

KLAGER I LÆGEVAGTEN



AF SIGNE JUSTESEN & JENS ALBERTSEN HOLD 32

FORSKNINGSTRÆNINGSGAVEN FEBRUAR 2017

VEJLEDERE: LINDA HUIBERS & MORTEN BONDO CHRISTENSEN

Indholdsfortegnelse:

Baggrund:	3
Metode:	6
Studiedesign:	6
Oprindelige plan for dataopsamling:	6
Endelig dataopsamling:	6
Analyse:	7
Litteratursøgning:	7
Resultater:	8
Diskussion:	11
Hovedfund:	11
Tolkning:	11
Styrker og svagheder:	12
Fremtidige studier:	13
Konklusion:	13
Referencer:	14
Bilag 1:	16
Bilag 2:	18

Baggrund:

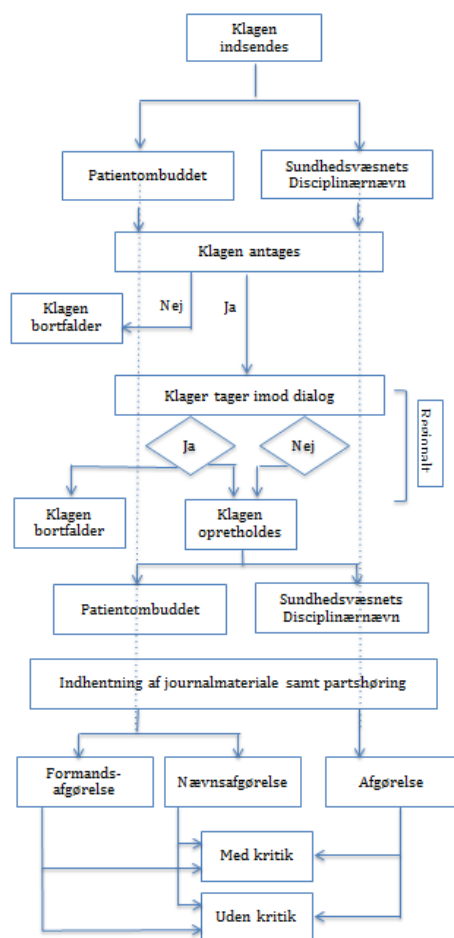
Den danske lægevagtsordning er forankret i almen praksis. Ifølge landsoverenskomsten for almen lægegerning skal de praktiserende læger etablere vagtordninger, som skal tilrettelægges, så det sikres, at patienter, der har behov for almen lægehjælp i vagttiden, på rimelig måde kan få adgang til denne [1]. Borgere kan ved akut opstået sygdom kontakte sundhedsvæsenet enten ved at kontakte Lægevagten eller ambulance på 112. Lægevagten fungerer således som gatekeeper til sygehusvæsenet uden for normal åbningstid. I Lægevagten er det muligt at få vejledning via telefon (57% af alle kontakter til Lægevagten i 2013) eller blive tilset af læge enten ved en konsultation i Lægevagten (33%) eller hvis nødvendigt, ved et besøg i eget hjem (10%) [2]. I 2013 havde Lægevagten 3 millioner henvendelser [2].

Lægevagtsordningen er en skattefinansieret fri service til borgerne, og de deltagende læger aflønnes af regionen som en "fee for service". I forbindelse med strukturreformen i 2007 blev de tidligere 14 amtslige lægevagter samlet til fem regionale [1]. Varetagelsen af lægevagterne foregår i dag forskelligt i regionerne. I de fleste regioner organiseres lægevagten af de praktiserende læger og varetages i samarbejde mellem lægerne i Lægevagten og sygehusansatte sygeplejersker. I Region Hovedstaden har Lægevagten siden 2014 været organiseret af den præhospitale enhed og kaldes 1813. Arbejdet varetages her af sygeplejersker og læger, der alle er ansat i regionen [3].

I 1988 fik danske patienter mulighed for at klage over deres behandling i det danske sundhedsvæsen inkl. i Lægevagten. Klagen skulle på daværende tidspunkt indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, og endvidere skulle klagen være rettet mod en konkret person. I 2005 blev der klaget over Lægevagten i 0,03 promille af henvendelserne [4]. I januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft ved oprettelsen af Patientombuddet, som var en uvildig, statslig institution, hvis formål var at styrke patienternes retsstilling ved lettere og bedre klageadgang [5]. Endvidere skulle det sikre, at sundhedsvæsenet i højere grad end tidligere skulle lære af sine fejl. Udover fortsat at have mulighed for at klage over en konkret person via Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn) kunne patienterne nu med oprettelsen af Patientombuddet vælge at klage over et behandlingsforløb (forløbsklage) (Figur 1) [5]. Både disciplinærklager og forløbsklager kan afvises pga. forældelse eller manglende kompetence til at afgøre sagen med videre. Ved oprettelsen af det nye patientklagesystem, imødekom man flere af de klagemotiver, som der ifølge Bismark et al. ligger til grund for

patientklagerne. De beskriver primært fire motiver: (1) forklaring på fejlen, (2) korrektion af systemet, således at fremtidige fejl undgås, (3) kompensation, herunder økonomisk, (4) sanktion mod indklagede [6].

I det nye patientklagesystem fra 2011 indførte man desuden muligheden for dialog, hvor patienten tilbydes at mødes med en sundhedsfaglig repræsentant for behandlingen [7]. Hvis klager ikke ønsker dialog, fortsættes sagsbehandlingen uden dialog. Tager klageren imod tilbuddet om dialog, overgår sagen til den respektive region, der har forpligtelsen til at afvikle dialogen. Formålet med dialog samtalen er at give klageren muligheden for sammen med sundhedsvæsenet at få rettet eventuelle misforståelser, få svar på spørgsmål om behandlingen samt give mulighed for øget lokal læring. Hvis klageren efter dialogen ikke ønsker yderligere behandling af sin klage, bortfalder den. I 2015 blev der afholdt dialog i 1103 (20%) af alle disciplinær- og forløbsklager og dette tal er stigende [8]. I de klager, hvor der blev afholdt dialog, bortfaldt klagen i 41% af tilfældene. Hvorledes tallene ser ud for Lægevagten, vides ikke. Ønsker klageren efter dialogen at opretholde sin klage, overgår den atter til Patientombuddet eller Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn. Sagsakterne sendes til lægesagkyndige, hvis udtalelser, der sammen med indsigelser fra klager og indklagede, danner grundlag for afgørelsen ved enten Sundhedsvæsenet Disciplinærnævnet (en dommer, to sundhedsfaglige repræsentanter samt to lægmandsrepræsentanter) eller Patientombuddet (chefjurist). De to instanser anvender samme grundlag for vurdering, nemlig om behandlingen var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard eller ej. I afgørelsen tages der således ikke stilling til, om patienten modtog den bedst mulige behandling [5]. Falder der kritik i Patientombuddet, er det efterfølgende muligt at få klagen behandlet i Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn, men ikke omvendt. Finder Sundhedsvæsenet Disciplinærnævn grundlag for kritik med indskærpelse (dvs. sundhedspersonen har handlet væsentlig under normen for almindelig anerkendt faglig standard), eller er der tale om gentagen kritik (tre gange på 5 år), offentliggøres nævnets afgørelse med navn. Afgørelsen vil være offentligt tilgængelig i to år. Desuden kan sager overdrages til anklagemyndighederne med henblik på strafferetslig afgørelse. I 2015 blev Patientombuddet i øvrigt ændret til Styrelsen for Patientsikkerhed, som også varetager sekretariatsfunktionen for Disciplinærnævnet.



Figur 1. Klagens vej gennem systemet

Da Lægevagten er en skattefinansieret fri service til borgene med ca. 3 millioner henvendelser pr. år, synes det interessant at undersøge antallet af klager i Lægevagten. Da der desuden i 2011 blev foretaget en strukturændring i klagesystemet med indførslen af mulighed for at lave en forløbsklage samt muligheden for dialog med sundhedsvæsenet i klagesituationen, findes det desuden interessant at undersøge effekten af disse strukturændringer for klager i Lægevagten.

Formålet med denne opgave er derfor at undersøge udviklingen i antallet af klager i Lægevagten fra 2010 og frem til 2015, herunder hvor stor en andel der afgøres med kritik. Desuden ønsker vi at belyse, hvilken effekt etablering af det nye patientklagesystem i 2011 har haft på antallet af henholdsvis disciplinærklager og forløbsklager og på andelen af disse klager, der afgøres med kritik. Til sidst vil vi undersøge effekten af dialogsamtalen på antallet af klager, der frafaldes efter dialogsamtalen ved at undersøge klageudfaldet i sagsforløb med og uden dialogsamtale.

Metode:

Studiedesign:

Vi ønskede at foretage en audit af patientklager vedrørende Lægevagten i Danmark. Studiet blev planlagt som et retrospektivt registerstudie, med datatræk fra 2009 til 2015. Dette for at få data fra før og efter etableringen af det nye patientklagesystem.

Oprindelige plan for dataopsamling:

Vi søgte i første omgang data ved at fremsende en dataforespørgsel til henholdsvis Styrelsen for Patientsikkerhed samt til vagtchefen for Lægevagten i Region Midtjylland. Styrelsen for Patientsikkerhed oplyste, at det var muligt at lave udtræk fra databasen, der genereres ved håndtering af patientklager, men at den ikke indeholdt de efterspurgte data. Vagtchefen for Region Midtjyllands register indeholdt udelukkende data over antal af klager samt antal afgørelser for de sidste fire år.

Vi undersøgte herefter muligheden for manuelt at gennemgå klagerne og de tilhørende sagsakter ved Patientombuddet. Vi søgte her rådgivning hos læge, Ph.d. Søren Birkelund, som i 2013 i forbindelse med sit Ph.d. om patientklager i almen praksis manuelt havde gennemgået flere klager i Patientombuddet. Han oplyste, at manuel gennemgang ville kræve megen tid samt diverse tilladelse bl.a. fra datatilsynet, hvorfor dette ikke syntes muligt indenfor den tidsmæssige ramme for denne forskningstræningsopgave.

Vi søgte herefter muligheder for at undersøge effekten af dialogsamtalen. Dette ved at undersøge, hvor mange der tog imod tilbuddet om dialog, og hvor mange der efterfølgende trak deres klage tilbage, og hvilken betydning dialogsamtalen havde for klageafgørelsen. Vi fremsendte en dataforespørgsel til Styrelsen for Patientsikkerhed (bilag 1). Grundet inkomplet kodning af indkomne klager, herunder om der blev gennemført dialog samtale i forløbet, var denne datasøgning insufficient (bilag 2).

Endelig dataopsamling:

Da vi ikke kunne få relevant data fra de foregående datakilder, ønskede vi herefter at undersøge udviklingen af klager i Lægevagten, herunder hvilken effekt muligheden for forløbsklager i patientombuddet har haft på antallet af disciplinærklager og antallet af forløbsklager.

Vi har udtrukket data omhandlende afgjorte klager i Lægevagten fra Patientsombuddets årlige statistikrapport for årene 2010 til 2015 [9-14]. Rapporter fra før 2010 har ikke været tilgængelige. Heraf fremgik antallet af klager i henholdsvis Disciplinærnævnet samt Patientombuddet samt klagens udfald. Det har ikke været muligt at få data vedrørende antagne og afviste klager. Der er desuden udtrukket data fra Danmarks Statistik med hensyn til antal kontakter til Lægevagten i samme periode [2].

Hos Patientkontoret i Region Midtjylland søgte vi oplysninger om antallet af gennemførte dialogsamtaler samt udfaldet heraf fordelt på år. Det var kun muligt at få en samlet opgørelse fra perioden 2013-2016 over antallet af klager tilbudt dialog, samt hvorvidt klagen efterfølgende bortfaldt [15]. Det har ikke været muligt at koble gennemført dialog med klageudfald, da disse data ikke er registreret hos hverken regionen eller Patientombuddet.

Analyse:

Data fra årsrapporterne blev indtastet i Excel, hvori databehandlingen har fundet sted. Vi har summeret antallet af klager modtaget per år i henholdsvis Patientombuddet samt Disciplinærnævnet, for herved at belyse udviklingen af antal klager og klageafgørelser over tid. Desuden har vi i beregnet forholdet mellem antallet af afgjorte klager i forhold til antallet af henvendelser til Lægevagten. Endvidere har vi set på udviklingen i afgørelser med kritik over år. Data modtaget fra Patientkontoret i Region Midtjylland blev ligeledes behandlet i Excel, hvor vi fandt frem til andelen af klager, hvori der blev afholdt dialog og andelen af klager, hvor klagen efterfølgende bortfaldt.

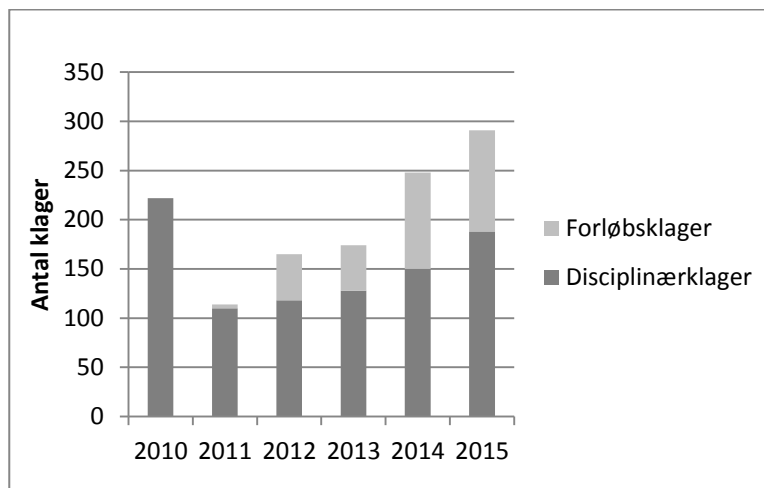
Litteratursøgning:

Vi har søgt litteratur via søgning i Pubmed d. 8.nov 2016 med søgeordene ”complaints”, ”general practice”, ”out-of-hours services” og ”after-hours-care” (Mesh). Vi har inkluderet artikler skrevet på dansk eller engelsk i årene 2006-2016. Artiklerne blev primært udvalgt på overskriften og dernæst tilgængeligt abstract. Vi har gennemlæst litteraturlisten på anvendte artikler for herved at finde yderligere relevant litteratur. Desuden har vi foretaget søgning på Google.com med søgeordene ”Lægevagt”, ”1813” og ”klager”. Tillige er der fundet relevant materiale på retsinfo.dk, Danmarks Statistik og stps.dk.

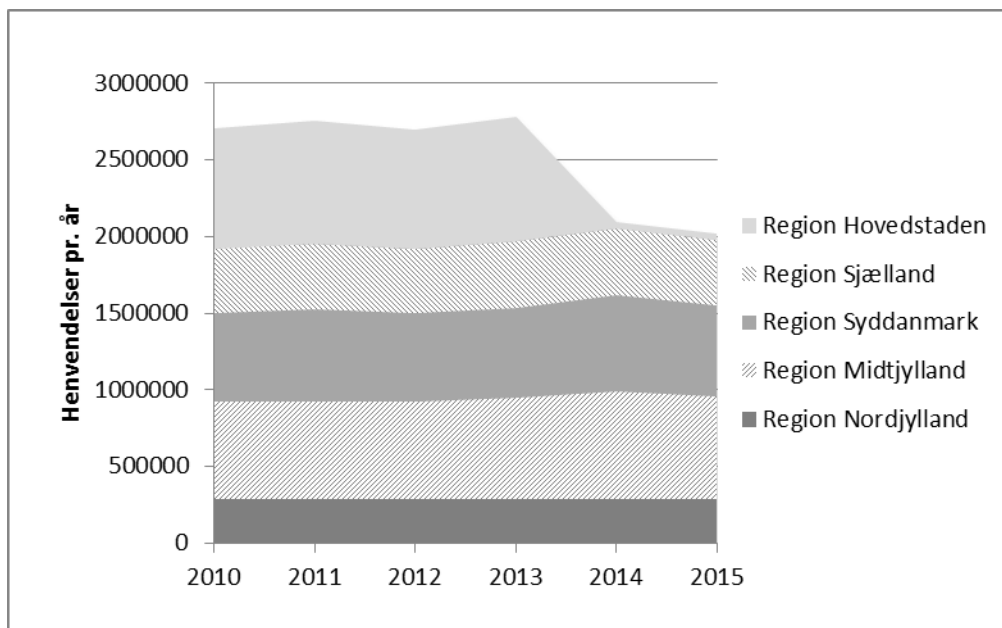
Resultater:

I 2015 blev der afgjort 188 disciplinærklager og 103 forløbsklager i Patientombuddet (figur 2). Antallet af disciplinærklager er i årene 2012-2015 steget med 59%, mens antallet af forløbsklager steg 120% i samme periode. Siden 2012 er det samlede antal af disciplinær- og forløbsklager således steget med 76%.

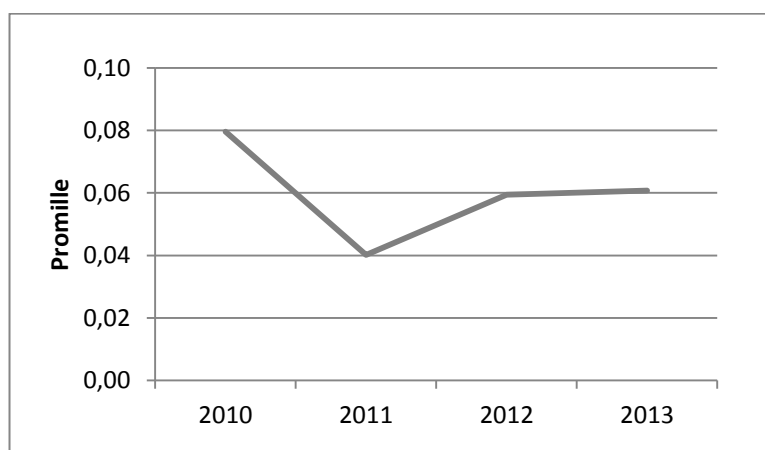
Antallet af henvendelser til Lægevagten har frem til 2014 ligget på knap 3 millioner. pr. år svarende til 0,5 henvendelse pr. dansker (figur 3). Fra 2014 og frem er data fra Region Hovedstaden (1813) ikke inkluderet, hvorfor antallet af registrerede henvendelser falder med 25%. I forhold til det samlede antal henvendelser til Lægevagten er antallet af klager gennemsnitligt 0,06 promille i årene 2010-2013 (figur 4).



Figur 2. Afgjorte klager [9-14]

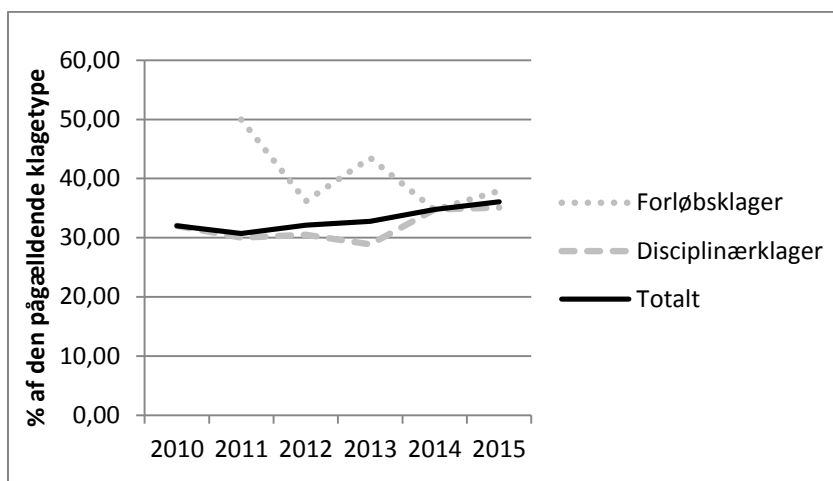


Figur 3. Henvendelser [2]



Figur 4. Klager pr. henvendelse

Siden 2012 ses andelen af disciplinærklager afsluttet med kritik at være ca. 30% og svagt stigende, mens andelen af forløbsklager afsluttet med kritik er ca. 40% og faldende (figur 5). Samlet set falder der i 2015 kritik i 35% af klagerne, en andel der er steget over den sidste årrække.



Figur 5. Andelen af klager afsluttet med kritik.

I Region Midtjylland blev der i årene 2013-2016 indgivet 138 klager over Lægevagten (tabel 1). Der blev afholdt 61 dialogsamtaler svarende til, at der blev afholdt dialogsamtale i 44% af klagesagerne. I 20% af tilfældene førte dialogen til, at klagen bortfaldt.

ANTAL DIALOGSAMTALER		
Gennemført dialog	61	44%
Ikke dialog	77	56%
Totale klager	138	

STATUS EFTER DIALOG		
Fastholdt klage	44	72%
Frafaldt klage	12	20%
Ukendt	5	8%

Tabel 1. Dialogsamtaler Region Midt 2013-2016 [15]

Diskussion:

Hovedfund:

Vi finder, at der i 2010-2013 blev klaget over Lægevagten i 0,06 promille af henvendelserne (ca. 170 klager pr. 3 mio. henvendelser), hvilket er en fordobling siden 2005. Til sammenligning er antallet af klager i dagtiden almen praksis 0,01 promille pr. henvendelse i 2013 [2, 11]. Desuden finder vi, at der fra 2012 og til 2015 er sket en stigning på 76% i det samlede antal afgjorte klager. Dette svarer til, at antallet af disciplinærklager i samme årstal er steget med 59%, mens antallet af forløbsklager er steget med 120%. Samlet set faldt der kritik i 35% af klagesagerne i 2015. Andelen af disciplinærklager afsluttet med kritik er ca. 30% og svagt stigende, mens andelen af forløbsklager afsluttet med kritik er ca. 40% og faldende. Der blev i Region Midtjylland i årene 2013-2016 afholdt dialog i 44% af klagerne vedrørende Lægevagten, hvorefter klagen bortfaldt i 20% af tilfældene.

Tolkning:

Det stigende antal af både disciplinær- og forløbsklager i Lægevagten, formoder vi, skyldes patienternes lettere klageadgang, øget oplysning, øget opmærksomhed fx fra medierne omkring fejl i sundhedsvæsenet og generelt mindre autoritetstro i samfundet. Denne stigende tendens for antallet af klager ses i hele sundhedsvæsenet [13]. Vi bemærker desuden en væsentlig stigning i det samlede antal af klager i 2014-2015 efter et relativt stabilt antal klager i 2012-2013, hvilket kunne være et resultat af den nye organisering af Lægevagten, som med 1813 blev indført i Region Hovedstaden.

At antallet af klager pr. henvendelse i Lægevagten er 6 gange højere end i dagtiden i almen praksis kan skyldes, at antallet af ukomplicerede henvender som fx laboratorieprøvetagning i dagtiden er væsentligt højere end i vagttiden. En anden årsag kan være de mange korte patientkontakter i Lægevagten, da det vides at en høj konsultationsrate øger risikoen for patientklage [16].

Det må desuden formodes, at den ofte manglende relation mellem læge og patient i Lægevagten medfører en større risiko for misforstået kommunikation og heraf flere klager. Desuden kender man i Lægevagten ikke patientens medicinske forhistorie, og muligheden for opfølgning er begrænset [17].

At antallet af forløbsklager stiger mere end disciplinærklagerne skyldes måske patienternes øgede opmærksomhed på denne klageadgang. Før denne klagevej blev tilgængelig, var det nødvendigt, at patienten kunne identificere en konkret person, som de ønskede at klage over. De kunne altså ikke klage over den samlede behandling eller forløb. Vi tror, at de få forløbsklager i 2011 skyldes, at muligheden for forløbsklage endnu ikke var kendt af patienterne.

Den let stigende andel af disciplinærklager, der afsluttes med kritik, mener vi, bl.a. kan skyldes det stigende antal instrukser og vejledninger, der udarbejdes. Dette kan gøre det nemmere at afdømme og retfærdiggøre kritik af en given behandling. Det kunne også tænkes, at en ændret skærpet praksis i Patientombuddet er årsag til denne stigning. Vi mener dog også, at en del af denne stigning kan forklares ved muligheden for dialog, da en del af de klager, der bunder i misforståelser og som ikke ville have givet anledning til kritik, bortfalder efter dialog. Dermed stiger andelen af klager med kritik. Antallet af forløbsklager afsluttet med kritik falder, hvilket kan skyldes, at forløbsklagerne i stigende grad bliver indgivet, selvom der ikke er grundlag for at klage.

Der blev i Region Midtjylland i årene 2013-2016 afholdt dialog i 44% af klagerne vedrørende Lægevagten, hvorefter klagen bortfaldt i 20% af tilfældene, en andel som er mindre end gennemsnittet på 41% for samtlige klager til Patientombuddet [8]. Dette kan måske skyldes den manglende relation mellem patient og læge i Lægevagten, som man ellers har med sin sædvanlige læge. På den måde kan det tænkes, at det er vanskeligere at acceptere en forklaring eller undskyldning fra en person, man ikke kender.

Styrker og svagheder:

Denne undersøgelse er den første siden 2005 til at belyse antallet af klager i Lægevagten samt udviklingen over de seneste år. Vi er begrænset af, at studiet er et retrospektivt registerstudie, og således afhængig af Patientombuddets registrering af indkomne klager. Bliver klagen ikke registreret korrekt, kan det give anledning til over- eller underestimering i antallet af klager pr. henvendelse. Da vi ser en jævn stigning i antallet af klager fra 2011-2015, kan det høje antal af disciplinærklager i 2010 måske skyldes, at man afsluttede en del klager i 2010 forud for strukturændringerne.

En yderligere svaghed ved dette studie er, at det absolutte antal af klager er meget lavt, hvormed usikkerheden på vores beregninger bliver forholdsvis store og således besværliggør tolkning. Dette problem kunne mindskes ved en længere dataopsamlingsperiode. Endvidere har vi i denne undersøgelse ikke belyst antallet af serviceklager samt patienterstatningssager i Lægevagten. Det betyder, at der reelt er flere klager, end vi har beskrevet og således en underestimering af antal klager pr. henvendelse. Det vides desuden fra andre studier, at antallet af personer der klager udgør 1/3 af det samlede antal, der egentlig ønsker at klage, hvilket ligeledes vil bidrage til en underestimering af antallet af klager pr. henvendelse [18]. Vi har således kun belyst toppen af isbjerget.

Fremtidige studier:

Vi har i denne opgave ikke belyst antallet af serviceklager og antallet af patienterstatningssager i Lægevagten. Disse vil sammen med en brugertilfredshedsundersøgelse formentligt bidrage til et bedre og mere nuanceret billede af tilfredsheden med Lægevagten.

Idet vi ser en stigende tendens i antallet af klager i Lægevagten, og da der ifølge vores kendskab foreligger begrænset national og international litteratur på området, finder vi det interessant i fremtiden at undersøge dette område nærmere, ikke mindst da konsekvensen for den indklagede læge kan være skamfølelse og defensiv medicin [19]. Det er desuden vist, at anvendelse af en risiko-reducerende strategi fokuseret på procedureændringer, træning og uddannelse signifikant kan reducere antallet af klager i Lægevagten i Irland [17]. Vi foreslår at undersøge karakteristika for klager i Lægevagten (fx køn, alder, anciennitet, diagnoser, tidspunkt og setting). Denne viden vil kunne identificere risikofaktorer for klager i Lægevagten, hvilket kunne danne udgangspunkt for en risikoreducerende strategi i Lægevagten i Danmark.

Konklusion:

Til trods for at antallet af klager i Lægevagten er lavt (0,06 promille), ses der i årene 2012-2015 en relativ stor stigning i antallet af disciplinærklager og forløbsklager. Andelen af klager afsluttet med kritik ses desuden svagt stigende, og er aktuelt på 35%. Fremtidige studier kan give ideer til interventioner for at begrænse denne udvikling.

Referencer:

1. Sundhedsstyrelsen, Kvaliteten i den danske lægevagtsordning. 2009:
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2009/kvaliteten-i-den-danske-laegevagtsordning>.
2. Udtræk fra Danmarks Statistik 2010-2015. <https://www.statistikbanken.dk>.
3. Sarah Wadmann, J.K., Pia Kürstein Kjellberg, Enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden 2015: <http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i9884/Evaluering-af-Enstrenget-og-Visiteret-Akutsystem-i-Region-Hovedstaden---Sammenfatning>.
4. Magnussen, P., Foranalyse vedr. lægevagten, in PLO´s akutudvalg. 2007.
5. Patientombuddet, Årsberetning 2011, Sundhedsvæsenets Disciplinærævn. 2012:
<https://www.stps.dk/da/udgivelser/2016/aarsberetning-for-sundhedsvaesenet-disciplinaernaevn-2015>.
6. Marie Bismark, E.D., Motivations for Medico-Legal Action : Lessons from New Zealand. Journal of Legal Medicine, 2006. 27(1): p. 55-70.
7. Forebyggelse, M.f.S.o., Lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. 2011: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=138893>.
8. Patientsikkerhed, S.f., Årsberetning 2015 Patientombuddet. 2016:
<https://www.stps.dk/da/udgivelser/2016/aarsberetning-for-patientombuddet-2015>.
9. Patientombuddet, Statistiske oplysninger om patientklager 2011. 2012
<https://www.stps.dk/da/udgivelser/2012/aarsstatistik-for-patientklager-i-2011>.
10. Patientombuddet, Statistiske oplysninger om patientklager 2012. 2013:
<https://www.stps.dk/da/udgivelser/2013/statistiske-oplysninger-om-patientklager-for-2012>.
11. Patientombuddet, Statistiske oplysninger om patientklager 2013. 2014:
<https://www.stps.dk/da/udgivelser/2014/statistiske-oplysninger-om-patientklager-for-2013>.
12. Patientombuddet, Statistiske oplysninger om patientklager 2014. 2015:
<https://www.stps.dk/da/udgivelser/2016/statistiske-oplysninger-om-patientklager-for-2014>.
13. Patientombuddet, Statistiske oplysninger om patientklager 2015. 2016:
<https://www.stps.dk/da/udgivelser/2016/statistiske-oplysninger-om-patientklager-for-2015>.
14. Patientklagenævn, S., Statistiske oplysninger 2010. 2011:
<https://www.stps.dk/da/udgivelser/2011/aarsstatistikken-for-patientklagenaevnet-for-2010>.
15. Johansen, R.P.K., Datatræk fra Region Midtjylland 2013-2016.

16. Birkeland S, C.R., Damsbo N, Kragstrup J, Patient Complaint Cases in Primary Health Care: What Are the Characteristics of General Practitioners Involved? *BioMed research international*, 2013. 2013: p. 807204.
17. Barragry RA, V.L., Hanlon D, K Bailey KF, O'Dowd TC, O'Shea BJ, An analytic observational study on complaints management in the general practice out of hours care setting: who complains, why, and what can we do about it? *BMC family practice*, 2016. 17: p. 87.
18. D., I.G.I., Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials *International Journal for Quality in Health Care*, 2007. 19(3): p. 158-163.
19. Cunningham W, W.H., Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Qual Saf*, 2011. 20(5): p. 449-452.

Bilag 1:**DICIPLINÆRNÆVNET****DICIPLINÆRSAGER I LÆGEVAGTEN**

ÅRSTAL (FÆRDIGBEHANDLEDE SAGER)		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Antal klagesager modtaget		82	107	106	4	38	73	89	83
Antal klager accepteret									
Antal klager gennemført dialogsamtale									
Antal ikke-afsluttede klager efter dialogsamtale									
Afgørelser - uden dialog	Ingen kritik	-	-	-	-	-	11	19	45
	Kritik	-	-	-	-	-	5	4	34
	Kritik med indskærpelse						-	-	3
	Anmodning om tiltalerejsning						-	-	-
Afgørelser - med dialog	Ingen kritik								
	Kritik								
	Kritik med indskærpelse								
	Anmodning om tiltalerejsning								

PATIENTOMBUDET
BEHANDLINGSKLAGER I LÆGEVAGTEN

ÅRSTAL (FÆRDIGBEHANDLEDE SAGER)		2011	2012	2013	2014	2015
Antal klagesager modtaget		4	19	57	56	72
Antal klager accepteret						
Antal klager gennemført dialogsamtale						
Antal ikke-afsluttede klager efter dialogsamtale						
Afgørelser – uden dialog	Ingen kritik			22	59	52
	Kritik			16	18	26
Afgørelser - med dialog	Ingen kritik					
	Kritik					

Bilag 2:



Kære Signe Justesen

Vi har foretaget en søgning på baggrund af din efterspørgsel på data vedrørende disciplinærsager og styrelsessager i lægevagttregi.

Vi har udfyldt skemaet for så vidt det har været muligt for os at fremsøge tallene. Vi har anvendt søgeordet "Lægevagt" i forbindelse med søgningerne, men du skal være opmærksom på, at vores system ikke er kodet med specifikke sundhedsfaglige områder, hvorfor der ved brug af søgeord så som "1813" eller "vagtlæge" kan fremkomme et andet resultat.

Videre har det ikke været muligt at fremsøge accepterede klager, idet alle klager oprettes som en klagesag og bliver betragtet som afsluttet, selvom der for eksempel er fremkommet en løsning, som ikke har medført en afgørelse. Derfor registrer systemet, som oplyst i telefonen, heller ikke om sagen er afsluttet i forbindelse med dialog, eller om sagen fortsætter som en almindelig klagesag.

Videre skal vi oplyse, at det desværre ikke har været muligt at trække tal fra tidligere end 2011/2012, fordi vi i den tidsperiode fik nyt IT-system, hvilket medførte, at vi ikke har registreret kritik eller ingen kritik i de forudgående år. Derudover var der i perioden fra 2011-2013 en del sager der ikke blev kategoriseret som styrelsessag eller disciplinærævnssag, hvorfor det ikke har været muligt for os at fremsøge et retvisende antal for fordelingen af sagerne i de to kategorier.

Vi har indsat tallene i det medsendte skema.

Med venlig hilsen

Katrine Andersen

Dato: 03-01-2017
Sagsnr.: 16/13886/KC
Sagsbeh.: Kaan

Styrelsen for Patientsikkerhed
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg
Dir. Tlf. +45 7228 6765
Telefontid: 10:00-14:00

pob@patientombuddet.dk
www.stps.dk