

Vejledning for håndtering af dialogsamtaler.

Når en patient eller en pårørende til en afdød patient klager til Patientombuddet eller Disciplinærnævnet, spørger disse instanser de pågældende klagere, om der ønskes en dialog med regionen.

Hvis patienten eller den pårørende ønsker en dialog med regionen, sendes klagen til regionen, idet regionen da skal tage initiativ til dialogsamtalen.

Det skal indledningsvis bemærkes, at regionen er forpligtet til indenfor 4 uger fra regionens modtagelse af klagen at afholde den omhandlede dialogsamtale.

Videre skal bemærkes, at klager stilet til regionen, herunder hospitalsledelserne og direktionen ved Region Hovedstadens Psykiatri og afdelings-, klinik- eller centerledelserne, er ikke omfattet af reglerne om dialog. Dette gælder både klager over den sundhedsfaglige behandling og serviceklager.

I Region Hovedstaden vil Patientombuddet i de tilfælde, hvor en klage over sundhedsfaglige behandling er stilet til enten Patientombuddet eller Disciplinærnævnet, sende sagen direkte til det pågældende hospital eller til Region Hovedstadens Psykiatri, hvis der er tale om en klage om behandling i et psykiatrisk center.

Nedenfor beskrives den praktiske håndtering af dialogsamtaler med de patienter eller pårørende til en afdød patient, der klager til Patientombuddet eller Disciplinærnævnet over den sundhedsfaglige behandling på regionens hospitaler og i regionens psykiatriske centre.

Desuden gives i bilag 1 til denne vejledning en gennemgang af det retlige grundlag, der gælder på området.

1. Klagen modtages

Når en klager har taget imod tilbuddet om en dialogsamtale sender hospitalets centrale administration/Region Hovedstadens Psykiatri centrale administration klagen bilagt Patientombuddets ekspeditionsskema til den relevante afdeling/klinik/center.

Afdelingen, klinikken eller centret skal herefter hurtigst muligt tage initiativ til afholdelse af dialogsamtale med patienten eller den pårørende.

2. Forberedelse til dialog samtalen

Der kan afhængig af klagen i nogle tilfælde være behov for, at der inden dialog samtalen udarbejdes redegørelse om det forløb eller den behandling, som klagen vedrører.

Hvis der til brug for en redegørelse indhentes oplysninger fra patientens journal, så skal patienten iht. bestemmelserne i persondataloven informeres herom. Se bilag 1 om det retlige grundlag for dialog samtalerne.

3. Patient eller pårørende inviteres til dialog samtale

Afdelings-, klinik- eller centerledelse har ansvaret for og deltager som hovedregel i dialog samtalen. Afgørelse af, hvem der evt. herudover skal deltage i dialog samtalen med patienten eller den pårørende, beror på en konkret vurdering.

Forinden patienten eller den pårørende kontaktes, skal ledelsen ved afdelingen/klinikken/centret vurdere, hvem der skal deltage i dialog samtalen med henblik på, at dette oplyses til patienten eller den pårørende i forbindelse med den første kontakt.

Ledelsen ved afdelingen, klinikken eller centret kan vælge mellem at kontakte patienten eller den pårørende til en afdød patient telefonisk, pr. brev og personligt i de tilfælde, hvor den pågældende er indlagt på hospitalet/centret.

Da der er en frist på 4 uger for afholdelse af dialog samtalen, er det mest hensigtsmæssigt, at patienten eller den pårørende kontaktes telefonisk.

Hvis det ikke er muligt at få telefonisk kontakt med patienten eller den pårørende til en afdød patient, må afdelingen/klinikken/centret invitere pågældende pr. brev. Der er udarbejdet et standardbrev til dette brug. Se værktøjskassen vedr. dialog samtaler på regionens intranet.

Det skal i forbindelse med den første kontakt aftales med patienten eller den pårørende, hvordan dialog samtalen skal foregå.

Der er udarbejdet en spørgeguide til brug for den indledende samtale. Se værktøjskassen vedr. dialog samtaler på regionens intranet.

4. Afholdelse af dialog samtalen

Dialog samtalen gennemføres enten ved et møde med patienten eller den pårørende eller telefonisk. Det er patientens eller den pårørendes behov, der skal tilgodeses ved beslutningen om, hvordan dialog samtalen skal gennemføres.

Såfremt patienten eller den pårørende ønsker det, kan dialog samtalen således godt gennemføres som en telefonsamtale.

Der er udarbejdet vejledninger til brug for gennemførelse af dialog samtalen både ved personlig fremmøde og telefonisk. Se værktøjskassen vedr. dialog samtaler på regionens intranet.

5. Tolkebistand

Såfremt der er behov for tolkebistand, skal der være en tolk til stede under dialog samtalen.

6. Bisidder

Patienten skal have oplyst, at denne gerne må have en bisidder med sig til mødet. Det kan være en pårørende, en god bekendt eller også en person fra en patientorganisation.

Det bemærkes, at patientvejlederen ikke kan optræde som partsrepræsentant for en patient eller en pårørende til en afdød patient. Patientvejlederen kan derfor ikke være bisidder for en patient eller en pårørende til en afdød patient.

7. Dokumentation af dialog samtalen

Dialog samtalen dokumenteres i det ekspeditionsskema, som Patientombuddet har sendt frem sammen med sagen.

Den, som holder samtalen med patienten eller den pårørende, skal i forbindelse med samtalen udfylde Patientombuddets ekspeditionsskema, og ved afslutningen af samtalen skal patienten eller den pårørende underskrive det udfyldte skema, og patienten eller den pårørende skal herefter have udleveret en kopi af skemaet.

I de tilfælde, hvor dialog samtalen er gennemført via en telefonsamtale, eller patienten eller den pårørende har brug for betænkningstid, og derfor ikke kan skrive under på skemaet i forbindelse med samtalen, må skemaet returneres til Patientombuddet uden patientens eller den pårørende underskrift. I disse tilfælde henholdsvis fremsendes eller udleveres det udfyldte skema til patienten eller den pårørende.

8. Patienten må selv sørge for transporten

Patienten skal informeres om, at denne selv må sørge for transporten, idet der ikke er ret til at blive kørt til hospitalet/det psykiatriske center eller at få udgifterne til transport refunderet.

9. Ved overskridelse af 4-ugersfristen sendes journalmateriale mv. til Patientombuddet

Hvis dialog samtalen ikke er gennemført inden for 4 uger regnet fra hospitalets/psykiatriens modtagelse af klagen, skal Patientombuddet have tilsendt alle relevante oplysninger i sagen, herunder have tilsendt journalmaterialet.

Hvis de spørgsmål, patientens eller den pårørendes klage vedrører, af den ene eller anden grund således ikke kan afklares inden for 4 uger, skal hospitalsafdelingen, -

klubben eller det psykiatriske center tilbagesende klagesagen til Patientombuddet og samtidig fremsende journalmateriale etc. til Patientombuddet.

Hvis dette ikke kan afgøres inden for 4-ugersfristen, må sagen håndteres, som om klagen opretholdes. Dvs. at Patientombuddet skal have tilsendt journalmateriale etc. Patienten eller den pårørende skal i denne situation vejledes om at rette henvendelse til Patientombuddet, hvis patienten eller den pårørende efterfølgende beslutter sig for at tilbagekalde klagen.

10. Patientombuddet orienteres om udfaldet.

Patientombuddet skal orienteres om udfaldet af dialogen. Denne orientering skal ske enten via hospitalets eller psykiatriens administration eller med orientering dertil afhængig af den administrative tilrettelæggelse på hospitalet eller i psykiatrien.

Hvis patienten eller den pårørende efter den stedfundne dialog fastholder klagen, håndteres klagen iht. de retningslinjer, som gælder i Region Hovedstaden for så vidt angår behandlingen af klager over sundhedsfaglig behandling.

Det ekspeditionsskema, som Patientombuddet har fremsendt sammen med sagen, udfyldes og sendes til Patientombuddet og eller til henholdsvis hospitalets administration eller administrationen i Region Hovedstadens Psykiatri.

Kopi af dette ekspeditionsskema registreres/journaliseres på sagen.

Såfremt patienten eller den pårørende efter dialog samtalen frafalder klagen, skal Patientombuddet blot have tilsendt det udfyldte skema.

11. Særligt om håndtering af forløbsklager.

- Vedrører klagen flere afdelinger på samme hospital eller to psykiatriske centre:
 - hospitalets/psykiatriens administration afgør hvilken afdeling/klinik/center, der skal være ansvarlig for tilrettelæggelse og gennemførelse af dialog samtalen.
- Vedrører klagen to eller flere hospitaler i regionen:
 - Koncern Sekretariatet visiterer klagen til det hospital, der skal gennemføre dialog samtalen med patient mv.
- Vedrører klagen et hospital i regionen og et eller flere sygehuse i en anden region:
 - i første omgang må patienten tilbydes en dialog det sted i Region Hovedstaden, hvor patienten er blevet behandlet. Såfremt det ikke fører til en afklaring af det spørgsmål, der klages over, må det eller de andre sygehuse inddrages i dialogen med patienten.
- Vedrører klagen privat praktiserende sundhedspersoner og et eller flere hospitaler i regionen:
 - Koncern Sekretariatet visiterer klagen til det hospital, hvor patienten har været i behandling.

12. Læring af klagerne og registrering af forbedringer.

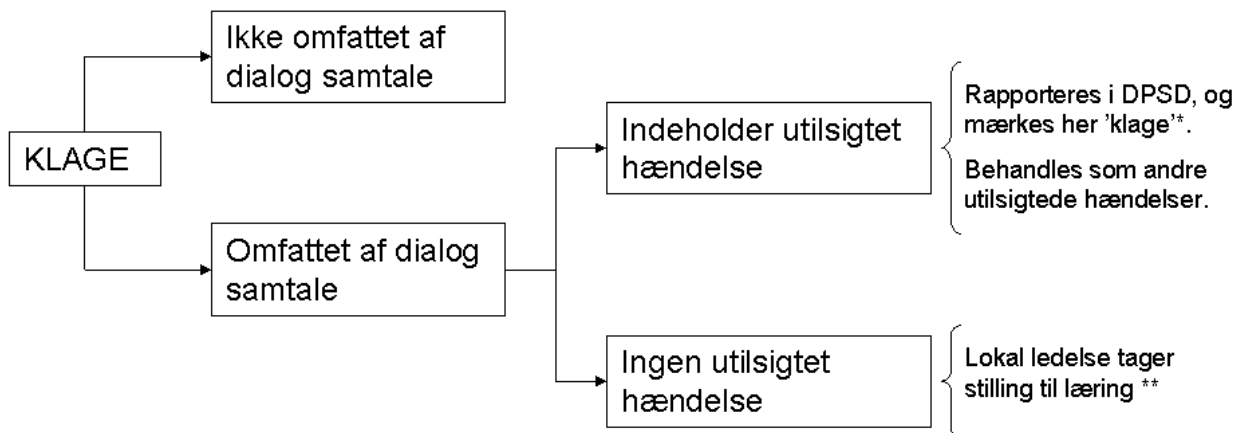
I dialogen med patienter og pårørende skal læringsaspektet altid være til stede ved, at de, der deltager i samtalen, vil få udbytte af dialogen.

Uanset om en klage frafaldes eller ej efter dialogsamtalen med patienten eller den pårørende skal afdelingen/klinikken/centret vurdere, om klagen giver anledning til mere systematiske ændringer eller forbedringer og inddrage de relevante fora i denne vurdering. Hospitalsdirektionerne og direktionen ved Region Hovedstadens Psykiatri skal holde sig ajour med klager, samtaler og den læring, det har givet anledning til.

Det skal vurderes, om substansen i klagen er af en sådan karakter, at der er tale om en utilsigtet hændelse. I givet fald skal klagen rapporteres til Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD). Rapporten mærkes med 'patientombud' som første ord i beskrivelsesfeltet, således at man let kan fremsøge rapporten til fx årsrapporter. Klagen kategoriseres i DPSD som andre utilsigtede hændelser i henhold til systemproblem og læring.¹ Der arbejdes i nationalt regi på at indføre en mere struktureret måde at mærke hændelserne på. Denne forventes indført når hospitalerne tager næste version af DPSD (DPSD2) i brug, medio 2011.

For klager, der ikke kan karakteriseres som utilsigtet hændelse, tager hospitals-, afdelings-, klinik- eller centerledelsen stilling til hvilken læring, der kan uddrages, og hvordan dette skal formidles. I dette skal indgå en opsamling, så direktionerne kan holde sig ajour, identificere mønstre og sikre læring på tværs af enheder.

Oversigt over sagsforløbet



* Dette gøres således, at man let kan fremsøge disse rapporter til fx årsrapport

** Der er ikke etableret systemer, der kan sikre en elektronisk opsamling og behandling af disse klager

¹ Ved rapportering til DPSD er rapportøren beskyttet af Sundhedsloves §201: En sundhedsperson som rapportere en utilsigtet hændelse kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af sundhedsstyrelsen eller strafferetslige sanktioner af domstolene.