sag vedrører vaccinationsudførelse. Klager oplever smerter og gene ved skulder og senere hen en frossen skulder. Da der ikke føres journal over udførelsen af vaccinationen blev der taget udgangspunkt i vaccinationscenterets interne instrukser. Det blev vurderet, om instrukserne var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, og der blev taget stilling til, om der var andre forhold, der indikerede, at vaccinationen ikke var blevet

udført på relevant vis. Vaccinationscenterets interne instruks for vaccination var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, hvorfor der ikke blev fundet grundlag for at kritisere behandlingen, da der ikke var oplyst om andre forhold, der indikerede, at vaccinationen ikke var blevet udført på relevant vis. Der blev videre lagt vægt på, at den omstændighed, at borgeren senere havde fået en frossen skulder ikke var ensbetydende med, at vaccinationen ikke var blevet udført på relevant vis, idet frossen skulder kan opstå af mange årsager.

Generelt er der ikke ret mange afgjorte sager vedrørende vaccination, men data tyder på, at kritikandelen i sager med vaccination er højere end i andre forløbsklager.

Karsten Rejkjær spurgte til, om man af data kan se, om der er nogle behandlingssteder, hvor der er mange klager, og hvor der gives kritik. Malene svarede, at det vil være muligt at differentiere mellem behandlingsstederne og lave et træk på, om der er givet kritik. Det er dog ikke noget, styrelsen har haft fokus på indtil nu, hvorfor det ikke er muligt at sige noget om, om der er en bestemt fejl, som er gået igen hos et behandlingssted. Endvidere er der tale om meget lave tal, hvorfor konklusionerne må ses i det lys. Karsten Rejkjær bemærkede, at den viden kunne være nyttig at bruge, hvis der senere hen skal ske massevaccination.

Karsten Rejkjær spurgte også til mønster i alderen på dem, der klager over vaccinationer. Isabell og Malene nævnte, at der ikke er et mønster, men oplevelsen er, at det ikke er de ældste borgere, der har klaget.

Mette Worsøe nævnte, at det er nyttig viden, at der er så relativt få klager, da der er mange sundhedspersoner, der har skullet overholde instrukser i svære situationer, mens der har været mange kontaktpunkter mellem borgere og sundhedsvæsen. Det er positivt. Mette Worsøe var desuden enig i, at der må være læring at finde i, hvem der har været dygtige til at vaccinere.

Jan Greve bemærkede, at det vigtigste budskab er, at der er 70 klager, hvilket er meget lidt set i forhold til, hvor mange der blev vaccineret. Det er rigtig flot.

Signe Fuglkjær spurgte til klager fra børn og unge. Malene nævnte, at hun konkret kun har kendskab til én klage, hvor der blev givet ufortyndet vaccine til et barn. Derudover er der klager over manglende samtykke til vaccination af mindreårige børn fra begge forældre. Hvad angår de unge, er det særligt klager vedrørende AstraZeneca, som ikke var godkendt til unge under 18 år.

Lizzi Krarup Jakobsen spurgte herefter til formidling af læring og data. Det kunne være i forhold til, at kritikandelen er lavere for Corona-sager end for andre forløbsklager. Amalie Dam-Hansen nævnte, at måske der ikke er klaget, da borgerne ikke ville 'belaste' sundhedsvæsenet med klager.

Charles Conrad bemærkede, at Sundhedsstyrelsen en overgang sendte retningslinjer ud dagligt, hvorfor det er rigtig flot, at der er få klager set i forhold til, hvilke rammer sundhedsvæsenet arbejdede under.

Lotte Bjerring nævnte, at det vil være rigtig godt at få de gode historier ud.

Jan Greve nævnte en klagesag, der er under sagsbehandling, hvor et emne i klagen er, om sundhedspersonen skal behandle ud fra en retningslinje fra Sundhedsstyrelsen, der er sendt til lægens private e-boks dagen inden kl. 15. Skal sundhedspersonen så fra dagen efter kl. 8 behandle efter dén retningslinje?

Karsten Rejkjær bemærkede, at der ikke kun var vejledninger om vaccine, men også på mange andre områder.

Anja Petersen supplerede med, at det har været rigtig flot af sundhedsvæsenet. Men måske vejledningen af klager har været mangelfuld. I eksemplet med den frosne skulder, så kunne det være en ide, hvis klager var blevet opfordret til at tage et billede af skulderen, hvor det så var muligt at se, hvor selve stikket sad på skulderen. Og deraf kunne det være muligt at sandsynliggøre, hvor stikket sad og deraf kunne sammenholde det med, hvor smerten sad.

Søren Stidsen nævnte, at klager partshøres, så der er mulighed for at indgive info her – herunder billeder/videoer.

Lizzi Krarup Jakobsen opfordrede udvalget til at komme med forslag til (på og efter mødet), hvordan historier om sundhedsvæsnets håndtering af coronasituationen kan kommunikeres ud.

Herefter præsenterede Isabell Friis Madsen sundhedsfaglige vurderinger i Covid-19 sager. Der er kommet 49 anmodninger om sundhedsfaglig vurderinger, hvilket er væsentlig flere end tidligere. Derfor fokuseres nu på den sundhedsfaglige vurdering i Covid-19-sagerne.

Der er overordnet i tre kategorier. 1) PCR test, 2) klager over vaccination og 3) klager over behandling på sygehuse.

Under vaccinationen har der været tale om sundhedsfaglig behandling målrettet hele befolkningen, hvor behandlingen har medført nye typer af behandlingssteder som testcentre og vaccinationscentre.

Sagerne har været kendetegnet ved, at dokumentation af sundhedsfaglig behandling primært findes i form af "systemregistreringer", men den individuelle, konkrete journalføring vedrørende den enkelte patient er sparsom.

En relativ stor andel vaccinationsarbejdet er delegeret arbejde til personale uden sundhedsfaglig baggrund.

Derfor har retningslinjer og instrukser (nationale og lokale) samt udtalelser fra behandlingsstederne været afgørende for vurderingerne.

Overordnet vurderes sagerne på baggrund af retningslinjer. Vurderingerne er hovedsagligt udarbejdet af tre sundhedsfaglige medarbejdere. Det har understøttet

- Ensartet niveau for "normen for almindelig anerkendt faglig standard" på området.
- Effektivitet i afgørelserne – mange sager ligner hinanden.
- Overblik over de mange og skiftende retningslinjer

I de klagesager, hvor de sundhedsfaglige vurderinger fandt, at der var tvivl om udfald, eller hvor der var behov for en sagkyndig vurdering, blev sagen udsendt til sagkyndig sygeplejerske.

Der var herefter en drøftelse af det sundhedsfaglige skøn i klager over podning, særligt med fokus på, at det typisk var ikke-sundhedsfaglige personer, der udførte podningerne. Klagerne over podning har blandt andet været på gener over, at der blev podet langt ned i halsen. En anden klage har været på klage over podning af barn, hvor pøder ikke ville pøde barnet, idet en voksen fastholdte barnet. I retningslinje stod tydeligt, at pøder ikke skal pøde barnet, hvis det skal fastholdes. Mette Worsøe og Lotte Bjerring supplerede med, at der også har været klager direkte til regionerne.

Lise Juul nævnte, at de meget få eksempler og de 'små' udfordringer i klagetemaerne fra podningsituationerne også bør fremgå af det materiale, som kommer ud til sundhedsvæsenet.

### **3. Styrelsessager vedrørende opslag i patientjournaler/indhentning i elektroniske systemer**

STPK ser en stigende tendens i antallet af klager over emnet. På mødet orienteres om antal af sager, indhold og udvalgte afgørelser.

#### Referat

Kamille Munk Kristensen og Malene Møller Hermansen deltog under punktet og præsenterede med slides.

Malene introducerede til punktet med, at klager kan afgøres af styrelsen og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Der er en stigende tendens i antal af modtagne sager, ligesom der typisk klages over specifikke sundhedspersoner.

Ved elektronisk indhentning menes indhentning af oplysninger i et elektronisk online-system med hensigt om at hente oplysninger ud af systemet. Hvis der er tale om et administrativt opslag (for eksempel afsluttet patient eller tilrette oplysninger), så er der ikke tale om elektronisk indhentning, da der ikke hentes oplysninger ud af systemet.

Herefter gennemgik Malene udvalgte klager.

En klage gik på, at en projektdeltager kunne se, at der blev indhentet oplysninger efter projektets afslutning. Det var ikke meningen, at der blev trukket oplysninger ud, hvorfor der ikke var tale om elektronisk indhentning, hvorfor klagen blev afvist. Lotte Bjerring oplyste, at der i forbindelse med samhandel med andre regioner sker patientopslag. Er der tale om et administrativt opslag eller ej? Kamille svarede, at det kommer an på, hvad opgaven er. Selvom opgaven er afregning, og formålet deraf er af teknisk, administrativ karakter, så er det ikke umiddelbart muligt at kunne sige, om det er tilladt eller ej. Der er endnu ikke praksis på dette.

Sundhedspersoners adgang til at indhente og genanvende oplysninger, der hidrører fra andre, er omfattet af styrelsens kompetence. En kliniks eget journalsystem er omfattet af sundhedslovens regler om indhentning af elektroniske opslag. Dog er undtagelsen enkeltmandsvirksomhed med én ansat, som ikke er omfattet af styrelsens kompetence. Herudover er der en række systemer, som ikke er omfattet af styrelsens kompetence – Fælles Medicinkort, Det Danske Vaccinationsregister, opslag i Lægemiddelstyrelsens Centrale Tilskudsregister samt opslag som led i utilsigtede hændelser.

Lotte Bjerring spurgte til opslag på sundhed.dk, som også er omfattet af styrelsens kompetence.

Pr. 1. marts 2022 kan styrelsen behandle klager fra patienter over, at et behandlingssted har nægtet at oplyse identiteten bag den person, der har foretaget opslag i patientens journal. Det betyder, at når sundhedspersonen anvender forkortelse eller nummer, så kan patienten reelt, via en klage, få oplyst navnet på sundhedspersonen – ikke kun forkortelse eller identifikationsnummer.

Intentionen med reglerne på området for elektronisk indhentning er flersidede. Det er blandt andet et vigtigt redskab for sundhedspersonerne. Det er vigtigt med tilgængelige sundhedsoplysninger – særligt ved tværgående behandlingsforløb.

Ved opslag i forbindelse med aktuel behandling skønnes det, om der indhentes oplysninger i fornødent omfang. Men hvad er 'fornødent omfang'? Det er typisk et sundhedsfagligt skøn, hvorfor der også nogle gange indhentes sagkyndige vurderinger i sådanne sager.

Behandlingen skal også være aktuel. Det kan være ved, at patienten beder om en tid, recept-fornyelse, tværfaglig konference eller patienten er på vej i ambulance. Sundhedspersonen må gerne forberede sig på kommende behandling ved elektronisk indhentning. Udarbejdelse af speciallægeerklæringer er efter styrelsens praksis også omfattet af aktuel behandling.

I en klagesag har en sundhedsperson klaget over, at hendes kollega har slået op i hendes journal. Klager, som arbejdede på den afdeling, hvor opslaget blev foretaget, havde frivilligt deltaget i en antigentest under Corona, hvor forudsætningen for deltagelse i testen var, at der blev oprettet et patientforløb for medarbejderen. Derfor blev der ikke givet kritik, da klager var at se som patient på afdelingen.

I en anden klagesag havde klager modtaget brev fra regionen om, at et behandlingssted havde indhentet oplysninger i klagers laboratoriesvar. Klager kendte personen, der havde indhentet oplysningerne, og var ikke patient i klinikken. Klinikken havde registreret en telefonkonsultation med klager. Klinikken passede telefonen for øvrige læger i vagtringen. Der blev derfor ikke udtalt kritik, da klinikken havde indhentet oplysninger som led i aktuel behandling, da det var til brug for svar på klagers henvendelse.

I en tredje sag havde klager modtaget et brev fra regionen om, at en klinik havde indhentet oplysninger om klager i e-journalen på sundhed.dk. Klinikken kunne ikke huske opslaget og havde ikke et journalnotat fra en eventuel kontakt med klager. Klinikken havde en gensidig pasningsordning med klagers privat praktiserende læge og gættede på, at klager havde kontaktet dem. Der blev udtalt kritik, da klinikken ikke kunne sandsynliggøre at indhentningen skete som led i aktuel behandling.

Der er også en værdispringregel, hvor sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer kan indhente oplysninger, hvis indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre.

Et eksempel på en værdispringregel er en sag, hvor klager havde frabedt sig, at psykiatrien indhentede oplysninger om hans tidligere indlæggelser. Klager havde fået dom til psykiatrisk behandling. Det psykiatriske sygehus havde pligt til at modtage ham og gennemføre de foranstaltninger, som patienten var dømt til.

Der blev ikke givet kritik, da retten til at kunne frabede sig lægens indhentelse af helbredsoplysninger i denne sag måtte vige for lægens indhentelse af de relevante og nødvendige historiske helbredsoplysninger i den psykiatriske journal til den relevante tilrettelæggelse, diagnose, behandling og opfølgning, som følger af selve dommen og fuldbyrdelsen heraf. Samlet vejede fuldbyrdelse af dommen tungere end hensynet til patientens ønske.

Indhentning af oplysninger kan også ske på baggrund af samtykke fra patienten. Det kan være mundtligt eller skriftligt samtykke. Karsten Rejkjær spurgte til, hvornår et sådant samtykke er nødvendigt. Søren Stidsen gav et eksempel om, at han har oplevet aktuel behandling af ham selv, hvor der indhentes samtykke fra tredjepart til at anvende tredjeparts oplysninger for aktuel behandling af Søren. Det blev betonet, at den aktuelle behandling er i højsædet. Så længe der er tale om aktuel behandling, så må der ske elektronisk indhentning af oplysninger.



Kamille orienterede herefter om, at hun ville tale om, hvornår opslag ikke er direkte del af patientbehandling. Loven siger, at man må slå op med patientens samtykke. Når man er uden for behandlingssituation, så må man gerne slå op når 1) evaluering af egen indsats og som dokumentation for erhvervede kvalifikationer, 2) kvalitetssikring eller –udvikling af behandlingsforløb og arbejds gange samt 3) akkreditering eller opfølgning på, at krav fra centrale sundhedsmyndigheder til behandlingen opfyldes.

I klagesager ses det ofte, at der indhentes oplysninger om nære pårørende. Der er for eksempel sag om sygeplejerskestuderende, der slog op i eks-kærestens journal. Der var ikke samtykke. En anden sag er sekretær, der slog op i patientens omgangskreds' journaler. Der var ikke samtykke.

En undtagelse for opslag er indhentning ved evaluering af egen indsats. Indhentning kan kun ske af læge, tandlæge eller jordemoder, som tidligere har deltaget i behandlingen. Det skal være evaluering af egen indsats under hensynstagen til patientens interesser og behov. Indhentning må senest ske 6 mdr. efter endt behandling.

Der er cases, hvor indhentning af oplysninger sker ved evaluering af egen indsats. Det skal ske under hensyntagen til patientens interesser. Troels Rejkjær nævnte, at vagtlæger kan være interesserede i, hvordan det er gået med patienter efter lægevagtens anbefalinger. Det er med henblik på læring af, om patienten fik den rette behandling. Søren Stidsen nævnte, at når der er tale om evaluering af egen indsats, og opslagene i journalen er relevante, så vil der typisk ikke udtales kritik, medmindre det fremgår eksplicit af sagen, at det skete imod patientens interesser.

En anden case er, hvor der klages over, at der slås op i journal til brug for sagsoplysning i forbindelse med en klagesag hos Styrelsen for Patientklager. Der blev ikke givet kritik, da der er tale om lovlig videregivelse af materialer, og materialer skal, jf. Klage- og erstatningsloven, videregives som forudsætning for klagesagsbehandling. Hjemlen til opslaget måtte derfor findes i sundhedslovens videregivelsesregler.

I en tredje case blev der klaget over, at en sundhedsperson har været inde på klagers e-journal i forbindelse med, at sundhedspersonen skulle indsende bemærkninger til en sag ved Patienterstatningen. Der blev ikke udtalt kritik, da en sundhedsperson har vid adgang til at forsvare sig og vil kunne indhente helbredsoplysninger m.v., hvis indhentningen er en forudsætning for at kunne videregive oplysninger.

Lotte Bjerring spurgte til reglerne for, hvor meget der skal sendes til styrelsens sagsbehandling. Kamille svarede, at hvis der klages over behandling i en tidsmæssigt afgrænset periode, så skal der kun sendes materialer fra den periode. Lotte Bjerring understregede vigtigheden af, at det er tydeligt for sundhedspersonalet, hvad der efterspørges i sagsoplysning og udtalelser, hvilket der netop arbejdes med i arbejdsgruppen i regi af Sundhedsministeriet.

Kamille opfordrede til, at der tages en konkret og individuel vurdering i alle sager i forhold til, hvad der skal fremsendes. Mette Worsøe nævnte, at det kan være svært med journalsystemerne i forhold til at kunne printe det relevante materiale. Søren Stidsen nævnte, at styrelsen foretager konkrete og individuelle vurderinger i alle sager.

Troels Barkholt nævnte, at det kan være svært for sundhedspersonerne præcist at vide, hvor meget og hvor lidt materiale, der må og skal sendes frem til styrelsens sagsbehandling.

Søren Stidsen oplyste, at man ikke kan få kritik for at sende for mange oplysninger til styrelsen, hvis man sender de oplysninger, som styrelsen beder om. De tilfælde, hvor der er givet

kritik, handler om, at der helt åbenbart blev videregivet irrelevante oplysninger til klagesagen.

#### **4. Behandlingsklager over afbrudt behandling**

På seneste møde blev det foreslået, at et dagsordenspunkt til kommende møde kunne være klager over afbrudt behandling.

##### Referat

Emnet dagsordensættes på næste møde

#### **5. Opfølgning på ordningen med sundhedsfaglige vurderinger i ukomplicerede styrelses-sager uden kritik**

Jf. aftale på mødet den 17. november 2021.

##### Referat

Se punkt 2.

#### **6. Orientering om STPK's arbejde**

Udvikling i sagsbehandlingstid mv.

##### Referat

Lizzi Krarup Jakobsen indledte til punktet med at præsentere udviklingen i sagsbehandlingstiden. I september 2021 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 15,3 mdr., mens den for maj 2022 var på 10,1 mdr. Det forventes, at sager, der modtages fra 1. juli 2022, vil få en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på 9 mdr. Det er muligt at følge styrelsens sagsbehandlingstider på <https://stpk.dk/om-os/stpk-i-tal/>. Der arbejdes på at tilføje mere data.

Jan Greve nævnte, at sager antages højst tre uger fra de modtages. Det medfører, at sager kommer hurtigt ud til regionerne til dialog. Herudover er sagsoplysningstiden i regionerne nede på cirka 3 mdr. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid hos regionerne for dialogsager er på 40 dage, hvor lovkravet er fire uger.

Lizzi Krarup Jakobsen bemærkede, at sagsoplysningstiden i regionerne har været oppe på 150 dage under Corona, hvilket var helt naturligt. Nu er sagsoplysningstiden barberet ned, hvilket er flot.

Lotte Bjerring spurgte til, hvornår sagsbehandlingstiden starter, hvortil Lizzi Krarup Jakobsen svarede, at det er fra klagen indgives.

Herefter gennemgik Lizzi Krarup Jakobsen sagsbeholdningen, der har været faldende siden september 2021. Det er på trods af en generel stigning i antallet af modtagne klager (stigning på næsten 8 pct. fra 202 til 2021). Udvalget anerkendte styrelsens arbejde med den faldende sagsbehandlingstid.

Lizzi Krarup Jakobsen bemærkede, at styrelsen også har ønsker til en justering af klagesystemet, som lægger i forlængelse af flere af de ønsker, som de faglige- og interesseorganisationer er kommet med. Det arbejde forventes at indgå i sundhedsreformen.

Lotte Bjerring spurgte til, hvordan det går med IT-systemer, der skal understøtte sagsoplysningen. Lizzi Krarup Jakobsen svarede hertil, at der er dialog med Region Nordjylland og Region Sjælland om at deltage på denne side af sommerferien i en opstartsfasen.

Amalie Dam-Hansen spurgte til mediantid og en lavere sagsbehandlingstid. Lizzi Krarup Jakobsen svarede, at data fra de 1.311 afgørelser (forløbsklager og disciplinærnævns-sager),

der blev truffet i marts og april 2022 viser, at 80 pct. havde sagsbehandlingstid på 14 mdr. I forhold til en lavere sagsbehandlingstid, så arbejdes der hele tiden med procesoptimering internt i styrelsen og IT-understøttelse af indhentning af materialer fra regionerne.

Lotte Bjerring nævnte, at for nuværende har Patienterstatningen sagsbehandlingstid på 6 mdr., men den forlænges i den kommende tid grundet mange nyansættelser.

Troels Barkholt nævnte, at Tandskadeerstatningen også har haft en stor sagsbunke samt stigende antal klager, så han er klar over, at det kan være et hårdt arbejde at barbere sagsbehandlingstiden ned.

## **7. Næste møde**

Forslag til næste mødedato: 16. eller 30. november 2022

### Referat

Der sendes en doodle.

## **8. Eventuelt**

### Referat

Amalie Dam-Hansen nævnte to emner 1) om samtykke generelt, men også på det præhospitale område. Hvor hyppigt klages der over det? Hvad er der behov for af viden hos sundhedspersonerne, så de kan følge retningslinjerne på området?

2) klager i relation til sektorovergange mellem for eksempel præhospitalet, sygehuset mv.

Troels Barkholt opfordrede til at tage 30 min længere møde næste gang. Næste møde har bagkant kl. 15, og så må vi se, om der er behov for hele tidsrummet.