



Referat af møde i Det Rådgivende Praksisudvalg

- Tid: 16. november 2022, kl. 10.30-15.00
- Sted: Olof Palmes Allé 18H, 8200 Aarhus N
- Deltagere: Lizzi Krarup Jakobsen (STPK)
Søren Enggaard Stidsen (STPK)
Charles Bo Volkersen Conrad (STPK)
Jan Greve (STPK)
Susie Kristensen (STPK)
- Troels Barkholt, Tandlægeforeningen
Andi Helbo Sejersen, 3F – Fælles Fagligt Forbund (suppleant)
Per Laurents, Danske Fysioterapeuter (suppleant)
Pernille Popp, Dansk Kiropraktor Forening
Niels Juul, Lægeforeningen (suppleant)
Amalie Dam-Hansen, FOA – Fag og Arbejde
Inge Jekes, KL (suppleant)
Susanne Richter, Dansk Sygeplejeråd
Lise Jul Scharff, Jordemoderforeningen
- Afbud: Mette Worsøe, Lægeforeningen
Anja Petersen, Danske Patienter
Henning Michael Tønning, Ansatte Tandlægers Organisation
Gurli Petersen, Danske Fysioterapeuter
Sine Jensen, Forbrugerrådet Tænk
Dorthe Olsen, Kommunernes Landsforening
Jesper Holmstrøm, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere
Sara Radl, Lægeforeningen
Stefan Fyhn Gregersen, 3F – Fagligt Fælles Forbund
Dorthe Pedersen, Danske Handicaporganisationer
Lotte Bjerring, Danske Regioner
Karsten Rejkjær Svendsen, Lægeforeningen
- Referent: Uffe Stevnsgaard Pedersen (STPK)



Referat

1. Gensidig præsentationsrunde

Deltagerne præsenterede sig gensidigt for hinanden.

Lizzi Jakobsen opfordrede til at stille spørgsmål undervejs på oplæggene. Det Rådgivende Praksisudvalg har kompetence til at drøfte afgørelser i STPK's forløbsklager/styrelsessager, hvorfor der ikke er kompetence til at drøfte sager fra for eksempel Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

2. Behandlingsklager over afbrudt behandling

Jens Sylvest Nilausen og Peter Cramer deltog under punktet.

Peter orienterede om, at der er relativt få klager, hvor patienter afvises fra behandling. Dertil er de fleste sager indklaget for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Det er typisk forhold vedrørende alment praktiserende læger. Herefter gennemgik Jens og Peter kompetence for området.

Der er mulighed for alment praktiserende læger at frasige sig patienter jf. PLO's overenskomst. STPK har ikke mulighed for at tage stilling til selve frasigelsen. Vi oversender sådanne klager til regionens samarbejdsudvalg. Styrelsen kan tage stilling til, om der skulle være fulgt op, når der sker afvisning i relation til behandling. Der tages også stilling til, om det er forsvarligt ikke at foretage yderligere sundhedsfaglig behandling i en muligvis akut situation.

Inge Jekes spurgte til sygeplejerskers vilkår, hvis denne ikke kan fortsætte behandling på grund af for eksempel trusler. Jan Greve svarede hertil, at STPK skal vurdere det sundhedsfaglige – har sundhedspersonen for eksempel givet patienten en mulighed for at modtage sundhedsfaglig behandling på anden måde, der er forsvarlig for sundhedspersonens arbejdsmiljø.

Jens nævnte, at der også er hjælpepligt, hvor læge er forpligtet til at yde den første, fornødne lægehjælp, hvis det vurderes påtrængende nødvendigt. Eksempelvis forgiftning, kvælning og større blødninger. Der er tale om akut, nødvendig lægehjælp på begæring.

Typisk ses sager angående

- Aggressiv adfærd fra patient (udadreagerende adfærd, spyt, råb)
- Patient har krævet afhængighedsskabende medicin, som lægen ikke vil ordinere
- Patient har ikke holdt sig inden for rammen af konsultationen

I forbindelse med COVID-19 har STPK set eksempler, hvor læger har afvist at tilse patienter fysisk. Her har der dog ofte været andre behandlingstilbud, eksempelvis videokonsultationer.

Jens bemærkede, at det altid vil være en konkret vurdering i de enkelte situationer, men sundhedspersonen må tillægges et vist råderum i forhold til at afbryde en konsultation/behandling. Vurderingen vil typisk gå på, om det var sundhedsfagligt forsvarligt at afbryde den konkrete konsultation, henset til patientens tilstand. Der udtales sjældent kritik for at afbryde en konsultation. Eksempler på kritik vil typisk være i situationer, hvor der er en



akut behandlingskrævende tilstand hos patienten. Under Corona har praksis været den samme.

Vejledninger fra Sundhedsstyrelsen nævner på flere måder, at der skal tages højde for akut behandlingsbehov.

Herefter blev udvalgte cases gennemgået.

I case 1 var patienten sygemeldt grundet træthed, åndenød og væskeophobninger og skulle derfor have lavet en helbredsattest. Hjertesvigt var tidligere blevet udelukket. Patienten blev vred over lægens spørgsmål i forbindelse med udarbejdelse af attesten, og lægen afsluttede derfor konsultationen.

Der blev ikke givet kritik, hvilket blev begrundet i, at det var relevant at spørge ind til patientens helbredsforhold og sygehistorie i forbindelse med udarbejdelse af en helbredsattest. Det var videre relevant, at konsultationen blev afbrudt, da patientens adfærd blev vurderet som truende. En konsultation kan i en sådan situation afbrydes, selvom formålet med konsultationen herefter ikke kan fuldføres.

I case 2 havde en sygehusafdeling varetaget Thyroidbehandling af en patient gennem flere år. Afdelingen afbrød behandlingen, da præparatet ikke markedsføres i Danmark og ikke anbefales af de faglige selskaber. Der udtales kritik, da afdelingen ikke bør afbryde en etableret og velfungerende behandling uden faglig begrundelse fra den ene dag til den anden. Behandlingen burde have været drøftet med patienten, og beslutningen burde have været meddelt patienten i en konsultation. Niels Juul spurgte til, om det ikke er et spørgsmål om formen for afvisningen. Jan Greve svarede hertil, at afdelingen burde have sat en anden behandling i stedet for Thyroidbehandlingen.

I case 3 var en patient tilknyttet ambulans behandling ved Distriktspsykiatrien og gav udtryk for at ville behandles i hjemmet. Behandlingsstedet tilbød ikke patienten behandling i hjemmet. Der gives ikke kritik, da der ikke forelå beskrivelser af handicap. Patienten havde tidligere været i stand til at give fremmøde, og der forelå ikke oplysninger om væsentlige ændringer i patientens tilstand. Det var sundhedsfagligt forsvarligt ikke at tilbyde behandling i hjemmet, selvom det var en ulempe for patienten.

Lizzi Jakobsen nævnte, at de tre cases viser, at det er vigtigt med journalføring i forhold til, at de sundhedsfaglige overvejelser fremstår tydeligt. Jan Greve nævnte et eksempel, hvor der klages over ikke at få en tid hos en praktiserende speciallæge. I de tilfælde vurderer STPK, om det er sundhedsfagligt forsvarligt, at der afvises strakstid. Det kan typisk være en sekretær, der afviser, men der sker afvisning på baggrund af en instruks i den enkelte klinik. Charles Conrad nævnte, at STPK lægger stor vægt på journalføringen, da journalen er skrevet i umiddelbar tilknytning til behandlingen og, inden der er indgivet en klage.

Susanne Richter nævnte, at DSR får mange medlemshenvendelser fra særligt hjemmesygeplejersker om, at der er problemer med vold og trusler samt lus og lopper i hjemmet. Hvordan skal der sættes en anden sundhedsfaglig behandling i stedet for, når det ikke er muligt at komme ind i hjemmet? Jens svarede, at STPK alene tager stilling til det sundhedsfaglige. Spørgsmål om arbejdsmiljø må sundhedspersoner give til egen leder og i



sidste ende til Arbejdstilsynet. Styrelsen erkender, at det kan give problemer i forhold til konfliktende hensyn. Afklaring heraf påhviler behandlingsstedets ledelse.

Søren bemærkede, at det er kommunens ansvar, at hjemmesygeplejersker kan møde op i hjemmet og yde behandling, og deraf kommunens ansvar at tage stilling til, om der er noget behandling, der kan stå i stedet for.

Jens nævnte, at hvis kommunen beslutter, at hjemmesygeplejersken ikke skal møde op hos borger, så lægger STPK i sin sagsbehandling vægt på de argumenter, som kommunen måtte have herfor.

Niels Juul spurgte til, at hvis der er borger med behov for sundhedsfaglig behandling, og der er sundhedspersoner, der har risiko for deres egen sundhed ved at udføre deres arbejde, hvad vejer så tungest? Er det borgerens helbred kontra sundhedspersonens risiko for egen sundhed? Jan Greve nævnte, at STPK vurderer det sundhedsfaglige behov i klagen, hvor det så vil være for eksempel kommunens ansvar at kunne stille den rette behandling til rådighed. I de grelle eksempler er det ikke den enkelte sundhedspersons ansvar, men for eksempel kommunens ansvar at stille de rette rammer til rådighed for, at sundhedspersonen kan udføre sin opgave uden risiko for eget helbred.

Inge Jekes nævnte, at politiet nogle gange er med ude på opgaver, så kommunale sundhedspersoner kan udføre deres arbejde. Lizzi Jakobsen nævnte, at det er vigtigt med journalføring af de forhold, der er for at udføre den sundhedsfaglige behandling.

Lise Jul spurgte til, hvordan STPK ser på, at patienten for eksempel har afslået behandling flere gange. Hvis der så sker henvendelse til borger om, at nu må borgeren henvende sig til sundhedspersonalet for at få behandling. Hvordan stiller det så sundhedspersonerne, hvis der klages? Peter svarede, at hvis det er journalført, at kontakt er forsøgt flere gange (telefon, mail), så er det en rimelighedsvurdering fra STPK's side. Jens supplerede med, at det holdes op mod patientens helbred og sygehistorik. Jens bemærkede, at det er vigtigt at dokumentere overvejelserne bag tilbud om behandling ved journalføring.

Pernille Popp nævnte, at der kan være situationer, hvor en patient har klaget, men ønsker at fortsætte behandling i samme klinik, men dette afvises af klinikken. Peter nævnte, at i de tilfælde er det rimeligt, at der henvises til anden sundhedsperson. Naturligvis skal akutte problemstillinger afhjælpes, indtil en anden løsning er fundet.

Troels Barkholt nævnte, at der er frit behandlervalg, og så er der frit patientvalg. Naturligvis skal man ikke sende personer ud ad døren, der akut har behov for sundhedsfaglig behandling. Jan Greve nævnte, at det er korrekt, men der er også behandleransvar. Charles Conrad bemærkede, at man ikke kan afslutte en patient midt i en rodbehandling. Troels Barkholt var enig heri, men der kan være tilfælde, hvor afvisning af patienter kan være forsvarligt.

Inge Jekes spurgte til sager fra plejehjem med afbrudt behandling. Jens svarede, at det ikke har været muligt at fremsøge. Jan Greve bemærkede, at det skyldes begrænsningerne i de data, der kan søges på i styrelsens sagsbehandlingssystem



3. Klager i relation til sektorovergange

Lauren Neumann og Stella Gaarde deltog under punktet.

Lauren gennemgik afgrænsningen af deres oplæg. Der er udvalgt cases fra primær sektor (plejehjem/plejecentre/hjemmepleje/hjemmesygepleje) og sekundær sektor (sygehus og hospitaler). Der er fundet 127 sager vedrørende plejeområdet, hvoraf der er 15 sager, der særligt egner sig til en fremlæggelse for Det Rådgivende Praksisudvalg.

Der klages typisk over:

- Behandling af tryksår / sårpleje
- Ernæring og væskeindtag
- Patienten bliver ikke indlagt
- Patienten bliver udskrevet for tidligt
- Genoptræning eller genoptræningstilbud er ikke tilstrækkeligt
- Mange sektorovergange
- Medicinering

STPK kigger i sagsbehandlingen blandt andet på de forhold, der klages over, for eksempel handleplaner, fordi STPK ikke fører tilsyn. Der kigges blandt andet på handleplaner, udskrivningsnotater, og om der tages kontakt til anden sektor, når det er relevant.

Herefter blev cases gennemgået.

I case 1 var en 81-årig kvinde indlagt på sygehus 15 dage med bindevævssygdom og brækket arm. Hun blev udskrevet til aflastningsplads på plejehjem i 24 dage, og derefter genindlagt med mistanke om lungebetændelse. Der blev i sagen blandt andet klaget over utilstrækkelig fokus på ernæring både for sygehuset og plejehjemmet. Der blev ikke givet kritik til sygehuset, da der var fokus på, at patienten var småtspisende. Der skete ernæringscreening og blev tjekket for væskeindgift- og udgift. Der gives kritik til plejehjemmet, da der ikke var fokus på ernæring, og beskrivelsen fra sygehuset ikke var fulgt.

I case 2 var en 70-årig mand indlagt på sygehus med mistanke om apopleksi, udskrevet til korttidsophold på plejehjem inden overflyttelse til specialiseret genoptræning. Der blev i sagen blandt andet klaget over utilstrækkelig fokus på væske både for sygehuset og plejehjemmet. Der blev ikke givet kritik til sygehuset, da manden i starten af behandlingsforløbet kunne spise og drikke, hvad der blev serveret. Senere sparsomt, suppleret med intravenøs væske. Der blev heller ikke givet kritik til plejehjemmet, da der var lignende daglige notater omkring mad- og væskeindtag. Beskrivelse om småtspisende blev fulgt.

I relation til udskrivelse ser STPK på, om patienten var i en tilstand, hvor patienten var klar til udskrivelse og relevant udredt inden. I forhold til plejehjemmet fokuseres på, om det reagerer tilstrækkeligt, hvis personalet ser ændringer i tilstanden, og om de for eksempel tager kontakt til praktiserende læge eller sygehuset, hvis der er tvivl.

I case 3 var en 88-årig mand kendt med blandt andet diabetes 2, svært hjertesyg, nedsat nyrefunktion. Behandlingsforløbet var over 9 måneder på to sygehuse og tre plejehjem. Der blev blandt andet klaget over, at han ikke blev relevant medicineret samt at der ikke blev reageret på infektioner. Der blev ikke givet kritik til plejehjemmene, da der var relevant



kontakt til sygehus inden dosering og udlevering. Fælles Medicinkort var opdateret, ligesom der var kontakt til behandlingsansvarlige læger vedrørende tryksår

Der blev givet kritik til et af sygehusene, da der ikke var tæt nok kontrol med patientens højdosis Prednisolon-behandling, da det var en risikabel behandling hos en så multisyg patient, idet der var større risiko for svære infektioner og manglende sårheling. Da patienten udeblev fra kontroller, burde sygehuset have opsøgt ham med henblik på tættere kontrol af behandlingen.

I case 4 var patienten indlagt flere gange til amputation af ben, og blodfortyndende medicin blev seponeret. Patienten blev udskrevet til hjemmeplejen. Der klages over, at hjemmeplejen ikke genopstartede behandling med medicinen. Der gives ikke kritik til hjemmeplejen, da det var kirurgens ansvar efter operationen at ordinere, hvornår den medicinske behandling skulle genoptages. Præparatet fremgik ikke af medicinlisten eller udskrivningsrapporten, hvorfor det var relevant, at hjemmeplejen ikke administrerede det. Der blev ikke klaget over sygehusbehandlingen i forhold til medicinering eller udskrivelsen.

I case 5 blev patienten indlagt med hoftebrud og udskrevet til hjemmeplejen, herunder genoptræning og pleje af operationssår. For så vidt angik sygehuset blev det klaget over, at der ikke blev ordineret relevant medicinsk behandling ifm. udskrivelsen. I forhold til hjemmeplejen blev der blandt andet klaget over, at manglende skift af forbindingen på operationssåret, og at genoptræning ikke blev opstartet på et tidligere tidspunkt. Der gives ikke kritik til sygehuset, da der var tale om relevant medicinering i forbindelse med udskrivelsen. Der gives kritik til hjemmeplejen for sårplejen, idet det rekvirerede tilsyn til skift af forbindingen om benet ikke blev effektueret, trods hævelse og sivende væske. Der gives ikke kritik til hjemmeplejen for medicinering og opstart af genoptræning.

I case 6 blev en ældre kvinde kendt med hjertesvigt indlagt med åndenød og udskrevet til eget hjem. Hun blev indlagt få dage senere på grund af et fald. Hun fik lagt gips og lå til observation og modtog behandling for åndenød og væskeophobning. Hun blev udskrevet til et plejecenter til genoptræning samt udskrevet til hjemmet og hjemmepleje og afgang ved døden dagen efter. Det blev blandt andet klaget over, at patienten ikke var klar til at blive udskrevet ved begge udskrivelser fra sygehuset samt ved udskrivelsen fra plejecentret. Klagen var indgivet af pårørende.

Der blev ikke givet kritik til sygehuset, da patienten kunne udskrives, da hun var i bedring, og der blev iværksat træning i hjemmet. Det bemærkes, at patienten kun var interesseret i træning, hvis det foregik i eget hjem. Under anden indlæggelse kunne patienten udskrives, da hun var i bedring, og hun blev udskrevet til plejecenter, hvor der var bedre muligheder for observation end i hjemmet, og hun i modsætning til efter hendes første indlæggelse i klageperioden nu også havde en brækket arm.

Der gives heller ikke kritik til plejecentret, da patienten kunne udskrives, selvom om hun ikke var i bedring, da hun blev udskrevet til hjemmeplejen og fik et nødkald med. Hjemmeplejen kunne varetage plejen af kroniske syge og svækkede borgere, hvorfor der ikke var grundlag for fortsat tilknytning til plejecentret.

I case 7 klages over manglende reaktion fra hjemmeplejen efter indlæggelse. Patienten blev set på sygehuset efter et fald og udskrevet samme dag. Her overså sygehuset et brud i ryggen,



hvilket der blev givet kritik for. Patienten var tiltagende dårlig i hjemmet og deraf senere indlagt og opereret. Hun blev udskrevet til genoptræning i eget hjem.

Der gives ikke kritik til sygehuset for udskrivning, da der ikke var væsentlig forskel mellem genoptræning i et døgnophold vs. eget hjem henset til netop denne patients tilstand. Der gives kritik til hjemmeplejen for manglende reaktion på smerter, da der ved tiltagende smerter og væsentligt forværret funktionsniveau burde have været taget kontakt til praktiserende læge.

Overordnet er det ofte pårørende, der klager over behandlingen af især ældre patienter. De pårørendes klager kan bære præg af, at de har et begrænset indblik i behandlingen. Samtidig er det en afvejning mellem, hvornår en patient er 'rask nok' til at blive udskrevet, og hvornår de er 'for syge' til at være hjemme.

Susanne Richter spurgte til eksempler, hvor patienter udskrives sent, tidligt om aftenen og måske en fredag, hvor opfølgning sker sent. Informeres både kommune og region om afgørelsen i de sager? Lauren svarede, at det kun sker, hvis der er klaget over både sygehus (region) og hjemmepleje/plejecenter (kommune).

Søren Stidsen var enig i, at der kan være tale om forhold, som både region og kommune kunne drage læring af. STPK har ikke hjemmel til at sende de afgørelser til for eksempel region, når de ikke er part i sagen. Men alle STPK's afgørelser sendes til Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS), som kan agere herpå.

Inge Jekes nævnte, at der ikke er en kvalitetsstandard for hjemmesygeplejersker, hvilket kan vanskeliggøre læring på tværs samt en gennemsigtig norm på tværs af kommuner. Lise Jul nævnte, at det er gode cases fra et område, der er underprioriteret. Lauren nævnte, at der er klagesager, hvor patienten ønsker indlæggelse, men det er meget vanskeligt at få patienten indlagt. Men det fremgår tydeligt af journalen, at for eksempel et plejecenter har kontaktet (meget) bredt for at få patienten indlagt.

Charles Conrad nævnte, at STPK har flere anonymiserede afgørelser på hjemmesiden med henblik på læring.

Niels Juul spurgte til patientens følelse af tryghed, da det kan være svært at opfylde i alle tilfælde. Lauren svarede, at der i sagsbehandlingen ikke kigges på patientens oplevede tryghed i forbindelse med udskrivelse, men på om den sundhedsfaglige behandling lever op til den faglige norm. Men patientens tryghed anføres typisk i selve klagen. Lizzi Jakobsen nævnte, at det blandt andet er STPK's opgave at oversætte klagen og udtrække, hvad der kan og skal tages stilling til i klagesagsbehandlingen. STPK afgrænser klagen og oplyser klager om, hvis der er anført forhold, som ikke kan behandles.

Lizzi Jakobsen bemærkede, at STPK i dag offentliggør flere afgørelser end tidligere. Det sker blandt andet ud fra, at sagkyndige anfører de sager, der er særligt interessante i forhold til læring. STPK vil frem mod 2025 arbejde på, at alle afgørelser (med undtagelse af sager hvor anonymisering gør det meget svært at uddrage mening/læring af sagen) offentliggøres i anonymiseret form. Det vil give hurtig og mere opdateret viden tilgængelig.



Susanne Richter nævnte, at DSR har kontaktet STPK med henblik på at få en afgørelse offentliggjort, da der var meget læring heri. Lizzi Jakobsen opfordrede alle til at henvende sig, hvis der er sager, hvor der er læringsperspektiv og de ikke er offentliggjorte.

Pernille Popp nævnte, at det for klager må være svært at overskue, hvor der eventuelt er sket fejl. Lauren var enig heri og nævnte, at det er en balancegang mellem at have vejledningspligt uden at føre tilsyn samt sætte fokus på, hvad der præcist klages over. Lizzi Jakobsen nævnte, at styrelsen vejleder, hvilket kan ske ved, at styrelsen ringer til klager, så der kan stilles skarpt på, hvad der klages over. Det arbejder STPK løbende på at forbedre.

Stella nævnte, at hvis der klages over en afdeling samt forhold, der ikke angår dén afdeling, så tager styrelsen også stilling til dén afdeling, så det klageforhold kan belyses.

Per Laurents spurgte til, om der ved kontakt til klager kan ske offentliggørelse i de sager, som ikke kan offentliggøres, fordi det ikke er muligt at anonymisere dem tilstrækkeligt. Søren Stidsen nævnte, at det formodentlig ikke kan lade sig gøre, fordi styrelsen skal leve op til forvaltningslovens krav om tavshedspligt. Lizzi Jakobsen nævnte, at journalister henvender sig for at høre, om de via STPK kan få indsigt i klagers kontaktoplysninger. Søren Stidsen bemærkede, at STPK på det område har en afgørelse fra Ombudsmanden, som vi læner os opad. Sagsgangen er, at vi skal kontakte klager og oplyse om, at en journalist gerne vil have klagers kontaktoplysninger. Vi lægger afgørende vægt på klagers tilkendegivelse ved afgørelsen af, om kontaktoplysningerne udleveres.

Andi Sejersen var enig i, at borgere har oplevelsen af, at serviceniveauet ikke er godt nok, eller de oplever, at de ikke får den rette behandling. Så systemet som et hele fejler og ikke den enkelte enhed. Lauren nævnte, at det også kan ses i klagerne hos os.

4. Klager i relation til ambulancebehandling

Isabell Friis Madsen og Dorthe Blirup deltog under punktet.

Isabell og Dorthe gennemgik området for ambulancebehandling. Opgørelsen omhandler behandlingsklagesager (styrelsessager). Det er i perioden fra den 1. november 2021 til den 31. oktober 2022 og er afgrænset til at omfatte sager, der er afsluttet. Afgørelserne omfatter udelukkende sager, hvor ambulancebehandlere er anført som faggruppe 1, det vil sige den primære indklagede faggruppe.

Der er i faggruppen ambulancebehandlere udtalt ikke-kritik i 73,7 pct. af sagerne (2021), mens det for hele styrelsens afgørelser er 70,5 pct. (2021).

Der er tre klager, der er afvist. Det skyldes, 1) manglende kompetence til at behandle klagen, 2) service (opførsel, grim tiltale, ventetid) samt 3) sen dialog mellem behandlingsstedet og klager.

Der er fem sager, hvor der gives kritik. Det skyldes, 1) at man ikke kørte patienten til relevant sygehus, 2) at behandlingen blev afsluttet i hjemmet, 3) at der ikke var en behandler tilstede i bårerummet, 4) at ambulancebehandleren burde have fået patienten indlagt på grund af mistanke om akut medicinsk koordinering (AMK) samt 5) at ambulancebehandleren burde have journalført lejring ved en traumepatient.



Der er 14 sager uden kritik. Det sker typisk ud fra 1) valg af sygehus. Patienten kan ikke gennemskue hospitalsstruktur, hvorfor der klages over, at patienten ikke kommer hen på sygehuset, som patienten mener er korrekt sted. 2) konference med AMK-læge samt 3) trombolysebehov.

Andi Sejersen nævnte, at mange borgere ser det frie sygehusvalg som et udtryk for, at de selv kan bestemme, hvor de skal køres hen af ambulancen. Isabell supplerede med, at selvom der i sagen rettes kontakt til vagtlægen, der har givet udtryk for et synspunkt om, hvor patienten skulle hen, så er det ikke lægevagten, der har beslutningskompetencen.

I forhold til trombolysebehov knytter det sig til valg af sygehus. Andi Sejersen bemærkede, at der er forskellige instrukser på tværs af regionerne, hvilket kan give forskel i, hvor patienterne køres hen.

Herefter gennemgik Isabell og Dorthe udvalgte cases.

Mistanke om kredsløbspåvirkning

I case 1 blev der klaget over, at der ikke blev reageret relevant på symptomer, og at man ikke kontaktede trombolyssevagten. Herunder, at der ikke blev kørt med kørsel A. Der blev ikke givet kritik, da klager blev relevant undersøgt og screenet for symptomer på apopleksi. Han frembød ikke symptomer herpå, og det var derfor ikke relevant at kontakte trombolyssevagten. Det var korrekt valg af kørsel B, da der ikke var mistanke om blodprop i hjernen.

I case 2 blev der klaget over, at patienten ikke blev indlagt ved mistanke om blodprop eller truende blodprop i hjertet (AKS - akut koronarsyndrom). Der blev givet kritik, da det ikke blev beskrevet, hvorledes symptombilledet hos patienten var foreneligt med AKS. Samtidig burde patienten være oplyst om risikoen for, at han havde en blodprop, da han ikke ønskede indlæggelse. Endeligt, at ambulancebehandlerne burde have overtalt ham til indlæggelse og eventuelt konfereret med AMK læge.

Kørsel til sygehus

I case 3 blev der klaget over, at patienten ikke blev kørt til rette sygehus. Der gives ikke kritik, da det var relevant at køre ham til det nærmeste sygehus med henblik på stabilisering af vejtrækning og afklaring af tilstanden, da udsigten til højt specialiseret livreddende behandling var dårlig.

I case 4 blev der klaget over, at man ikke kørte patienten til relevant sygehus. Der blev givet kritik for, at man burde have kørt patienten til et hospital med kirurgisk afdeling, da patientens tilstand rejste mistanke om indre blødning.

Inddragelse af trombolyssevagt

I case 5 blev der klaget over, at patienten blev kørt til et andet sygehus, end hvad lægevagt havde besluttet. Der gives ikke-kritik, da man foretog relevante undersøgelser og herefter kontaktede trombolyssevagten, selv om undersøgelserne ikke rejste mistanke om blodprop, da mistanken havde været der indledningsvist. Det var ikke ambulancebehandlerens beslutning, hvilket hospital patienten skulle køres til, men trombolyssevagten og de regionale retningslinjer.



I case 6 blev der klaget over, at behandlingen blev afsluttet i hjemmet, og patienten ikke blev indlagt. Der blev givet kritik, da det ikke var sundhedsfagligt forsvarligt at afslutte patienten, en ældre kvinde med COVID og høj feber, idet der var risiko for dehydrering. Hertil, at man burde have kontaktet AMK læge ved beslutningen om at efterlade kvinden i hjemmet, og ikke vagtlægen.

Generel undersøgelse og behandling

I case 7 blev der klaget over behandling ved cykelstyrt i forhold til båretransport, halskrave og lægetilsyn. Der blev ikke givet kritik, da patienten blev undersøgt relevant ud fra ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability og Exposure)-princippet, hvor der blev fundet normale forhold. Hertil, at det var relevant, at han selv rejste sig og lagde sig på båren og ikke modtog spinal stabilisering, idet der ikke var indikation herfor, herunder også brug af halskrave. Andi Sejersen gjorde opmærksom på, at brug af halskrave generelt anses for forældet og bør ikke anvendes.

I case 8 blev der klaget over, at der ikke var en behandler tilstede i bårerummet under transport af barn med hævelse af hals. Der blev givet kritik, da der burde have været en behandler tilstede i bårerummet, da der ikke var personale med fra sygehuset, og henset, at der kunne opstå iltbehov som følge af den hævede hals.

Isabell opsummerede med, at der er få klager set i forhold til, hvor meget aktivitet, der er på området. Andi Sejersen var enig heri, og at klagerne kan være udtryk for, at patienterne har været ængstelige men finder tryghed på det tidspunkt, hvor de kommer i kontakt med ambulanceredderne. Samtidig er kritikandelen for ambulancereddere lavere end gennemsnittet for STPK. Antallet af klager over ambulancebehandling er stabilt over tid.

Jan Greve nævnte, at i styrelsens klagesagsbehandling fokuserer styrelsen på at indhente de lokale retningslinjer, da der er lokale forhold at tage hensyn til. Jan Greve bemærkede, at der er én verserende sag angående, hvem der har ansvaret i overgangen fra ambulancebehandler til sygehus. Andi Sejersen nævnte, at hos private operatører er der en retningslinje herfor. Heri står, at så længe patienten ligger på båren, er det et ambulanceredderansvar. Men der kan naturligvis være nuancer, hvis der ikke er personale til at modtage patienten, når patienten er lagt i en hospitalsseng.

5. Opfølgning på ordningen med sundhedsfaglige vurderinger i ukomplicerede styrelsessager uden kritik

Isabell Friis Madsen og Dorthe Blirup deltog under punktet.

I perioden 1. april til 1. oktober 2022 er der 25 anmodninger om sundhedsfaglige vurderinger i perioden. Fire sager er afgjort med kritik, mens 21 sager er afgjort uden kritik.

Samlet antal anmodninger om sundhedsfaglige vurderinger

- 2019: 32 anmodninger (9 afvist)
- 2020: 98 anmodninger (5 afvist)
- 2021: 53 anmodninger (ingen afvist)
- 2022: 67 anmodninger (ÅTD) (ingen afvist)



Lizzi K. Jakobsen bemærkede, at de sundhedsfaglige vurderinger blev indført, mens der var en sagspukkel i styrelsen, og sundhedsfaglige vurderinger startede i ukomplicerede styrelsessager uden kritik, hvor internt, sundhedsfagligt STPK-personale foretog vurderingerne. Jan Greve nævnte, at der ikke sker sundhedsfaglig vurdering, når der er behov for et fagligt skøn – så sendes sagen til ekstern sagkyndig. Der er tale om en sundhedsfaglig vurdering, hvor det for eksempel entydigt kan afgøres på baggrund af retningslinje. Dorthe supplerede med, at den enkelte sag kvalificeres af to sundhedsfaglige.

Herefter gennemgik Dorthe cases. Der er givet kritik i fire sager.

1. tredje coronavaccination blev givet med forkert vaccine (krydsvaccination).
2. en patient modtog Pfizer i stedet for Moderna ved 2. coronavaccination.
3. der var for kort interval mellem 1. og 2. coronavaccination (22 dage vs. min 28 dage) samt
4. det blev ikke journalført, at der blev foretaget øreskyl af konsultationssygeplejerske i almen praksis (ikke kritik for den sundhedsfaglige behandling).

Der blev ikke givet kritik i 21 sager. 1) 13 sager handler om corona/Covid-19 håndtering. 2) tre sager handler om medicinering (psykiatri/kommune). 3) to sager handler om journalføring (sygehus). 4) én sag handler om manglende overvågning (sygehus). 5) én sag handler om valg af transport (praktiserende læge) samt 6) én sag omhandlede anlæggelse af kateter til væskeindgift (venflon) i perifer vene.

Hertil er der to typiske sager for de sundhedsfaglige vurderinger.

Klage over, at patienten blev anbefalet at overnatte i en skov

Der blev klaget over, at der ikke blev givet relevant råd i forhold til patientens søvnproblemer, herunder at patienten blev anbefalet at overnatte i skov. Den sundhedsfaglige vurdering går på, at det er almindelig praksis, at temaer relateret til patientens problemstilling drøftes uden at indbefatte en egentlig anbefaling til patienten. Det var efter normen i generelle vendinger at oplyse, at mange PTSD-patienter med god erfaring overnattede udendørs. Da der ikke var tale om en egentlig anbefaling eller behandlingsmulighed blev dette ikke journalført

Der blev ikke givet kritik. I afgørelsen fokuseres på, at 1) på grund af søvnproblemer relevant i generelle vendinger at drøfte hvilke tiltag andre PTSD-ramte har god effekt af. 2) at der ikke var grundlag for at fastslå, at patienten blev anbefalet at overnatte i skov. Men at der blev drøftet om forhold, der har relevans for sundhedsfaglige problemstillinger. 3) det var i overensstemmelse med normen at aftale en tid med læge efter en uge, og at patient ville blive kontaktet.

Valg af transport fra læge

Der blev klaget over, at der ikke blev reageret relevant på patientens symptomer, herunder særligt at der ikke blev rekvireret en ambulance.

En 34-årig henvendte sig til egen læge med kollega. Patienten vrøvlede. Fem dage tidligere havde patienten ordfindingsbesvær, hvilket var forværret. Patienten var bleg og let svedende. Ved samtale med neurologisk bagvagt talte patienten sammenhængende. Situationen blev vurderet ikke akut. Egen læge insisterede på, at XX skulle opsøge en skadestue med henblik på bred biokemisk undersøgelse og undersøgelse.



Det blev vurderet, at det var relevant at udføre objektiv undersøgelse, at der konfereres med neurologisk bagvagt og insisterer på yderligere udredning via skadestuen. At hvis lægen vurderer, at patienten udgør en fare for andre ved fortsat kørsel, er egen læge forpligtet til at udstede kørselsforbud. Egen læge kan imidlertid ikke forhindre, at patienten kører på det foreliggende. Da patienten var diagnostisk uafklaret i forhold til symptomer og vurderet ikke akutte, var der ikke indikation for en ambulancerekvirering.

I afgørelsen fremgår, at egen læge udarbejdede en relevant undersøgelse og rådførte sig med specialist. Egen læge henviste til yderligere udredning på skadestuen. Neurolog (specialist) anbefalede blodprøver. Det var relevant ikke at rekvirere en ambulance, da der ikke var tale om en akut tilstand.

Niels Juul spurgte til, hvor meget materiale der indhentes i sagerne. I eksemplet med halskraven (case fra punkt 4) er det vigtigt, at den korrekte retningslinje ligger til grund for sagsbehandlingen. Dorthe oplyste, at det er kun åbenlyse sager, hvor der vil blive udarbejdet sundhedsfaglige vurdering, ellers sender styrelsen sagen til sagkyndig.

Der var herefter en drøftelse af, om og hvordan råd fra den ene fagperson til den anden følges. Andi Sejersen bemærkede, at det kan være en afvejning mellem at følge råd og samtidig agere ud fra det foreliggende.

Søren Stidsen nævnte, at STPK også vurderer, om en sundhedsperson burde have givet det råd, der blev givet, eller om der på det foreliggende skulle være givet et andet råd.

Inge Jekes spurgte til, om der er data for, hvor mange der er i kontakt med patientvejledere, inden de klager. Det er der desværre ingen data om, men det fremgår af flere klager, om patientvejleder har været inde over. Patientkontorerne i regionerne udgiver årsberetninger, og her kan det ses, hvor mange gange de hjælper med forhold vedrørende klage og erstatning.

Andi Sejersen spurgte til, hvor mange pårørende, der klager. Isabell svarede, at det er svært at sætte eksakt data på, men det er typisk i sager med ældre og børn. Jan Greve nævnte, at det er i cirka 15 pct. af sagerne. Andi Sejersen nævnte, at kritikken i hverdagen typisk kommer fra pårørende.

5. Orientering om STPK's arbejde

Lizzi K. Jakobsen orienterede om data for styrelsens sagsbehandling. STPK havde politisk vedtagne mål om 1) sagsbehandlingstid (gennemsnit på 9 mdr. for behandlingsklager), 2) afvikle sagspukkel samt 3) bringe økonomi i balance. STPK arbejder med at udstille data angående sagsbehandlingen, modtagne klager mv. på hjemmesiden (<https://stpk.dk/om-os/stpk-i-tal/>). Data opdateres hvert kvartal. Sagsbehandlingstiden for behandlingsklager var i 3. kvartal 2022 på 9,2 mdr.

Lizzi K. Jakosen opfordrede til at kontakte styrelsen på (ufsp@stpk.dk), hvis der er behov for yderligere info om modtagne sager, klagesager pr. faggruppe mv.

Niels Juul spurgte til, om der i en aktindsigt må henvises til hjemmesiden, hvis data er der. Lizzi K. Jakobsen svarede, at hvis henvendelsen er telefonisk, så vil styrelsen typisk henvise til



hjemmesiden, hvis data er der. Hvis henvendelsen er skriftlig, så vil der typisk gives et skriftligt svar med supplement med info om henvisning til hjemmeside.

Amalie Dam-Hansen spurgte til, om ufaglærte registreres som faggruppe. Jan Greve svarede, at der kan delegeres kompetence til personale på bosteder om håndtering af medicin, selvom der ikke er autoriseret, sundhedsfagligt personale på bostedet. I den type klagesager vil STPK se på, hvem der har udstedt instruksen for medicingivningen.

Der var enighed om, at på næste møde behandles et emne om 'Bosteder og sagstyper på bosteder'.

Susanne Richter udtrykte tilfredshed med oplæggene på dagens møde. Hun foreslog, at der på næste møde behandles et emne om travlhed/ressourcer, da det er et relevant emne. Lizzi K. Jakobsen nævnte, at styrelsen gerne kigger på det. Der kan være sager, hvor der i klagen udtrykkes mangel på ressourcer, men det skyldes travlhed. Andi Sejersen spurgte til, om travlhed er en formildende omstændighed i klagesager, eller skulle sundhedspersonen i stedet for have sagt fra. Søren Stidsen svarede, at man skulle have sagt fra over for sin leder og sørge for at dokumentere dette til eget brug. Så vil det kunne tages ind i en STPK's klagesagsbehandling. Lizzi K. Jakobsen supplerede med, at STPK gerne sætter fokus på, hvad det skal fremgå af journalen, så mangel på ressourcer/travlhed indgår i klagesagsbehandlingen.

Niels Juul spurgte til, om det er sundhedspersonen, der personligt skal henvende sig til sin ledelse, eller om det er nok, at en medarbejdergruppe over længere tid gør opmærksom på, at der er travlt/mangel på ressourcer. Søren Stidsen svarede hertil, at det må komme an på en konkret vurdering. Charles Conrad nævnte, at det skal fremgå af journalen, hvis (manglende) sundhedsfaglig behandling begrundes med travlhed/mangel på ressourcer i forhold til den enkelte patient.

Amalie Dam-Hansen spurgte til, at hvis der er lang ventetid på ambulance og efterfølgende lang ventetid hos vagtlægen, og der så sker skade, hvordan vurderes det så. Jan Greve svarede, at det afhænger af den konkrete sag. I nogle tilfælde vil man ud fra en sundhedsfaglig vurdering sige, at man burde have sikret sig hurtigere behandling, i andre tilfælde vil man blandt andet kunne se på retningslinjer for forsvarlig tid til ambulancen kan være fremme.

Lise Jul foreslog, at der ses på klagesager angående jordemødre på næste møde, blandt andet i relation til travlhed.

Inge Jekes spurgte til den sundhedsfaglige vurdering i sager med travlhed. Charles Conrad og Søren Stidsen nævnte, at det er vigtigt at journalføre, hvis det sundhedsfaglige skøn begrundes med travlhed.

Susanne Richter spurgte til, om styrelsen kan lave en praksissammenfatning om opslag i elektroniske patientjournaler. Søren Stidsen svarede, at der allerede er samlet en del data for området, så der er ikke langt til en praksissammenfatning herfor.

Troels Barkholt kvitterede for STPK's deltagelse på tandlægefaglige medlemsmøder i efteråret 2022 og ser i forlængelse heraf gerne en praksissammenfatning for det tandlægefaglige område.



Der udsendes doodle angående dato for næste møde.