

# Kræftpatienters klager

- en analyse af patientsikkerhed og kvalitet i kræftforløbet



## **Kræftpatienters klager**

- en analyse af patientsikkerhed og kvalitet i kræftforløbet

Kræftens Bekæmpelse  
Kvalitet & Patientsikkerhed  
Strandboulevarden 49  
DK-2100 København Ø.  
Tlf. 3525 7500  
[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

### Forfattere:

Karina Rahbek Jespersen, projektmedarbejder  
Henriette Lipczak, overlæge  
Janne Lehmann Knudsen, kvalitetschef, overlæge, ph.d., MHM

Sprog: Dansk

Version: 1.1

Versionsdato: August 2013

ISBN: 978-87-7064-204-0

Elektronisk udgave af rapporten kan findes på [www.cancer.dk/rapporter](http://www.cancer.dk/rapporter)

Forsidefotos: Colourbox

Udgivet af Kræftens Bekæmpelse, august 2013

## Forord

Kræftens Bekæmpelse har igennem en årrække haft fokus på patientsikkerhed i kræftbehandling. Da én metode ikke alene kan give et fuldstændigt overblik over sikkerhedsproblemer i kræftforløbet, er sikkerheden tidligere søgt belyst gennem data fra både patientjournaler, hændelsesrapportering, forsikringssager samt spørgeskemaundersøgelse og med inddragelse af både patienters, pårørendes og sundhedsprofessionelles perspektiv. Ønsket har været at etablere et overblik over patientsikkerhedsmæssige udfordringer i kræftforløbet og dermed skabe basis for forbedring.

Denne rapport føjer endnu en brik til kortlægningen af sikkerhedsproblemer i kræftforløbet. Rapporten er udarbejdet af Kræftens Bekæmpelse med bidrag fra Patientombuddet og indeholder en analyse af klager fra kræftpatienter til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn afgjort i perioden januar 2009 til januar 2010. Klagerne omhandler sundhedspersoners faglige virksomhed og er i Patientklagenævnet blevet vurderet i forhold til, hvorvidt der efter klage og erstatningsloven er basis for at fremsætte kritik overfor enkelte sundhedspersoner. I dette arbejde er klagerne analyseret i et læringsperspektiv med fokus på en beskrivelse af de forhold og aktiviteter, der udgør en sikkerhedsmæssig risiko. Patientklagenævnet blev i januar 2011 erstattet af et nyt patientklagesystem, men de tidligere klager udgør stadig en kilde til viden, der kan bruges i forbedringen af patientsikkerheden. Resultaterne kan således anvendes af personer der beskæftiger sig med kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, herunder både beslutningstagere og personale.

Mere end 34.000 danskere får hvert år kræft. Med diagnosen følger ofte et langvarigt forløb med mange kontakter til sundhedsvæsenet. Selvom langt det meste forløber planmæssigt, er der i alle faser af forløbet risiko for, at noget ikke går som planlagt og at patienten – i tillæg til de fysiske, psykiske og sociale følger af sygdommen – påføres ekstra skade. Skaderne er primært en belastning for patienten, men har også konsekvenser for samfundet og for det involverede personale. Kræftens Bekæmpelse arbejder blandt andet for at øge helbredelsesmulighederne og begrænse de negative følgevirkninger af kræft. Med udgangspunkt i at mange fejl og svigt kan forebygges, er højnelse af sikkerheden derfor et centralt indsatsområde.

København, august 2013

Janne Lehmann Knudsen  
Kvalitetschef, overlæge, ph.d., MHM

## Indholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sammenfatning .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1. Indledning og formål .....</b>                                     | <b>7</b>  |
| 1.1. Lovgrundlag og afgørelsespraksis.....                               | 8         |
| 1.2. Kvalitet og patientsikkerhed.....                                   | 10        |
| <b>2. Materiale og metode.....</b>                                       | <b>11</b> |
| <b>3. Beskrivelse af klager og delafgørelser .....</b>                   | <b>14</b> |
| 3.1. Beskrivelse af patienternes klager .....                            | 14        |
| 3.2. Beskrivelse af delafgørelserne .....                                | 19        |
| <b>4. Typer af sikkerheds- og kvalitetsproblemer .....</b>               | <b>22</b> |
| 4.1. Hændelser med kritik .....  | 23        |
| 4.2. Hændelser uden kritik .....   | 25        |
| 4.3. Sammenligning af hændelser .....                                    | 29        |
| <b>5. Diskussion af udvalgte sikkerheds- og kvalitetsproblemer .....</b> | <b>32</b> |
| 5.1. Metodediskussion .....  | 34        |
| <b>6. Konklusion.....</b>  | <b>36</b> |
| <b>7. Referenceliste.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>Bilag 1 .....</b>   | <b>39</b> |
| <b>Bilag 2 .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>Bilag 3 .....</b>   | <b>43</b> |

## Sammenfatning

Kræftpatienter er på grund af deres ofte lange og komplekse udrednings- og behandlingsforløb i særlig risiko for, at der opstår fejl og svigt i behandlingen. Disse fejl og svigt kan i sidste ende føre til, at patienten påføres skade. Det er kendt, at op mod halvdelen af sikkerhedsproblemerne kan forebygges (1), men det forudsætter kendskab til de situationer, hvor sikkerheden svigter. Patientombuddet og Kræftens Bekæmpelse har derfor i samarbejde gennemført denne analyse af kræftpatienters klager til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn behandlede tidligere klager over den sundhedsfaglige virksomhed, herunder klager over forhold omfattet af Sundhedslovens afsnit III om patienters retstilling inden for sundhedsvæsenet. Nævnet var fra 2006 og frem til 2011 reguleret af klage- og erstatningsloven. Pr. 1. januar 2011 trådte et nyt klagesystem i kraft, og med det er der etableret to nye klageinstanser. Den ene er Patientombuddet, der behandler klager over behandlingsforløb og klager over manglende overholdelse af visse patientrettigheder. Den anden er Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, der behandler klager over sundhedspersoner, og som dermed har erstattet Patientklagenævnet.

Klager sendt til Patientklagenævnet er - trods ændringen af patienternes klagemuligheder - en kilde til information om fejl og svigt i forbindelse med sundhedsvæsenets indsats og kan supplere andre kilder til viden om sikkerheds- og kvalitetsbrist i det danske sundhedsvæsen. For at kunne forebygge fejl og svigt i behandlingen er det nødvendigt at identificere de forhold og processer, der indebærer risiko for, at fejl og svigt opstår og på baggrund af disse skabe basis for læring og forbedring. Formålet med nærværende undersøgelse var derfor dels at beskrive klager og afgørelser i kræftforløbet, dels at identificere forskellige typer af sikkerheds- og kvalitetsproblemer ud fra patientens perspektiv.

I Patientklagenævnets afgørelser blev der udelukkende taget stilling til, om der var grundlag for at kritisere den sundhedsfaglige virksomhed. I denne undersøgelse er fokus på at uddrage læring af alle typer af afgørelser, så patientens viden om og oplevelse af det skete kan anvendes i udviklingen af kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Resultaterne kan således anvendes i både administrativ og klinisk sammenhæng af ledere, kvalitets- og patientsikkerhedspersonale samt klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle.

Arbejdet baserer sig på hændelser udledt af 1095 delafgørelser fra 439 klager fra kræftpatienter. Afgørelserne er fra perioden 2009 og 2010. Der er lavet en deskriptiv analyse af klagerne samt delafgørelsernes antal og typer, idet der på baggrund af disse er identificeret mulige sikkerheds- og kvalitetsproblemer.

Analysens hovedresultater i forhold til beskrivelse af klager og afgørelser er som følger:

- 6 % af alle afgjorte klager i 2010 var fra kræftpatienter
- Over halvdelen af klagerne knytter sig til kræftpatienter i alderen 60-79 år, hvilket stemmer overens med incidensen for kræft generelt
- Fordelingen af klager på de enkelte sygdomsgrupper svarer til den gennemsnitlige incidens for de enkelte kræftsydomsgrupper bortset fra kræft i knogler og ledbrusk, modermærkekræft og anden hudkræft samt kræft i skjoldbruskkirtlen og andre endokrine kirtler, der er overrepræsenteret i materialet

- De fleste patienter klager over sundhedsfaglig virksomhed i forbindelse med deres udredningsforløb
- Der er i gennemsnit registreret 2,5 delafgørelser per klage
- Blandt delafgørelserne udgør specialet kirurgi den største andel (27 %)
- I 82 % af delafgørelserne er det vurderet, at der ikke var grundlag for kritik

I de 152 delafgørelser/hændelser, hvor der er givet kritik, er de hyppigste patientsikkerhedsmæssige udfordringer relateret til:

- Utilstrækkelig undersøgelse og henvisning af patienten
- Utilstrækkelig fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test
- Utilstrækkelig journalføring og sygeplejefaglig dokumentation

Ovennævnte udfordringer genfindes i de 943 delafgørelser/hændelser, hvor der ikke er givet kritik, og denne del af materialet supplerer med information om patientoplevede problemer vedrørende:

- Mangelfuld vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb
- Mangelfuld vurdering af indikation for samt medicinering af patient
- Utilstrækkelig indhentelse af informeret samtykke

Patientklagenævnet bekræfter qua tildeling af kritik, at der bl.a. er problemer relateret til kvalitet og patientsikkerhed på områderne utilstrækkelig undersøgelse af patienten på baggrund af dennes symptomer, mangelfuld fortolkning af billeddiagnostiske undersøgelser samt utilstrækkelig journalføring af information givet til patienten. Resultatet viser imidlertid også, at mange patienter oplever problemer og klager, uden der er grundlag for kritik i klagesystemet f.eks. i forhold til udredning af ukarakteristiske symptomer, kirurgiske komplikationer, medicinering (kemoterapi og smertebehandling), samt indhentelse af informeret samtykke forud for invasive indgreb.

Resultaterne af denne analyse bekræfter tidligere fund i undersøgelser foretaget af Kræftens Bekæmpelse. Det relativt ensartede risikobillede på tværs af undersøgelser baseret på forskellige datakilder understreger problemernes vigtighed og tyder samtidig på, at der fremover kan fokuseres mindre på afdækning og mere på forbedring af de identificerede problemer.

Med det nye klagesystem fra 2011 har kræftpatienter fået mulighed for at klage over fejl i sundhedsvæsenet uden samtidig at klage over en konkret sundhedsperson. Denne mulighed formodes at give indsigt i kvalitets- og sikkerhedsproblemer, der ikke blev synlige via det tidligere klagesystem, og de nye klager bør fremadrettet inddrages i arbejdet for at forbedre kvalitet og sikkerhed for kræftpatienter.

## 1. Indledning og formål

Hvert år får mere end 34.000 danskere konstateret en kræftsygdom. Udredning og behandling for kræft er ofte forbundet med komplekse og risikofyldte forløb, og kræftpatienter er derfor i særlig risiko for fejl og svigt i behandlingen (2). For at kunne forebygge dette, er det nødvendigt at identificere de forhold og processer, der indebærer risiko for, at fejl og svigt opstår.

Efter klage- og erstatningsloven kunne patienter og pårørende klage over den faglige virksomhed, der udøves af en række sundhedspersoner inden for sundhedsvæsenet i Danmark, Grønland og på Færøerne. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn blev oprettet i 1988, og nævnets virksomhed har siden 2006 været reguleret af klage- og erstatningsloven. Pr. 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft, der blandt andet erstattede Patientklagenævnet (3).

Antallet af patienter, der klager over sundhedsvæsenet, er steget gennem de seneste år. I 2010 modtog Sundhedsvæsenets Patientklagenævn 4770 klager fra patienter, hvilket er en stigning på 12,6 % i forhold til 2009. Patientklagenævnets sager omhandler enkeltpersoners sundhedsfaglige virksomhed i forbindelse med patientens udredning, undersøgelse, behandling eller kontrolforløb. Af de 4221 sager, der blev afgjort i 2010, var 264 (ca. 6 %) klager fra kræftpatienter (4).

En undersøgelse af klager og afgørelser vedrørende kræftpatienter i Patientklagenævnet giver ikke alene en indsigt i klagemønstre, men supplerer også øvrige kilder til viden om, hvilke kvalitets- og sikkerhedsbrister der findes i det danske sundhedsvæsen og kan bruges til læring og forbedring.

Formålet med nærværende undersøgelse er at beskrive klager og afgørelser med henblik på at identificere typer af sikkerheds- og kvalitetsproblemer ud fra patienternes perspektiv, herunder beskrive;

- Klagemønstre
- Typer af sikkerheds- og kvalitetsproblemer

Ved Patientklagenævnets afgørelser vurderes det udelukkende, om der er grundlag for at kritisere den sundhedsfaglige virksomhed (3). Med det formål at inddrage Patientklagenævnets afgørelser i udviklingen af kvaliteten og patientsikkerheden i sundhedsvæsenet søger denne undersøgelse i stedet at fremhæve læringspotentialer på baggrund af afgørelserne, både dem med og uden kritik.

## 1.1. Lovgrundlag og afgørelsespraksis

### Fra 1988 til 2010

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn var en institution under Indenrigs- og Sundhedsministeriet og reguleret af klage- og erstatningsloven (Lov nr. 547 af 24/6 2005). Patientklagenævnet behandlede klager fra patienter over den faglige virksomhed, herunder klager over forhold omfattet af sundhedslovens afsnit III om patienters retsstilling inden for sundhedsvæsenet (3;5).

Nævnet var en selvstændig og uvildig forvaltningsmyndighed og var ved sine afgørelser uafhængig af myndigheder med ansvar for sundhedsvæsenets drift samt af fagpolitiske interesser. Når nævnet traf afgørelse, deltog to lægmænd, som repræsenterede henholdsvis sundhedsvæsenets brugere og sygehusejerne samt to fagligt uddannede sundhedspersoner. Nævnet havde en dommer som formand. Afgørelserne var endelige og kunne ikke indbringes for en anden administrativ myndighed (3).

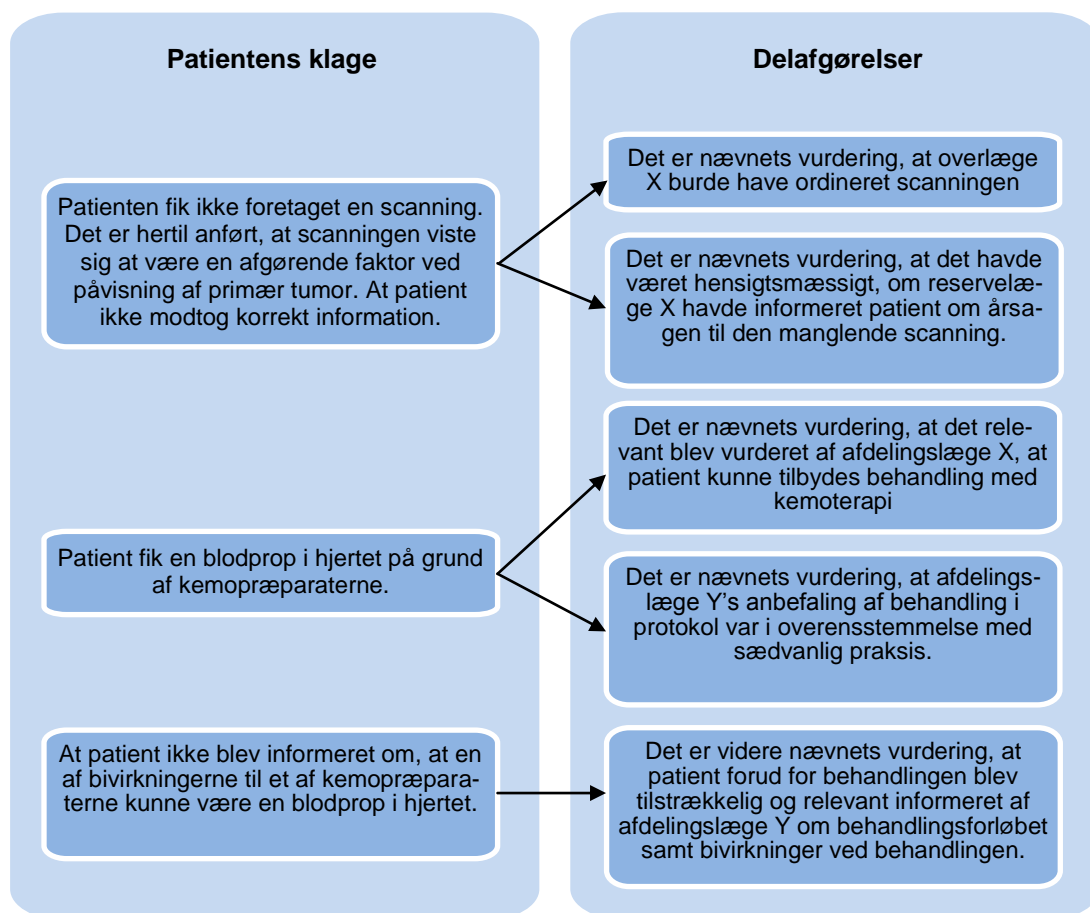
Patientklagenævnet gav ved afgørelserne udtryk for sin opfattelse af sagen og fremsatte eventuelt kritik over for den pågældende sundhedsperson. Mere konkret kunne Patientklagenævnet komme med følgende afgørelser:

1. Sagen gav ikke grundlag for kritik af sundhedspersonen
2. Sagen gav ikke grundlag for kritik, men grundlag for at udtale, at sundhedspersonen i en eller flere angivne situationer kunne have handlet mere hensigtsmæssigt
3. Sagen gav grundlag for kritik, fordi sundhedspersonen havde overtrådt lovgivningen
4. Sagen gav yderligere grundlag for at indskærpe sundhedspersonen at være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit fremtidige virke
5. Sagen gav yderligere grundlag for at mistænke, at sundhedspersonen kunne være skyld i grovere eller gentagen skødesløshed. I det tilfælde kunne Patientklagenævnet bede anklagemyndigheden om at vurdere, om der var grundlag for at rejse tiltale mod sundhedspersonen og dermed evt. indlede en retssag (6)

I Patientklagenævnet blev der oprettet en sag for hver *klage*, som derefter blev afgjort på baggrund af såvel kliniske som juridiske vurderinger. En klage fra en patient kunne omfatte én eller flere forhold, der involverede én eller flere sundhedspersoner. Disse blev i Patientklagenævnet behandlet som enkelte *delafgørelser*. Ved Patientklagenævnets behandling af sagerne blev alt materiale, der både direkte og indirekte var relateret til patientens klage (f.eks. epikriser, billeddiagnostiske undersøgelser og hele journalnotater) indhentet og gennemgået. Det er i nedenstående figur 1 illustreret, hvordan én klage omfattende tre forhold, bliver til fem delafgørelser omhandlende fire forskellige sundhedspersoner. Figuren indeholder et rent hypotetisk eksempel.



**Figur 1:** Hypotetisk eksempel, der illustrerer, hvordan en klage bliver til flere delafgørelser



### Fra 2011 til nu

Pr. 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft. Med det er der etableret to nye klageinstanser. Den ene er Patientombuddet, der behandler klager over behandlingssteder og klager over manglende overholdelse af visse patientrettigheder. Den anden instans er Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, der behandler klager over én eller flere konkrete sundhedspersoner – som dermed erstatter Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Patientombuddet sekretariatsbetjener Disciplinærnævnet, så der nu er én samlet indgang via Patientombuddet til alle typer af klager. Med det nye patientklagesystem får patienter og pårørende en lettere klageadgang og udvidede klagemuligheder.

Patienter har i det nye patientklagesystem mulighed for at klage over det samlede behandlingsforløb og få vurderet, om forløbet har været kritisabelt. Det nye patientklagesystem gør det med andre ord muligt for patienter og pårørende at klage over fejl i sundhedssystemet, uden samtidig at klage over en konkret sundhedsperson. Disse klager benævnes klager over sundhedsvæsenets faglige virksomhed (7).

## 1.2. Kvalitet og patientsikkerhed

Kvalitet er et komplekst begreb med flere elementer, der tilsammen beskriver sundhedsvæsenets indsats og som kan anskues ud fra forskellige perspektiver. En dimension er den patientoplevede kvalitet, der omhandler patienternes erfaringer, oplevelser og vurderinger i relation til konkrete patientforløb. Patienterne er de eneste, der er 'med' i hele forløbet, og patientens perspektiv kan bidrage med vigtig viden om, hvordan sundhedsvæsenet kan forbedres (8;9).

Patientsikkerhed handler om at beskytte patienter mod skade eller risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats eller mangel på samme og handler således om at håndtere indbyggede risici og undgå, at patienter kommer til skade i forbindelse med deres kontakt med sundhedsvæsenet (8).

Kræftpatienters klager til Patientklagenævnet beskriver patientoplevede problemer. Disse er i sagsbehandlingen blevet gjort til genstand for en sundhedsfaglig og juridisk vurdering af, hvorvidt der er forhold i patientens forløb, der giver anledning til kritik af enkelte sundhedspersoner. I denne rapport anvendes begrebet *hændelser* som betegnelse for de forhold i klagen/delafgørelsen, som patienten vurderer ikke burde være sket, og som kan gøres til genstand for læring og forbedring. Hændelserne beskriver begivenheder der medfører skade eller risiko for skade på patienten og kan anvendes som udgangspunkt for højnelse af kvalitet og patientsikkerhed.

## 2. Materiale og metode

Basis for undersøgelsen er klager fra kræftpatienter, som er afgjort i perioden 2009 og 2010. Klagerne er identificeret i Patientombuddets database ved fremsøgning af sager med kræft som primær diagnose, det vil sige sager der ifølge den internationale sygdomsklassifikation ICD10 vedrører patienter med kræft. Sygdomme med kode DC00-96 er inkluderet i undersøgelsen. Se bilag 1 for en oversigt over sygdomsklassifikationen (10).

I sager, hvor en klage fra en patient omfatter én eller flere forhold, der involverer én eller flere sundhedspersoner, er hver delafgørelse i dette materiale registreret for sig. Det samlede datamateriale består af 439 klager og omfatter 1095 delafgørelser.

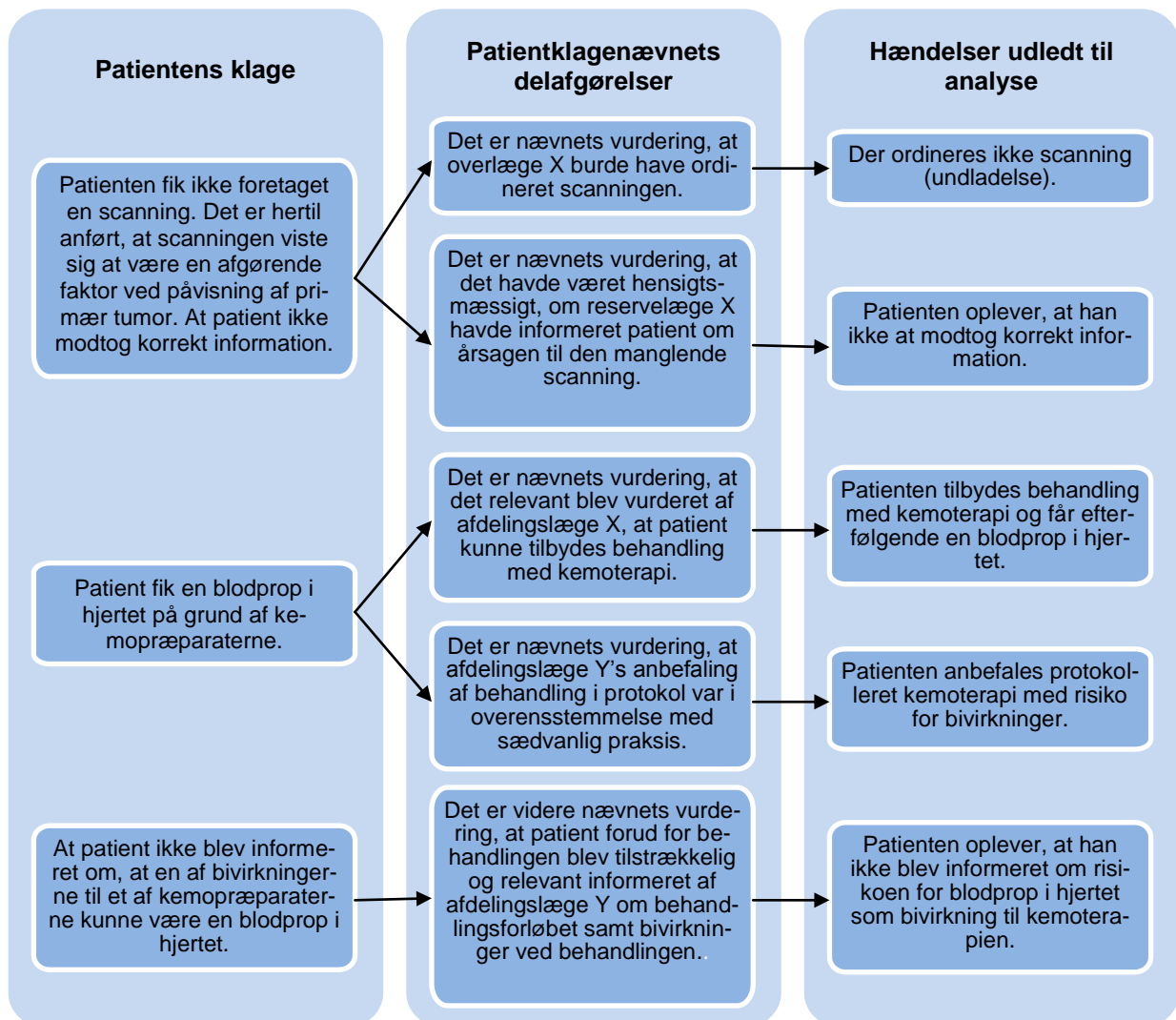
Alle sager er gennemlæst og et anonymiseret datasæt med følgende variable blev oprettet:

- årstal for klage og afgørelse
- sagsnummer
- patientens køn
- patientens alder på klagetidspunktet
- ICD10 kode for primærdiagnose
- region
- faggruppe
- klinisk speciale
- skadevolder (egen læge, overlæge, sygeplejerske mv.)
- hændelsessted (praktiserende læge, sygehus mv.)
- forløb (udredning, behandling, efterforløb)
- antal sundhedspersoner, sygehuse og afdelinger
- patientens klage
- afgørelse
- afgørelsestekst
- eventuelle anbefalinger

Variablen 'forløb', er i undersøgelsen brugt til at indikere, hvilken del af patientforløbet klagen er relateret til, herunder: udredning, behandling eller efterforløb. Patienter, der er kendt med en tidligere kræftsygdom, er registreret som værende i et efterforløb. Efterforløbet er i denne undersøgelse opdelt i kontrol, terminal pleje og rehabilitering. Når patienter i efterforløbet oplever tilbagefald eller får en helt ny kræftsygdom er hændelserne kategoriseret i forhold til det nye forløb (udredning og behandling).

Patientens klagepunkter og afgørelsesteksten for hver klage er gennemlæst. I hver enkelt delafgørelse er de forhold, der jf. patientens oplevelse har ført til patientskade eller indebærer risiko for patientskade, ekstraheret og benævnt *hændelser*. For hver delafgørelse er således registreret én hændelse, der indeholder patientoplevede sikkerheds- og kvalitetsproblemer, og som kan gøres til genstand for læring/forbedring. Det er i nedenstående figur 2 illustreret, hvordan én klage omhandlende tre forhold, bliver til fem delafgørelser omhandlende fire forskellige sundhedspersoner, der efterfølgende beskrives som fem hændelser. Figuren indeholder et hypotetisk eksempel.

**Figur 2:** Hypotetisk eksempel, der illustrerer, hvordan en klage bliver til flere delafgørelser og et tilsvarende antal hændelser. Begrebet *hændelse* anvendes som betegnelse for de forhold i klagen/delafgørelsen, der iflg. patientens oplevelse er forbundet med (risiko for) patientskade, og som kan gøres til genstand for læring og forbedring.



Alle hændelser er herefter gennemlæst og underkastet en systematisk tekstanalyse, med identifikation af gennemgående temaer i de ekstraherede sikkerheds – og kvalitetsproblemer, her benævnt typer af hændelser. Ved gennemlæsningen blev tre hovedtyper af hændelser identificeret i materialet:

- Forsinkelse
- Utilstrækkelig kommunikation samt
- Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling

Nogle hændelser rummer flere delelementer og er følgelig registreret under flere forskellige hovedtyper af hændelser (f.eks. kan en hændelse både omhandle problemer med information om behandlingsmuligheder og komplikation i forbindelse med et invasivt indgreb og er derfor registreret under både kommunikation og sundhedsfaglig vurdering og handling).

Hændelserne indenfor hver hovedtype er herefter igen gennemlæst og kategoriseret i undertyper for at karakterisere kvalitets- og sikkerhedsproblemet yderligere. De dannede hoved-

og undertyper af hændelser fremgår af tabellen herunder (Tabel 1). En mere detaljeret beskrivelse af hændelsestyperne ses i bilag 2 og 3.

**Tabel 1:** Kategorisering af hændelsestyper

| Hovedtyper  | Undertyper   |
|---|--|
| Forsinkelse   | Forløb fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsat  |
| Utilstrækkelig kommunikation                        | Journalføring og sygeplejefaglig dokumentation   |
|   | Indhentelse af informeret samtykke   |
|   | Information til patient om undersøgelsesresultater   |
|   | Information til patient om dennes sygdomstilstand og prognose  |
|   | Andet  |
| Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling | Vurdering af patients behov for yderligere undersøgelser og/eller henvisning til videre udredning/behandling |
|   | Vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb   |
|   | Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests   |
|   | Vurdering af indikation for samt medicinering af patient, inklusiv kemoterapibehandling                      |
|   | Vurdering af indikation for samt behandling af patient med stråleterapi                                      |
|   | Vurdering af indikation for samt ernæring og pleje af patient  |
|   | Vurdering af indikation for udskrivelse af patient   |
|   | Andet  |

I forhold til kategoriseringens undertype 'indhentelse af informeret samtykke' er der ved analyse af teksten brugt samme definition som i sundhedsloven. Denne foreskriver, at patientens samtykke til undersøgelse og behandling skal gives på baggrund af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Informationen skal blandt andet indeholde oplysninger om andre behandlingsmuligheder og oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal tillige omfatte oplysninger om risiko for komplikationer og bivirkninger. Patienten kan til enhver tid tilbagekalde sit samtykke, og et samtykke kan både være mundtligt eller skriftligt og skal journalføres i patientjournalen (11).

Baggrundsvariable og hændelsestyper er herefter underkastet deskriptiv analyse med udarbejdelse af frekvenstabeller med henblik på at beskrive mønstre og tendenser i datamaterialet. Analyserne er gennemført ved anvendelse af Excel.

### 3. Beskrivelse af klager og delafgørelser

I det følgende præsenteres en deskriptiv analyse af både klager og delafgørelser. Først følger frekvenstabeller for de variable, der beskriver patienternes 439 klager. Herefter følger frekvenstabeller af de 1095 delafgørelser.

#### Kapitlets hovedpunkter

- 6 % af alle afgjorte klager i 2010 var fra kræftpatienter
- Antallet af afgørelser vedrørende kræftpatienter er steget med 52 % fra 2009 til 2010
- Over halvdelen af klagerne knytter sig til kræftpatienter i alderen 60-79 år, hvilket stemmer overens med incidensen for kræft generelt
- Fordelingen af klager på de enkelte sygdomsgrupper svarer til den gennemsnitlige incidens for de enkelte kræftsydomsgrupper bortset fra kræft i knogler og ledbrusk, modermærkekræft og anden hudkræft samt kræft i skjoldbruskkirtlen og andre endokrine kirtler, der er overrepræsenteret i materialet
- De fleste patienter klager over sundhedsfaglig virksomhed i forbindelse med deres udrædningsforløb
- Der er i gennemsnit registreret 2,5 delafgørelser per klage
- Blandt delafgørelserne udgør specialet kirurgi langt den største andel (27 %)

#### 3.1. Beskrivelse af patienternes klager

##### Fordeling af antal klager på region

164 (37 %) klager vedrører Region Hovedstaden, mens 86 (20 %) og 84 (19 %) klager vedrører henholdsvis Region Syddanmark og Region Midtjylland. 67 (15 %) klager vedrører Region Sjælland, 37 (8 %) Region Nordjylland, mens én enkelt klage vedrører Færøerne (se tabel 2).

**Tabel 2:** Antal klager fordelt på region

| Region       | Antal klager |
|--------------|--------------|
| Hovedstaden  | 164          |
| Syddanmark   | 86           |
| Midtjylland  | 84           |
| Sjælland     | 67           |
| Nordjylland  | 37           |
| Færøerne     | 1            |
| <b>I alt</b> | <b>439</b>   |

I tabel 3 er antallet af klager vedrørende patienters behandling fordelt på de enkelte regioner søgt sammenholdt med oplysninger om regionernes behandlingsaktivitet. Opgørelsen om behandlingsaktivitet stammer fra Statens Serum Institut og belyser hver regions behandlingsaktivitet på kræftområdet inden for stråleterapi, kemoterapi og operation. Data er fra 2006 til 2011 og omfatter kræftbehandling inden for 11 store kræftsydomsområder (12;13). Tabellen viser, at antallet af klager følger behandlingsaktiviteten for de enkelte regioner.

**Table 3:** Antal klager vedrørende behandling fordelt på region sammenlignet med behandlingsaktiviteten per år for de enkelte regioner – gennemsnit for 2006-2011

| Region       | Antal klager vedrørende behandling | Behandlingsaktivitet gennemsnit 2006-2011 <sup>1</sup> | PKN % af behandlingsaktivitet |
|--------------|------------------------------------|--|-------------------------------|
| Hovedstaden  | 54                                 | 30.013   | 0,2                           |
| Syddanmark   | 23                                 | 18.551   | 0,1                           |
| Midtjylland  | 32                                 | 15.519   | 0,2                           |
| Sjælland     | 21                                 | 7.702  | 0,3                           |
| Nordjylland  | 16                                 | 7.080  | 0,2                           |
| Færøerne     | 1                                  | -  | -                             |
| <b>I alt</b> | <b>146</b>                         | <b>63.346</b>  | <b>0,2</b>                    |

### Fordeling af antal klager på køn og alder

248 (56 %) klager er fra kvinder. Kønsfordelingen varierer mellem aldersgrupperne, således at der er en overvægt af kvinder i aldersgrupperne op til 59 år (70 %) samt i aldersgruppen 80-99 år (76 %). Modsat er der en overvægt af mænd i aldersgruppen 60-79 år (55 %) samt aldersgruppen 100+, hvor der ikke er nogen klager fra kvinder.

231 (53 %) af de 439 klager vedrører personer i alderen fra 60 til 79 år, og både blandt mænd og kvinder er der flest klager i denne aldersgruppe.

**Table 4:** Antal klager fordelt på køn og alder

| Aldersgruppe<br>År | Kvinder    | Mænd       | I alt      |
|--------------------|------------|------------|------------|
| 0-19               | 6          | 2          | 8          |
| 20-39              | 28         | 12         | 40         |
| 40-59              | 92         | 41         | 133        |
| 60-79              | 103        | 128        | 231        |
| 80-99              | 19         | 6          | 25         |
| 100 +              | 0          | 2          | 2          |
| <b>I alt</b>       | <b>248</b> | <b>191</b> | <b>439</b> |

Hvert år får ca. 86 mænd og 122 kvinder ud af 100.000 i aldersgruppen 30-34 år en kræftdiagnose, mens der i aldersgruppen 75-79 år er hhv. 3.375 og 2.127 nye kræfttilfælde per 100.000 blandt mænd og kvinder. Mere præcist overhaler mændene kvinderne i slutningen af 50'erne (14).

Den generelle aldersfordeling og kræftforekomsten fordelt på aldersgrupper afspejles nogenlunde i denne undersøgelses fordeling af klager på køn og alder. Der er flest klager fra kvinder i aldersgrupperne op til 59, hvorefter mændene dominerer, hvilket stemmer fint overens med incidensen for kræft (antal nye tilfælde pr. år). I aldersgruppen 80-99 er der atter flest kvinder, men dette stemmer godt overens med den gennemsnitlige middellevetid for mænd og kvinder (15).

<sup>1</sup> Opgørelsen indeholder summen af følgende data for kræftbehandling: 1) Antal stråleterapibehandlede patienter, 2) Antal kemoterapibehandlede patienter og 3) Antal opererede patienter.

## Fordeling af antal klager på kræftsygdomsgrupper

Tabel 5 viser fordelingen af antal klager på kræftsygdomsgrupper. Kræft i fordøjelsesorganerne, kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen samt brystkræft udgør tilsammen 240 (55 %) af alle klager. Kræft i knogler og ledbrusk, kræft i mesotel, bindevæv og andet blødvæv samt kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler udgør de mindste grupper med tilsammen 20 (5 %) af alle klager.

**Tabel 5:** Antal klager fordelt på kræftsygdomsgrupper

| Sygdomsgruppe   | Antal klager |
|---|--------------|
| Kræft i læber, mundhule og svælg  | 13           |
| Kræft i fordøjelsesorganer  | 115          |
| Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen                                | 61           |
| Kræft i knogler og ledbrusk   | 5            |
| Modermærkekræft i hud og anden hudkræft   | 14           |
| Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv                                  | 6            |
| Brystkræft  | 64           |
| Kræft i kvindelige kønsorganer  | 33           |
| Kræft i mandlige kønsorganer  | 31           |
| Kræft i nyre og urinveje  | 23           |
| Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystem                         | 18           |
| Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler                            | 9            |
| Kræft med dårligt specificerede, sekundære og ikke specificerede lokalisationer | 17           |
| Kræft i lymfatisk og bloddannende væv   | 29           |
| Missing   | 1            |
| <b>I alt</b>  | <b>439</b>   |

Antallet af klager til Patientklagenævnet inden for de enkelte kræftsygdomsgrupper er i nedenstående tabel vurderet i forhold til incidensen af sygdommene i den danske befolkning. Der er anvendt gennemsnitstal for årene 2009 og 2010 (14).

**Tabel 6:** Antal klager fra kræftpatienter i forhold til gennemsnittet af incidens for 2009 og 2010

| Sygdomsgruppe   | Antal klager til PKN | Incidens NORDCAN | PKN % af incidens |
|---|----------------------|------------------|-------------------|
| Kræft i læber, mundhule og svælg  | 13                   | 1.734            | 0,75              |
| Kræft i fordøjelsesorganer  | 115                  | 13.914           | 0,83              |
| Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen                                | 61                   | 9.681            | 0,63              |
| Kræft i knogler og ledbrusk   | 5                    | 113              | 4,42              |
| Modermærkekræft i hud og anden hudkræft   | 14                   | 6.428            | 1,77              |
| Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv                                  | 6                    | 506              | 1,19              |
| Brystkræft  | 64                   | 10.686           | 0,60              |
| Kræft i kvindelige kønsorganer  | 33                   | 3.975            | 0,83              |
| Kræft i mandlige kønsorganer  | 31                   | 9.436            | 0,33              |
| Kræft i nyre og urinveje  | 23                   | 5.010            | 0,46              |
| Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystem                         | 18                   | 2.785            | 0,65              |
| Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler                            | 9                    | 442              | 2,03              |
| Kræft med dårligt specificerede, sekundære og ikke specificerede lokalisationer | 17                   | -                | -                 |
| Kræft i lymfatisk og bloddannende væv   | 29                   | 3.972            | 0,73              |
| Missing   | 1                    | -                | -                 |
| <b>I alt</b>  | <b>439</b>           | <b>68.682</b>    | <b>0,64</b>       |



Tabel 6 viser, at klageraten for de fleste sygdomsgrupper ligger mellem ca. 0 og 1 % af gennemsnittet for incidensen for 2009 og 2010. De fire hyppigste kræftformer er prostatakræft (kræft i nyre og urinveje), lungekræft (kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen), brystkræft og tyktarmskræft (kræft i fordøjelsessystemet). Klageraten for disse fire grupper varierer, således er raten for kræft i fordøjelsesorganer næsten dobbelt så stor som raten for kræft i nyre og urinveje (henholdsvis 0,83 og 0,46). Der er dog tale om små tal med dertil hørende usikkerhed. Opgørelsen viser samtidig, at der er en større andel af klager knyttet til tre sygdomsgrupper: kræft i knogler og ledbrusk, modernærkekræft og anden hudkræft samt kræft i skjoldbruskkirtlen og andre endokrine kirtler. Idet disse sygdomsgrupper ofte rammer yngre personer, kan det overvejes, om der er en sammenhæng mellem alder og klager. Om ikke andet kalder den større andel af klager på mere opmærksomhed i forhold til udredning og behandling inden for de tre sygdomsgrupper.

### Fordeling af antal klager på antal sundhedspersoner per klage

Tabel 7 viser fordelingen af klager på antal sundhedspersoner per klage. 202 (46 %) af klagerne vedrører én enkelt fagperson. I alt inkluderer 354 (81 %) af klagerne op til tre sundhedspersoner, mens klager, der inkluderer fire til tolv sundhedspersoner udgør de resterende 19 (4 %). I to klager er henholdsvis 11 og 12 sundhedspersoner inkluderet i den sundhedsfaglige virksomhed, der er klaget over.

**Tabel 7:** Antal klager fordelt på antal sundhedspersoner per klage

| Antal sundhedspersoner | Antal klager |
|------------------------|--------------|
| 1                      | 202          |
| 2                      | 90           |
| 3                      | 62           |
| 4                      | 35           |
| 5                      | 20           |
| 6                      | 15           |
| 7                      | 8            |
| 8                      | 1            |
| 9                      | 3            |
| 10                     | 0            |
| 11                     | 1            |
| 12                     | 1            |
| Missing                | 1            |
| <b>I alt</b>           | <b>439</b>   |

### Fordeling af klager på antal sygehuse og antal sygehusafdelinger per klage

335 (76 %) af de 439 klager involverer sundhedsfaglig virksomhed på et eller flere sygehuse og sygehusafdelinger. De resterende 104 klager (24 %) involverer sundhedsfaglig virksomhed i primær sektor.

Størstedelen (65 %) af patientklager vedrørende sundhedsfaglig virksomhed på sygehusene omhandler kun et enkelt sygehus, mens en mindre andel af klagerne (35 %) vedrører to eller tre sygehuse.

**Tabel 8:** Antal klager fordelt på antal sygehuse per klage

| Antal sygehuse | Antal klager |
|----------------|--------------|
| 1              | 285          |
| 2              | 45           |
| 3              | 4            |
| Missing        | 1            |
| <b>I alt</b>   | <b>335</b>   |

Tabel 9 viser fordelingen af klager på antal sygehusafdelinger per klage. Her viser tabellen, at patienter har klaget over sundhedsfaglig virksomhed, der inkluderer op til fem forskellige sygehusafdelinger. Langt den største andel af klagerne (67 %) involverer dog kun en enkelt afdeling, mens 88 (26 %) af klagerne involverer to sygehusafdelinger.

**Tabel 9:** Antal klager fordelt på antal sygehusafdelinger per klage

| Antal sygehusafdelinger | Antal klager |
|-------------------------|--------------|
| 1                       | 223          |
| 2                       | 88           |
| 3                       | 16           |
| 4                       | 5            |
| 5                       | 2            |
| Missing                 | 1            |
| <b>I alt</b>            | <b>335</b>   |

### Fordeling af klager på forløb

209 (45 %) patienter klager over faglig virksomhed, der har fundet sted i deres udredningsforløb. 146 (31 %) klager er relateret til patienternes behandling, mens 110 (24 %) patienter har klaget over deres efterforløb.

I efterforløbet er 69 (63 %) af klagerne fra patienter, der befinder sig i et nyt udrednings- eller behandlingsforløb. Over halvdelen af klagerne relateret til efterforløbet er altså fra patienter, der enten har oplevet et tilbagefald eller fået en helt ny kræftsygdom. 36 (33 %) af klagerne er fra patienter, der har klaget over sundhedsfaglig virksomhed i forbindelse med deres kontrolforløb. Blot 5 (5 %) af klagerne er relateret til terminal pleje, mens ingen patienter har klaget over rehabilitering. Tallene er vist i nedenstående tabel 10<sup>2</sup>.

**Tabel 10:** Antal klager fordelt på forløb

| Forløb           | Antal klager |
|------------------|--------------|
| Udredning        | 209          |
| Behandling       | 146          |
| Efterforløb      | 110          |
| - Udredning      | 39           |
| - Behandling     | 30           |
| - Kontrolforløb  | 36           |
| - Terminal pleje | 5            |
| - Rehabilitering | 0            |
| <b>I alt</b>     | <b>465</b>   |

<sup>2</sup> I tabel 10 er der i alt 465 klager. Nogle patienter klager over sundhedsfaglig virksomhed, der eksempelvis strækker sig over både udredning og behandling. Disse er både registeret i udredning og behandling, og tallet bliver derfor større end de 439 oprindelige klager i datasættet.

## 3.2. Beskrivelse af delafgørelserne

I det følgende beskrives de 1095 delafgørelser.

### Fordeling af antal klager på antal delafgørelser per klage

Datamaterialet omfatter 1095 delafgørelser vedrørende 439 klager fra personer med en kræftdiagnose. Det betyder, at der gennemsnitligt er registreret 2,5 delafgørelser per klage. Nedenstående tabel 11 viser antallet af klager fordelt på antal delafgørelser per klage. 278 klager (63 %) indeholder en eller to delafgørelser, mens 20 (5 %) af klagerne rummer 7-12 delafgørelser.

**Tabel 11:** Antal klager fordelt på antal delafgørelser per klage

| Antal delafgørelser | Antal klager |
|---------------------|--------------|
| 1 delafgørelse      | 172          |
| 2 delafgørelser     | 106          |
| 3 delafgørelser     | 64           |
| 4 delafgørelser     | 44           |
| 5 delafgørelser     | 18           |
| 6 delafgørelser     | 15           |
| 7 delafgørelser     | 9            |
| 8 delafgørelser     | 5            |
| 9 delafgørelser     | 3            |
| 10 delafgørelser    | 1            |
| 11 delafgørelser    | 1            |
| 12 delafgørelser    | 1            |
| <b>I alt</b>        | <b>439</b>   |

### Fordeling af delafgørelser på hændelsessted

878 (80 %) af alle delafgørelser er relateret til faglig virksomhed på et offentligt sygehus, mens andelen af delafgørelser relateret til almen praksis udgør 143 (13 %). Kun to delafgørelser har fundet sted på et privat sygehus. 19 (2 %) delafgørelser involverer faglig virksomhed i eget hjem. Af disse 19 delafgørelser omhandler 17 (89 %) besøg fra vagtlæge, mens de sidste to (11 %) omhandler besøg fra henholdsvis egen læge og hjemmesygeplejerske.

**Tabel 12:** Antal delafgørelser fordelt på hændelsessted

| Hændelsessted      | Antal delafgørelser |
|--------------------|---------------------|
| Offentligt sygehus | 878                 |
| Privat sygehus     | 2                   |
| Almen praksis      | 143                 |
| Speciallægepraksis | 41                  |
| Patients eget hjem | 19                  |
| Andet              | 12                  |
| <b>I alt</b>       | <b>1095</b>         |

## Fordeling af delafgørelser på klinisk speciale

Tabel 13 viser, at 294 (27 %) af alle delafgørelserne er relateret til det kirurgiske speciale. Tilsammen udgør almen medicin, intern medicin og onkologi næsten 503 (46 %) af de 1095 hændelser. I ti delafgørelser er det ikke muligt at relatere delafgørelserne til et klinisk speciale.

**Tabel 13:** Antal delafgørelser fordelt på klinisk speciale

| Klinisk speciale      | Antal delafgørelser |
|-----------------------|---------------------|
| Almen medicin         | 179                 |
| Kirurgi               | 294                 |
| Intern medicin        | 175                 |
| Anæstesiologi         | 17                  |
| Dermatologi           | 8                   |
| Ergoterapi            | 1                   |
| Fysioterapi           | 2                   |
| Gynækologi            | 41                  |
| Neurologi             | 17                  |
| Oto-rhino-laryngologi | 31                  |
| Onkologi              | 149                 |
| Patologi              | 5                   |
| Plastikkirurgi        | 20                  |
| Psykiatri             | 2                   |
| Pædiatri              | 10                  |
| Radiologi             | 55                  |
| Klinisk sygepleje     | 49                  |
| Urologi               | 26                  |
| Oftalmologi           | 4                   |
| Missing               | 10                  |
| <b>I alt</b>          | <b>1095</b>         |

## Fordeling af delafgørelser på faggruppe

I nedenstående tabel ses antallet af delafgørelser fordelt på faggruppe. Tabellen viser, at der oftest er klaget over overlæger. Overlægerne er repræsenteret i 455 (41 %) af delafgørelserne. Læger og praktiserende læger er repræsenteret i henholdsvis 158 (14 %) og 143 (13 %) af delafgørelserne. I alt omhandler sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter 66 (6 %) af delafgørelserne, mens blot tre delafgørelser omhandler fysioterapeuter og ergoterapeuter<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> To delafgørelser omhandler hhv. en overlæge og en afdelingslæge samt en overlæge og en reservelæge. Disse to delafgørelser tæller derfor i begge faggrupper, hvilket betyder, at summen overstiger de oprindelige 1095 delafgørelser.

**Table 14:** Antal delafgørelser fordelt på faggruppe

| Faggruppe                    | Antal delafgørelser |
|------------------------------|---------------------|
| Læge                         | 158                 |
| Praktiserende læge           | 143                 |
| Speciallæge                  | 44                  |
| Overlæge                     | 455                 |
| Afdelingslæge                | 71                  |
| 1. reservelæge               | 51                  |
| Reservelæge                  | 79                  |
| Vagtlæge                     | 25                  |
| Sygeplejerske                | 55                  |
| Afdelingssygeplejerske       | 2                   |
| Ledende oversygeplejerske    | 1                   |
| Social- og sundhedsassistent | 7                   |
| Fysioterapeut                | 2                   |
| Ergoterapeut                 | 1                   |
| Hjemmesygeplejerske          | 1                   |
| Cytobioanalytiker            | 1                   |
| Missing                      | 1                   |
| <b>I alt</b>                 | <b>1097</b>         |

### Fordeling af delafgørelse på type af afgørelse

Table 15 viser fordelingen af delafgørelser på type af afgørelse. I 899 (82 %) af delafgørelserne er det vurderet, at der ikke var grundlag for kritik, mens det i 44 (4 %) af delafgørelserne er vurderet, at der ikke var grundlag for kritik, men grundlag for at udtale, at sundhedspersonen i en eller flere angivne situationer kunne have handlet mere hensigtsmæssigt. I 135 (12 %) af delafgørelserne er der givet kritik, mens 17 (2 %) af delafgørelserne både giver grundlag for kritik og at indskærpe sundhedspersonen at være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit fremtidige virke.

**Table 15:** Antal delafgørelser fordelt på type af afgørelse

| Afgørelse               | Antal delafgørelser |
|-------------------------|---------------------|
| Ej kritik               | 899                 |
| Kritik                  | 135                 |
| Hensigtsmæssighed       | 44                  |
| Kritik med indskærpelse | 17                  |
| <b>I alt</b>            | <b>1095</b>         |

## 4. Typer af sikkerheds- og kvalitetsproblemer

I dette kapitel beskrives de identificerede hændelser med udgangspunkt i kategoriseringen af kvalitets- og sikkerhedsproblemer (hændelsestyper). Først gennemgås problemer i gruppen af hændelser med kritik af den faglige virksomhed, dernæst gennemgås problemer i gruppen af hændelser uden kritik. Hændelser, hvor Patientklagenævnet har vurderet, at der ikke var grundlag for kritik, er inkluderet i denne gennemgang, da patienterne oplever, at der har været problemer i deres forløb, og der dermed er et muligt forbedringspotentiale. Ved gennemgangen beskrives udelukkende de største grupper af hændelsestyper. En detaljeret beskrivelse af alle hændelsestyper ses i bilag 2 og 3.

### Kapitlets hovedpunkter:

- De 1095 identificerede hændelser omhandler tre hovedtyper af patientoplevede kvalitets- og sikkerhedsproblemer;
  - Forsinkelse (n = 10)
  - Utilstrækkelig kommunikation (n = 202)
  - Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling (n = 993)
- Forsinkelse af forløbet fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsat:
  - Forsinkelse er et tema i ti hændelser uden kritik, men optræder slet ikke som tema blandt hændelser med kritik
- Utilstrækkelig kommunikation:
  - Utilstrækkelig indhentelse af informeret samtykke og mangelfuld journalføring optræder i henholdsvis otte og 32 af de hændelser hvor der er givet kritik og i 66 og 37 af hændelserne uden kritik
- Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling:
  - Mangelfuld vurdering af patientens behov for yderligere undersøgelser og/eller henvisning til yderligere udredning/behandling optræder i 45 af hændelserne med kritik og 408 af hændelserne uden kritik
  - Problemer med den sundhedsfaglige vurdering af patienter med uspecifikke symptomer optræder i én hændelse med kritik og 117 hændelser uden kritik
  - Komplikationer er et problem i relation til invasive indgreb i otte af hændelserne med kritik og 101 af hændelserne uden kritik
  - Mangelfuld fortolkning af og forsinket eller manglende opfølgning på undersøgelsesresultater optræder i 38 hændelser med kritik og i 64 hændelser uden kritik

Én hændelse kan rumme flere forskellige delelementer og nogle hændelser kan derfor kategoriseres i mere end én hoved- og undertype af hændelser. Antallet af kvalitets- og sikkerhedsproblemer i de følgende to afsnit overstiger derfor tilsammen de 1095 hændelser, der er registeret i datasættet.

## 4.1. Hændelser med kritik

Der er givet kritik i 152 delafgørelser/hændelser<sup>4</sup>. De kvalitets- og sikkerhedsproblemer, der beskrives i hændelserne, fordeler sig på de tre hovedtyper af hændelser som følger:

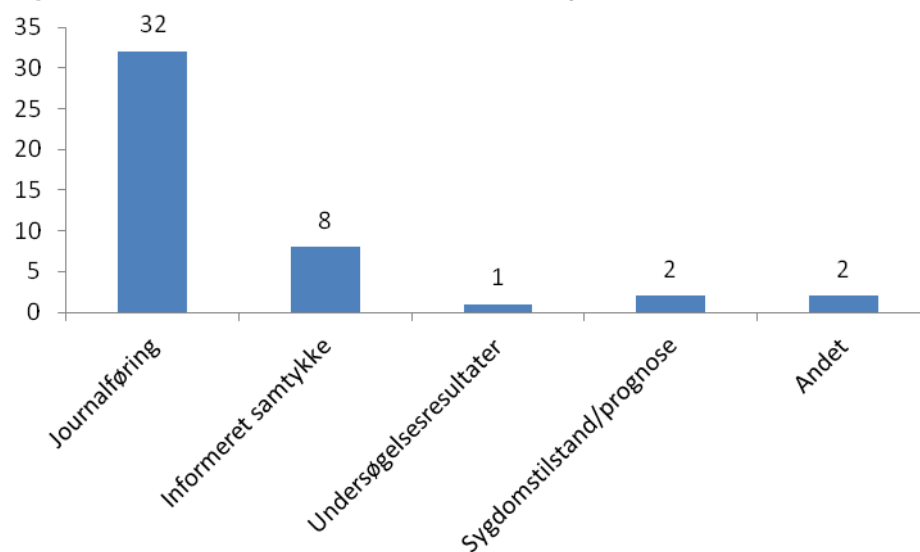
- Forsinkelse (n = 0)
- Utilstrækkelig kommunikation (n = 45)
- Utilstrækkelig sundhedsfaglige vurdering og handling (n = 112)

I alt er der således beskrevet 157 kvalitets- og sikkerhedsproblemer i hændelserne med kritik.

### Utilstrækkelig kommunikation

Kommunikationsproblemerne kan yderligere karakteriseres ved fordeling på undertyper som vist i figur 3.

**Figur 3:** Antal hændelser omhandlende utilstrækkelig kommunikation fordelt på undertyper



Hændelserne kan endvidere deles i to grupper efter hvem, der er involveret i kommunikationen. I alt vedrører 12 hændelser (27 % af de 45 hændelser) kommunikation mellem sundhedspersoner og patienter/pårørende, mens 34 hændelser (76 % af de 45 hændelser) vedrører kommunikation internt mellem sundhedspersoner<sup>5</sup>.

### Utilstrækkelig kommunikation mellem sundhedsperson og patient/pårørende

Otte (67 %) af de 12 hændelser omhandler mangelfuld indhentelse af informeret samtykke. Af de i alt otte hændelser omhandler fem (63 % af de otte hændelser) utilstrækkelig indhentelse af informeret samtykke forud for invasive indgreb, og herunder omhandler to (25 %) mangelfuld information om mulige risici og komplikationer forud for invasive indgreb.

Utilstrækkelig information til patient om undersøgelsesresultater samt utilstrækkelig information til patient om dennes sygdomstilstand og prognose optræder i henholdsvis én (8 %) og

<sup>4</sup> Under 'kritik' er i denne sammenhæng inkluderet afgørelser/hændelser, hvor der er fundet grundlag for kritik eller for at indskærpe sundhedspersonen at være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit virke.

<sup>5</sup> En hændelse rummer både kommunikation mellem sundhedspersoner og patienter/pårørende samt kommunikation mellem sundhedspersoner og tæller derfor med begge steder.

to (17 %) af de i alt 12 hændelser vedrørende kommunikation mellem en sundhedsperson og en patient/pårørende.

#### Utilstrækkelig kommunikation mellem sundhedspersoner

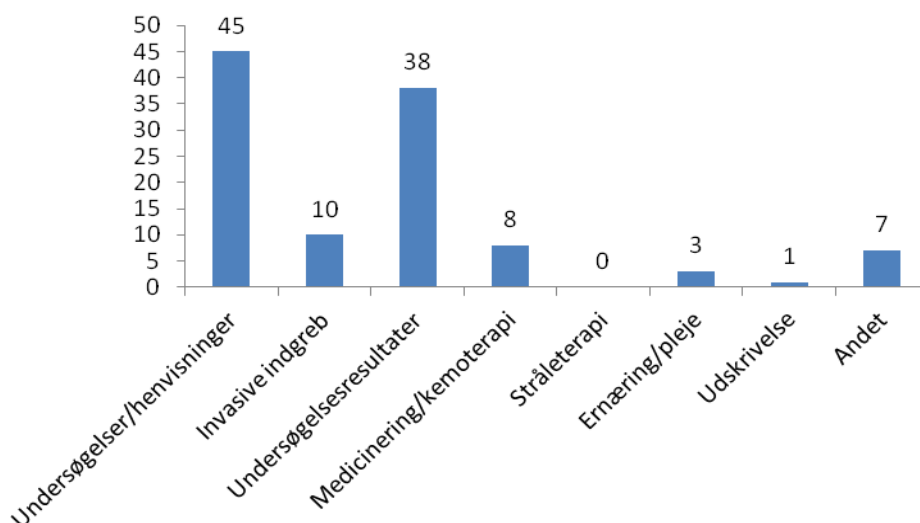
32 (94 %) af hændelserne vedrørende kommunikation mellem sundhedspersoner omhandler utilstrækkelig journalføring og sygeplejefaglig dokumentation. Af disse omhandler 14 hændelser (44 %) utilstrækkelig journalføring af den information, der er givet til patient og pårørende. Mangelfuld journalføring i forbindelse med medicinering og kemoterapibehandling samt utilstrækkelig journalføring af undersøgelser og behandlinger optræder i tre (9 %) og seks (19 %) af de i alt 32 hændelser med mangelfuld journalføring.

Forsinkede eller manglende henvisninger, der kan henføres til en sundhedsfaglig persons aktivitet optræder i én (3 %) af de i alt 34 hændelser vedrørende kommunikation mellem sundhedspersoner.

#### **Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling**

I nedenstående figur 4 er de i alt 112 hændelser omhandlende utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling karakteriseret yderligere ved fordeling på undertyper, der beskriver hvilke processer og aktiviteter læringsaspektet knytter an til.

**Figur 4:** Antal hændelser omhandlende utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling fordelt på undertyper



#### Utilstrækkelige undersøgelser og henvisning af patient

Denne undertype udgør den største kategori og problemet optræder i 45 (40 %) af alle hændelser vedrørende utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling. Disse fordeler sig som følgende:

- 26 (58 %) omhandler utilstrækkelige undersøgelser af patient på baggrund af dennes symptomer, tilstand og progression samt på baggrund af andre undersøgelser
- 13 (29 %) omhandler manglende henvisning af patient til videre udredning/behandling på baggrund af dennes symptomer, tilstand, progression samt på baggrund af andre undersøgelser
- Én (2 %) omhandler utilstrækkelig vurdering af patienter med uspecifikke symptomer
- Én (2 %) omhandler uforsvarlig overflytning af patienten til mere specialiseret sygehus/afdeling
- Fire (9 %) vedrører andet



#### Mangelfuld vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb

Komplikationer, der kan henføres til den enkelte sundhedspersons virksomhed optræder i otte (80 %) af de i alt ti hændelser vedrørende invasive indgreb.

#### Utilstrækkelig fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test

38 (34 %) af hændelserne omhandler utilstrækkelig fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test. Inden for denne kategori omhandler 21 (55 %) hændelser primært, at malignitet er overset på billeddiagnostiske undersøgelser, mens 13 (34 %) vedrører forsinket eller manglende opfølgning på undersøgelsesresultater.

#### Mangelfuld vurdering af indikation for samt medicinering af patient

Mangelfuld behandling relateret til kemoterapi optræder i to af de i alt 8 hændelser (25 %), mens tre hændelser (38 %) omhandler forkert valg af dosis og præparat i forbindelse med anden medicinsk behandling. Det er vurderet, at der ikke var grundlag for kritik i forbindelse med hændelser vedrørende smertebehandling.

#### Mangelfuld vurdering af indikation for samt ernæring og pleje af patient

Én hændelse (33 %) omhandler utilstrækkelig ernæring af patient, mens én hændelse (33 %) omhandler manglende observationer af patient.

## 4.2. Hændelser uden kritik

I det følgende beskrives hændelsestyper med udgangspunkt i de 943 hændelser, hvor Patientklagenævnet har vurderet, at der ikke var grundlag for at kritisere den sundhedsfaglige virksomhed<sup>6</sup>. Disse hændelser inddrages, idet patienterne oplever, at der har været problemer i relation til deres forløb, hvorfor der potentielt er mulighed for forbedring. De kvalitets- og sikkerhedsproblemer, der beskrives i hændelserne, fordeler sig på de tre hovedtyper som følger:

- Forsinkelse (n = 10)
- Utilstrækkelig kommunikation (n = 157)
- Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling (n = 881)

I alt er der således beskrevet 1048 kvalitets- og sikkerhedsproblemer i hændelserne uden kritik.

### **Forsinkelse af forløbet fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsat**

De ti hændelser der vedrører tid fra diagnose til behandling omhandler alle en vurdering af tiden fra mistanke om sygdom eller selve diagnosen til behandlingen blev iværksat, herunder hvorvidt en hurtigere visitation, udredning eller behandling havde ændret sygdommens forløb.

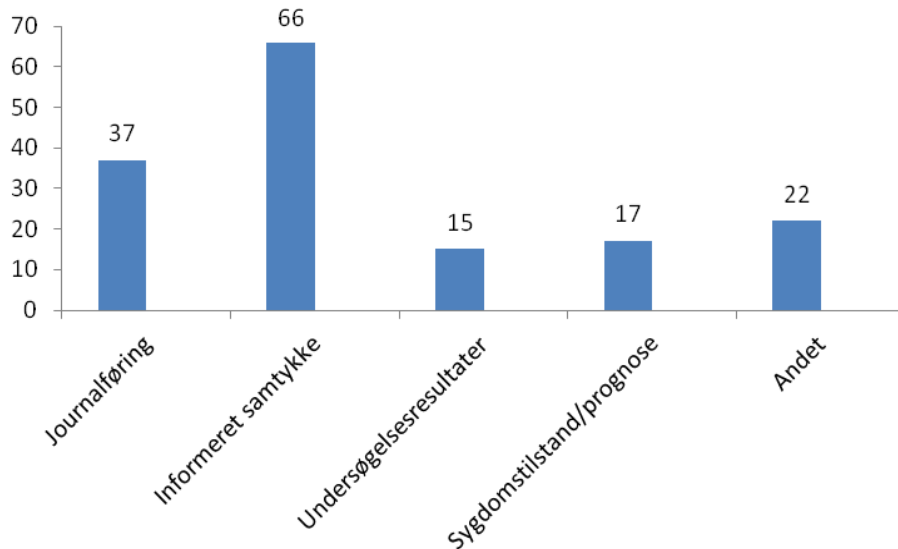
### **Utilstrækkelig kommunikation**

Figur 5 viser undertyper af hændelser vedrørende utilstrækkelig kommunikation.

---

<sup>6</sup> Under 'uden kritik' er i denne sammenhæng inkluderet delafgørelser/hændelser, hvor der ikke er grundlag for kritik, eller hvor der ikke er grundlag for kritik men for at udtale, at sundhedspersonen i en eller flere angivne situationer kunne have handlet mere hensigtsmæssigt.

**Figur 5:** Antal hændelser omhandlende utilstrækkelig kommunikation fordelt på undertyper



Som ved hændelserne med kritik, kan også hændelser, hvor der ikke er givet kritik, deles i to grupper med henblik på at synliggøre hvem, der er involveret i kommunikationen. I alt vedrører 110 (70 %) af de i alt 157 kommunikationshændelser kommunikation mellem en sundhedsfaglig og en patient/pårørende, mens 47 (30 %) hændelser vedrører kommunikation internt mellem sundhedspersoner.

#### Utilstrækkelig kommunikation mellem sundhedsfaglig og patient/pårørende

66 (60 %) af de i alt 110 hændelser omhandler patientoplevede problemer knyttet til indhentelse af informeret samtykke. Af disse vedrører 38 (58 %) hændelser utilstrækkelig indhentelse af informeret samtykke forud for invasive indgreb, hvor 21 (55 %) af sidstnævnte vedrører patientoplevede mangler i forhold til den præoperative information om mulige risici og komplikationer. Seks af de 110 hændelser (5 %) omhandler utilstrækkelig information om forskellige behandlingsmuligheder.

Patientoplevede problemer vedrørende information om undersøgelsesresultater samt information om sygdomstilstand, prognose og mulig diagnose optræder i henholdsvis 15 (14 %) og 17 (16 %) af hændelserne vedrørende kommunikation mellem sundhedsperson og patient/pårørende.

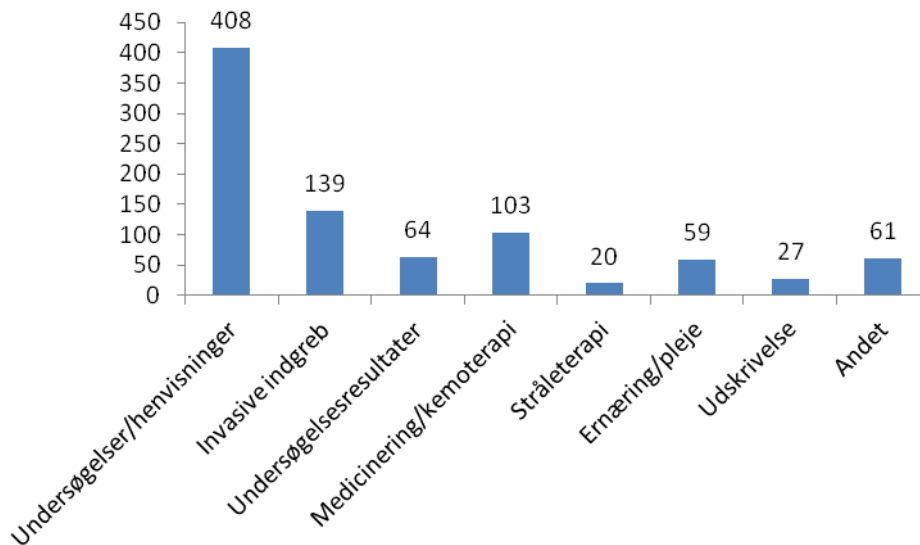
#### Utilstrækkelig kommunikation mellem sundhedspersoner

Utilstrækkelig journalføring og sygeplejefaglig dokumentation indgår i 37 (79 %) af de i alt 47 hændelser vedrørende kommunikation mellem sundhedspersoner, mens forsinkede eller bortkomne henvisninger, indgår i seks (13 %) af hændelserne.

#### **Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling**

I alt vedrører 881 (84 %) af hændelserne, hvor der ifølge Patientklagenævnet ikke er grundlag for kritik, utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling. Nedenstående figur 6 viser fordelingen af disse undertyper.

**Figur 6:** Antal hændelser omhandlende utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling fordelt på undertyper



#### Utilstrækkelig undersøgelse og henvisning af patient

408 (46 %) af de 881 hændelser omhandlende utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling omfatter patientoplevede problemer med den sundhedsfaglige vurdering af patientens behov for yderligere undersøgelser og/eller henvisning til videre udredning/behandling. Herunder omhandler:

- 154 (38 %) utilstrækkelige undersøgelser af patienten på baggrund af dennes symptomer, tilstand og progression samt på baggrund af andre undersøgelser
- 59 (14 %) manglende henvisning af patienten til videre udredning/behandling på baggrund af dennes symptomer, tilstand, progression samt på baggrund af andre undersøgelser
- 117 (29 %) utilstrækkelig vurdering af patienter med uspecifikke symptomer
- 19 (5 %) uforsvarlig overflytning/undladelse af overflytning af patienten til mere specialiseret sygehus/afdeling
- 59 (14 %) vedrører andet

#### Mangelfuld vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb

Patientoplevede problemer vedrørende invasive indgreb indgår i 139 (16 %) af de 881 hændelser. Af disse omhandler 101 (73 %) af hændelserne komplikationer i forbindelse med de udførte indgreb.

#### Utilstrækkelig fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test

Utilstrækkelig fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test omhandler primært den sundhedsfaglige fortolkning af undersøgelsesresultater, der optræder i 40 (63 %) af de 64 hændelser, mens 10 hændelser (16 %) vedrører forsinket eller manglende opfølgning på undersøgelsesresultater.

#### Mangelfuld vurdering af indikation for samt medicinering af patient

Utilstrækkelig medicinering optræder i 103 hændelser. Af disse findes patientoplevede problemer med kemoterapibehandling og smertebehandling i henholdsvis 40 (39 %) og 22 (21 %) af hændelserne.

#### Mangelfuld vurdering af indikation for samt behandling af patient med stråleterapi

20 hændelser (2 %) omhandler patientoplevede problemer med stråleterapibehandling.

Mangelfuld vurdering af indikation for samt ernæring og pleje af patient

I undertypen ernæring og pleje omhandler 19 (32 %) hændelser utilstrækkelig ernæring, mens 12 (20 %) omhandler utilstrækkeligt tilsyn og observation af patienten.

Mangelfuldt grundlag for udskrivelse af patient

Patientoplevede problemer i forbindelse med udskrivelse optræder i 27 (3 %) af de 881 hændelser vedrørende utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling uden kritik.

### 4.3. Sammenligning af hændelser

Tabel 16 viser fordelingen af hændelsestyper i gruppen af hændelser henholdsvis med og uden kritik. Tabellen viser, at der i alt er 157 kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer registreret i de 152 hændelser med kritik og 1048 problemer i de 943 hændelser uden kritik, i alt 1205 problemer. Samtidig ses, at utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling er det hyppigst forekommende problem for både hændelser med og uden kritik, mens utilstrækkelig kommunikation udgør den næststørste hovedtype. Problemer omhandlende forsinkelse fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsættes forekommer kun blandt hændelser uden kritik.

En sammenligning af forekomsten af de tre hovedtyper af hændelser i de to grupper viser, at utilstrækkelig kommunikation forekommer hyppigere blandt hændelser med kritik end blandt hændelser uden kritik. Det modsatte er tilfældet for utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling (tabel 16).

**Tabel 16:** Forekomsten af hændelsestyper i grupperne af hændelser med og uden kritik

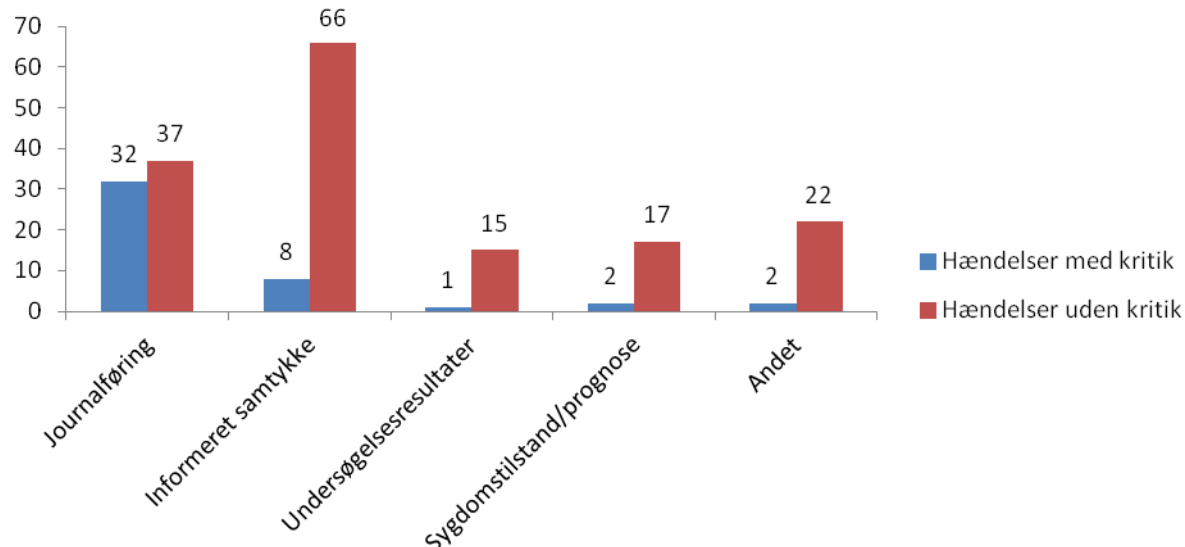
| Hændelsestype<br>(Hovedtyper/undertyper)   | Hændelser<br>med kritik<br>(n=152) | Hændelser<br>uden kritik<br>(n=943) | Hændelser<br>i alt<br>(n=1095) |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Forsinkelse</b>   | <b>0 (0 %)</b>                     | <b>10 (1 %)</b>                     | <b>10 (1 %)</b>                |
| Forløb fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsæt  | 0 (0 %)                            | 10 (1 %)                            | 10 (1 %)                       |
| <b>Utilstrækkelig kommunikation</b>  | <b>45 (29 %)</b>                   | <b>157 (15 %)</b>                   | <b>202 (17 %)</b>              |
| Journalføring og sygeplejefaglig dokumentation   | 32 (20 %)                          | 37 (4 %)                            | 69 (6 %)                       |
| Indhentelse af informeret samtykke   | 8 (5 %)                            | 66 (6 %)                            | 74 (6 %)                       |
| Information til patient om undersøgelsesresultater   | 1 (1 %)                            | 15 (1 %)                            | 16 (1 %)                       |
| Information til patient om dennes sygdomstilstand og prognose  | 2 (1 %)                            | 17 (2 %)                            | 19 (2 %)                       |
| Andet  | 2 (1 %)                            | 22 (2 %)                            | 24 (2 %)                       |
| <b>Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling</b>   | <b>112 (71 %)</b>                  | <b>881 (84 %)</b>                   | <b>993 (82 %)</b>              |
| Vurdering af patients behov for yderligere undersøgelser og/eller henvisning til videre udredning/behandling | 45 (29 %)                          | 408 (39 %)                          | 453 (38 %)                     |
| Vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb   | 10 (6 %)                           | 139 (13 %)                          | 149 (12 %)                     |
| Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests   | 38 (24 %)                          | 64 (6 %)                            | 102 (9 %)                      |
| Vurdering af indikation for samt medicinering af patient, inklusiv kemoterapibehandling                      | 8 (5 %)                            | 103 (10 %)                          | 111 (9 %)                      |
| Vurdering af indikation for samt behandling af patient med stråleterapi                                      | 0 (0 %)                            | 20 (2 %)                            | 20 (2 %)                       |
| Vurdering af indikation for samt ernæring og pleje af patient  | 3 (2 %)                            | 59 (6 %)                            | 62 (5 %)                       |
| Vurdering af indikation for udskrivelse af patient   | 1 (1 %)                            | 27 (3 %)                            | 28 (2 %)                       |
| Andet  | 7 (5 %)                            | 61 (6 %)                            | 68 (6 %)                       |
| <b>Kvalitets- og sikkerhedsproblemer i alt</b>   | <b>157 (100 %)</b>                 | <b>1048 (100 %)</b>                 | <b>1205 (100 %)</b>            |

I det følgende sammenlignes og beskrives undertyperne af hændelser inden for kategorierne utilstrækkelig kommunikation og utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling.

#### Utilstrækkelig kommunikation

Figur 7 viser fordelingen af undertyper af hændelser i grupperne af hændelser med og uden kritik.

**Figur 7:** Forekomst af undertyper vedrørende utilstrækkelig kommunikation



#### Utilstrækkelig kommunikation mellem sundhedsfaglig og patient/pårørende

Utilstrækkelig indhentelse af informeret samtykke optræder i otte af de 45 hændelser med kritik (18 %) og i 66 af de i alt 157 hændelser uden kritik (42 %). Blandt hændelserne uden kritik findes især problemer som patienter, der oplever, at de ikke er blevet tilstrækkelig informeret om mulige risici og komplikationer forud for invasive indgreb.

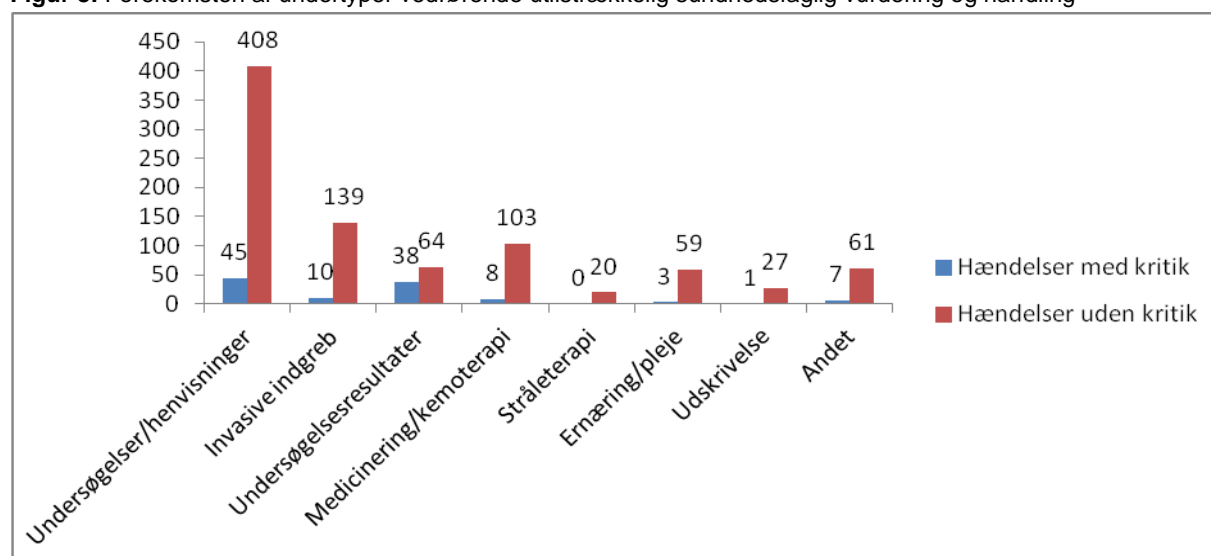
#### Utilstrækkelig kommunikation mellem sundhedspersoner

Problemer med journalføring og sygeplejefaglig dokumentation optræder i 32 af de 45 hændelser med kritik (71 %) og i 37 af 157 hændelser uden kritik (24 %). Inden for begge grupper handler problemerne primært om, at information til patient og pårørende ikke dokumenteres i journalen.

#### **Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling**

Figur 8 viser fordelingen af undertyper af hændelser i gruppen af hændelser med og uden kritik.

**Figur 8:** Forekomsten af undertyper vedrørende utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling



### Utilstrækkelige undersøgelser og henvisning af patient

45 hændelser af i alt 112 med kritik (40 %) og 408 hændelser af i alt 881 uden kritik (46 %) omhandler problemer vedrørende undersøgelser og henvisning af patient. Blandt disse ses følgende:

- Mangelfuld undersøgelse af patienten udgør den største gruppe af kvalitets- og sikkerhedsproblemer inden for både hændelser med (26 hændelser, 58 %) og uden kritik (154 hændelser, 38 %)
- Manglende henvisning af patient til videre udredning/behandling optræder i 13 af de i alt 45 hændelser med kritik (29 %) og 59 af de i alt 408 hændelser uden kritik (14 %)
- Utilstrækkelig vurdering af patienter med uspecifikke symptomer optræder blot i én hændelse med kritik (2 %) og 117 uden (29 %)

### Mangelfuld vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb

Problemer med relation til invasive indgreb optræder i 10 af de i alt 112 hændelser med kritik (9 %) og 139 af de i alt 881 uden kritik (16 %). I begge grupper omfatter problemerne primært komplikationer opstået i forbindelse med indgrebene, uden der dog er noget mønster i komplikationernes karakter.

### Utilstrækkelig fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test

Mangelfuld fortolkning af og forsinket eller manglende reaktion på undersøgelsesresultater optræder i 38 hændelser med kritik (34 %) og 64 hændelser uden kritik (7 %). I disse ses primært problemer med fortolkning af resultater (f.eks. overset malignitet), mens forsinket eller manglende reaktion på undersøgelsesresultater udgør den næststørste andel.

### **Forsinkelse**

Forsinkelse af forløbet fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsat er et tema i ti hændelser uden kritik, men optræder slet ikke som tema blandt hændelser med kritik. Patientklagenævnet ikke har haft kompetence til at tage stilling til overholdelse af behandlingsgarantier i sagerne i det analyserede materiale, men har haft fokus på den sundhedsfaglige forsvarlige tidsmæssige tilrettelæggelse af behandlingen. Dette er således vurderet i de 10 hændelser uden kritik, og har indgået som et integreret element i vurderingen af hændelser med kritik.

## 5. Diskussion af udvalgte sikkerheds- og kvalitetsproblemer

Det er kendt, at ingen metode alene kan afdække alle sikkerheds- og kvalitetsproblemer i kræftforløbet, og at det er nødvendigt at koble viden fra forskellige kilder (16). Kræftens Bekæmpelse har derfor gennemført forskellige undersøgelser, der alle giver informationer om kvalitet og patientsikkerhed i kræftpatienters forløb, bl.a. med udgangspunkt i anmeldelser til Patientforsikringen, journalgennemgang med Global Trigger Tool, sundhedsprofessionelles og patienters rapporteringer af utilsigtede hændelser samt Kræftens Bekæmpelses spørgekemaundersøgelse kaldet Barometerundersøgelsen (17).

Formålet med denne undersøgelse er, at uddrage læring af kræftpatienters klager til Patientklagenævnet. Patientklagenævnets vurdering deler klagerne i to grupper – én hvor der er fundet grundlag for kritik af en eller flere sundhedspersoners virksomhed, og én hvor der ikke er givet kritik. Denne undersøgelse tager via klagerne afsæt i patienternes oplevelser af problemer i forløbet, og læring er udtaget med samme systematik for både klager med og uden kritik. Det er tidligere vist, at patienter og sundhedsprofessionelle vurderer sikkerhedsproblemer forskelligt - nogle problemer identificeres af begge parter, men deres forskellige indsigt og perspektiv supplerer også hinanden (18). Selvom en klage ikke giver anledning til kritik, giver den således et indblik i de problemer patienten oplever, og i det følgende diskuteres de to grupper af patientoplevede problemer samlet.

### Utilstrækkelig fortolkning af og reaktion på prøvesvar

Undersøgelsen viser, at en væsentlig del af de identificerede sikkerheds- og kvalitetsproblemer kan relateres til overset malignitet på billeddiagnostiske undersøgelser samt forsinket eller manglende opfølgning på undersøgelsesresultater. Problemet er fundet i 38 hændelser med kritik (34 %) og 64 hændelser uden kritik (7 %).

I såvel Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse og i rapporteringer til Dansk Patientsikkerhedsdatabase er beskrevet problemer i relation til håndtering af prøvesvar, herunder manglende eller forsinket opfølgning på svar (17;19). Utilstrækkelig håndtering af prøvesvar kan skabe forsinkede eller afbrudte udrednings- og behandlingsforløb og udgør derfor et centralt indsatsområde i arbejdet med at forbedre patientsikkerhed i kræftforløbet. Problemerne kan afhjælpes med nye teknologiske redskaber og øget opmærksomhed på de administrative arbejdsgange. Sidstnævnte f.eks. med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om prøvesvar (20).

### Informationer og komplikationer i forbindelse med invasive indgreb

Blandt hændelser med grundlag for kritik omhandler to hændelser mangelfuld information om mulige risici og komplikationer forud for invasive indgreb (25 %), mens otte hændelser omhandler forekomsten af komplikationer i forbindelse med indgreb (80 %). Blandt hændelser uden grundlag for kritik optræder problemet i henholdsvis 21 (55 %) og 101 (73 %) hændelser inden for samme undertyper. I de fleste tilfælde er der ikke fundet grundlag for at kritisere udførelsen af de invasive indgreb. Dette kan hænge sammen med, at kræftkirurgiske indgreb ofte er både omfattende og komplicerede, og at kirurgi altid er behæftet med risiko for komplikationer. Vurderingen af forebyggelighed og læringspotentiale skal således ses i lyset af



den præoperative risikovurdering, hvor komplikationer afvejes mod chancen for at bedre patientens helbred og/eller chance for overlevelse.

Komplikationer i forbindelse med kirurgi optræder også blandt de sikkerhedsproblemer, der er identificeret via andre datakilder, f.eks. i kræftpatienters anmeldelse af skader til Patientforsikringen, i både sundhedsprofessionelles og patienters rapportering af utilsigtede hændelser og ved journalgennemgang med Global Trigger Tool (17;21). Barometerundersøgelsen viser endvidere, at knap en tredjedel af de patienter, der er blevet opereret, har oplevet komplikationer i forbindelse med operationen. Halvdelen af disse oplevede, at de ikke på forhånd var informeret om, at komplikationen udgjorde en risiko (22).

Det er vanskeligt at vurdere, hvorvidt kirurgiske komplikationer kan forebygges. Den store andel af patientoplevede problemer relateret til mangelfuld information om mulige risici og komplikationer forud for indgrebene tyder imidlertid på, at der kan gøres en indsats for at øge patientens forståelse af de risici, der er forbundet med operationen. Denne undersøgelse besvarer ikke spørgsmålet om hvorvidt 1) information ikke gives eller 2) information er givet men ikke modtaget og kan derfor ikke kvalificere karakteren af eventuelle interventioner på området. Af resultaterne fremgår endvidere, at utilstrækkelig dokumentation af information til patient og pårørende i journalen er hyppige hændelser. Problemstillingerne - information og dokumentation af informationen - kan betragtes som koblede og kan muligvis håndteres samlet i relation til forbedring.

### **Forsinket udredning – særligt for patienter med uspecifikke symptomer**

Problemer med den sundhedsfaglige vurdering af patientens behov for yderligere undersøgelser og/eller henvisning til videre udredning/behandling optræder i 45 af de i alt 112 hændelser med kritik (40 %) og 408 af de i alt 881 uden kritik (46 %). Sammenholdes disse med hændelsernes placering i patientens forløb ses, at problemet oftest er relateret til patienter i et udredningsforløb eller patienter, der er kendt med en tidligere kræftsygdom, men som nu befinder sig i et nyt udredningsforløb.

Utilstrækkelig vurdering af patienter med uspecifikke symptomer indgår i blot en enkelt hændelse med grundlag for kritik (1 %), men i 117 hændelser uden kritik (13 %). 104 af de i alt 118 hændelser er relateret til patienter i et primært eller et nyt udredningsforløb (88 %).

Patientoplevede problemer i forbindelse med udredning optræder både i patienters rapportering af utilsigtede hændelser samt Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse. Af Barometerundersøgelsen fremgår det, at patienterne generelt set har stor tillid til indsatsen i behandlingsforløbet, men synes der er problemer forbundet med udredningsforløbet. Problemerne består bl.a. i, at patienterne oplever, at den praktiserende læge ikke tager deres symptomer alvorligt, ikke igangsætter/henviser til videre undersøgelse og til forsinket diagnostik (19;23).

Af de mere end 34.000 danskere, der hvert år får konstateret kræft, er symptomerne hos omkring halvdelen så uspecifikke, at de ikke umiddelbart kan henvises til et specifikt kræftpakkeforløb. Hurtig udredning og diagnostik er afgørende for rettidig behandling, og forløbstiden har ikke alene betydning for kræftpatienters chance for overlevelse, men kan også påvirke patientens tryk. Dette kan være forklaringen på, at forsinket udredning i denne undersøgelse synes at være et af de største problemer. Med Kræftplan III blev det besluttet at

indføre en diagnostisk kræftpakke for patienter med uspecifikke symptomer på kræft. Formålet er, at også disse patienter får et udredningsforløb uden ikke-fagligt begrundet ventetid (24). Pakkeforløbet blev implementeret i 2012, og resultaterne afspejles derfor ikke i dette projekt. Forhåbningen er dog, at indførelsen af pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer vil reducere antallet af klager fra patienter, der udredes for kræft.

### **Overgange og manglende sammenhæng**

I denne undersøgelse er det registreret hvor mange sundhedspersoner, sygehuse og afdelinger, der var involveret i hver enkel klage. Der ses ikke en tendens til, at klager, der inkluderer flere sundhedspersoner eller enheder, knytter sig til specifikke hændelsestyper.

Det er i andre undersøgelser dokumenteret, at overgange og manglende sammenhæng er et stort problem (25). Barometerundersøgelsen viser, at patienterne mødte mange forskellige sundhedspersoner i deres forløb og en væsentlig del blev udredt og behandlet på flere afdelinger og sygehuse. Resultaterne viser også, at patienterne hyppigere oplevede fejl i forbindelse med både udredning og behandling, hvis der var flere afdelinger eller sygehuse involveret. Patienterne beskriver, at problemerne i overgange bl.a. vedrører kommunikation, administrative processer og koordinering af patientforløbet (19).

Med etableringen af det nye klagesystem har patienter nu mulighed for at klage over det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Det nye patientklagesystem gør det med andre ord muligt at klage over fejl i sundhedssystemet, uden samtidig at klage over en konkret sundhedsperson. Et dårligt behandlingsforløb kan opstå som følge af utilstrækkelig planlægning og koordination eller svigt i kommunikationen, f.eks. i overgange mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet. I sådanne tilfælde er der måske ikke altid grundlag for at kritisere enkelte sundhedspersoner for de svigt eller fejl, som patienten har oplevet, og disse fejl vil derfor ikke være at genfinde i klagerne til Patientklagenævnet. En undersøgelse af kvalitets- og sikkerhedsproblemer på baggrund af data fra det nye klagesystem vil derfor højst sandsynligt give et andet billede end det her fremkomne og i højere grad afsløre problemer med manglende sammenhæng.

## **5.1. Metodediskussion**

Klager til Patientklagenævnet udgør en særlig informationskilde, idet hændelserne er baseret på patientoplevede problemer, som derefter er vurderet og afgjort på baggrund af såvel kliniske som juridiske vurderinger.

Det analyserede materiale i denne undersøgelse tager udgangspunkt i en ordning, der ikke længere er i brug. Med den gamle ordning kunne patienter kun klage over enkelte sundhedspersoner og ikke over hele forløb, og af denne grund giver de analyserede klager i denne undersøgelse et noget andet billede og perspektiv, end de patientklager, der afgøres i dag. På baggrund af undersøgelsens fordeling af klager inden for blandt andet køn, alder og de enkelte sygdomsgrupper skønnes materialet dog egnet til at give en generel beskrivelse af de problemer kræftpatienter oplever, og kan dermed supplere viden fra andre undersøgelser. Da mange af de afdækkede problemer genfindes i studier med andre datakilder, formodes det, at problemstillingerne fra klager i perioden 2004 til 2010 stadig er relevante i forhold til forbedring af sikkerheds- og kvalitetsbrister i kræftpatienters forløb.

Klagerne og delafgørelserne belyser ikke fuldt ud de bagvedliggende årsager og medvirkende faktorer til hændelserne. Skal sikkerhedsproblemerne forebygges, er det derfor nødvendigt, at viden om problemernes ætiologi og erfaringer fra praksis anvendes i tilrettelæggelsen og afprøvningen af interventioner.

## 6. Konklusion

De analyserede klager udgør 6 % af alle afgjorte klager i 2010 og indeholder gennemsnitligt 2,5 delafgørelser per klage. Antallet af afgørelser er steget 52 % fra 2009 til 2010. Over halvdelen af klagerne vedrører kræftpatienter i alderen 60-79 år, og fordelingen af klager på både køn, alder og kræftsygdomsgrupper stemmer nogenlunde overens med incidensen for kræft. De fleste patienter klager over sundhedsfaglig virksomhed i forbindelse med deres udredningsforløb, af disse er knap 10 % af klagerne fra patienter med en tidligere kræftsygdom, der befinder sig i et nyt udrednings- og behandlingsforløb. Næsten en tredjedel af hændelserne omhandler kirurgi, de fleste patienter klager over en enkelt sundhedsperson, og størstedelen af klagerne involverer et enkelt sygehus eller en enkelt sygehusafdeling.

På baggrund af patienters klager til Patientklagenævnet og den efterfølgende afgørelse viser denne undersøgelse, at de hyppigste sikkerheds- og kvalitetsproblemer omhandler:

- Utilstrækkelig undersøgelse og henvisning af patienten
- Utilstrækkelig fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test
- Utilstrækkelig journalføring og sygeplejefaglig dokumentation

Medtages de hændelser, hvor Patientklagenævnet har vurderet, at der ikke var grundlag for at kritisere den sundhedsfaglige virksomhed, tegner der sig samtidig et billede af patientoplevelt problemer vedrørende:

- Mangelfuld vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb
- Mangelfuld vurdering af indikation for samt medicinering af patient
- Utilstrækkelig indhentelse af informeret samtykke

Med introduktionen af ny viden og teknologi vil der løbende være behov for monitorering af patientsikkerhedsproblemer. Resultaterne fra denne undersøgelse bekræfter dog i vid udstrækning fund fra undersøgelser baseret på andre datakilder – der synes at være en vis grad af 'mætning' i forhold til identifikation af nye problemer – og man kan på denne baggrund argumentere for, at fokus nu skal rettes fra afdækning af problemer til løsning af samme. Mængden af viden og det relativt ensartede risikobillede på tværs af undersøgelser giver et godt afsæt for aktiviteter, der har til formål at forbedre kvalitet og patientsikkerhed i kræftforløbet. Næste skridt vil være at udvælge modificerbare elementer, beskrive interventionerne og derefter afprøve virkningen i klinikken

## 7. Referenceliste

- (1) Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse - en retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskr Læger 2001 Sep 24;163(39):5370-8.
- (2) Patientsikkerhed i kræftbehandlingen - en sammenfatning af tre projekter. København: Kræftens Bekæmpelse; 2010.
- (3) Årsrapport 2010 - Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Frederiksberg: Patientombuddet; 2011.
- (4) Statistiske oplysninger 2010. Frederiksberg: Sundhedsvæsenets Patientklagenævn; 2011.
- (5) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Lovbekendtgørelse nr. 547 af 24/06/2005. 2005.
- (6) Bekendtgørelse om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Bekendtgørelse nr. 885 af 04/11/2003. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003 Available from: URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=9790>
- (7) Årsberetning 2011, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Frederiksberg: Patientombuddet; 2012.
- (8) Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet; 2003.
- (9) Birgitte Randrup Krog, Vibeke Krøll. Begreber og terminologi. In: Jan Mainz, Paul Bartels, Toke Bek, Kjeld Møller Pedersen, Vibeke Krøll, Peter Rhode, editors. Kvalitetsudvikling i praksis. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 35-52.
- (10) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens sygdomsklassifikation. [http://medinfo.dk/sks/brows.php?s\\_nod=6635](http://medinfo.dk/sks/brows.php?s_nod=6635) . 2011. 21-4-2013.
- (11) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven, kapitel 5. <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455> . 2010.
- (12) Beskrivelse af dataopgørelser vedr. behandlingsaktivitet på kræftområdet. Sundhedsstyrelsen. <http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Dataformidling/Sundhedsdata/Kraft/Dokumentation%20af%20behandlingsaktivitet.ashx> . 2011. 21-4-2013.
- (13) Behandlingsaktivitet på kræftområdet. Statens Serum Institut 2013 Available from: URL: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Dataformidling/Sundhedsdata/Kraft/Behandlingsaktivitet%20pa%20kraftområdet.aspx>
- (14) NORDCAN kræftstatistik. <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp> . 2013. 21-4-2013.
- (15) Danmarks Statistik. Statistisk Årbog 2012. København: Rosendahls-Schultz Grafisk; 2012.
- (16) Lipczak H, Knudsen JL, Nissen A. Safety hazards in cancer care: findings using three different methods. BMJ Qual Saf 2011 Dec;20(12):1052-6.
- (17) Utilsigtede hændelser i kræftbehandlingen - en analyse af hændelsesrapporter fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase. København: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (18) Cuculiza M, Greve P, Hansen MN, Lassen CF, Øhlenschläger SE, Lipczak H. Patientinvolvering. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2012.
- (19) Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og Behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2011. København: Kræftens Bekæmpelse; 2011.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser VEJ nr 9207 af 31/05/2011 . 31-5-2011.

- (21) Kræftpatienters anmeldelse af skader til Patientforsikringen - En analyse af anmeldelser og afgørelser fra 2000 til 2009. København: Kræftens Bekæmpelse og Patientforsikringen; 2011.
- (22) Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2013. København: Kræftens Bekæmpelse; 2013.
- (23) Kræftpatienters rapportering af utilsigtede hændelser. København: Kræftens Bekæmpelse; 2010.
- (24) Ulrich Fredberg, Peter Vedsted. Organisation af udredning af patienter med uspecifikke alvorlige symptomer. Ugeskrift for læger 2011 Jun;173(24):1718-21.
- (25) Knudsen JL, Sengeløv L, Gandrup PMT, Hellebek T, afei H, ndersen E., et al. Overgange i udredning, diagnostik og behandling. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2012.

# Bilag 1

SKS-browser, vers 3.03. Copyright Sundhedsstyrelsen

**Område:** Kræftsygdomme [DC00-96]

**Søgning:** Ord i fritekst  SKS-kode    [Sådan virker søgning](#)

**Markeringer:** [ \$ ] [Det betyder markering](#)

**Klassifikation af sygdomme** D

- Neoplasmer [DC00-DD48]
- Kræftsygdomme [DC00-96]**
- Kræft i læber, mundhule og svælg [DC00-DC14]
- Kræft i fordøjelsesorganer [DC15-DC26]
- Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen [DC30-DC39]
- Kræft i knogler og ledbrusk [DC40-DC41]
- Modermærkekæft i hud og anden hudkræft [DC43-DC44]
- Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv [DC45-DC49]
- Brystkræft [DC50]
- Kræft i kvindelige kønsorganer [DC51-DC58]
- Kræft i mandlige kønsorganer [DC60-DC63]
- Kræft i nyre og urinveje [DC64-DC68]
- Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystem [DC69-DC72]
- Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler [DC73-DC75]
- Kræft med dårligt specificerede, sekundære og ikke specificerede lokalisationer [DC76-DC80]
- Kræft i lymfatisk og bloddannende væv [DC81-DC96]

## Bilag 2

### Hændelsestyper i gruppen af hændelser med kritik

Inkluderer delafgørelser/hændelser, hvor der er grundlag for kritik eller hvor der er grundlag for at indskærpe sundhedspersonen at være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit fremtidige virke.

| Forsinkelse (n=0)  |  |
|--|--|
| Forsinkelse af forløbet fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsat (n=0) |  |

| Utilstrækkelig kommunikation (n=45)                                 |  |
|---|--|
| Journalføring og sygeplejefaglig dokumentation (n=32)               | <ul style="list-style-type: none"><li>- Journalføring af information til patient og pårørende (herunder journalføring af informeret samtykke) (n=14)</li><li>- Journalføring af ordination af undersøgelser og behandling (n=6)</li><li>- Journalføring af medicinering og kemoterapibehandling (n=3)</li><li>- Journalføring af lægefaglige overvejelser (n=2)</li><li>- Sygeplejefaglig dokumentation (n=2)</li><li>- <u>Journalføring af andet, herunder f.eks. (n=5):</u><ul style="list-style-type: none"><li>- Journalføring af fund under operation</li><li>- Journalføring af patients fald</li><li>- Fremsendelse af journalnotat</li></ul></li></ul> |
| Indhentelse af informeret samtykke (n=8)                            | <ul style="list-style-type: none"><li>- Indhentelse af informeret samtykke forud for operation, herunder information om mulig risici samt årsag til aflyst eller ændret operation (n=5)</li><li>- Indhentelse af informeret samtykke forud for behandling (ekskl. invasive indgreb), herunder information om mulige risici og bivirkninger (n=2)</li><li>- Information om behandlingsmuligheder (n=1)</li></ul>  |
| Information om undersøgelsesresultater (n=1)                        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Information til patient om undersøgelsesresultater (n=1)</li></ul>   |
| Information til patient om dennes prognose og sygdomstilstand (n=2) | <ul style="list-style-type: none"><li>- Information til patienten om dennes prognose (n=1)</li><li>- Information til patient om mistanke om kræft (n=1)</li></ul>  |
| Andet (n=2)   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Information i forbindelse med udskrivelse (n=1)</li><li>- Afsendelse og reaktion på henvisning (n=1)</li></ul>   |



| <b>Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling (n=112)</b>  |   |
|---|---|
| Vurdering af patients behov for yderligere undersøgelser og/eller henvisning til videre udredning/behandling (n=45) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yderligere undersøgelser af patient på baggrund af dennes symptomer, tilstand og progression samt på baggrund af andre undersøgelser (n=26)</li> <li>- Henvisning af patient til videre udredning/behandling på baggrund af dennes symptomer, tilstand og progression samt på baggrund af andre undersøgelser (n=13)</li> <li>- Vurdering af patienter med uspecifikke symptomer (n=1)</li> <li>- Overflytning/undladelse af overflytning af patient til mere specialiseret sygehus/afdeling (n=1)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=4):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akut besøg fra vagtlæge</li> <li>- Valg af undersøgelse</li> </ul> </li> </ul> |
| Vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb (n=10)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplikationer i forbindelse med invasive indgreb (n=8)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=2):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valg af tidspunkt for operation</li> <li>- Tilsyn efter operation</li> </ul> </li> </ul>  |
| Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test (n=38)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortolkning af fx billeddiagnostiske undersøgelser (n=21)</li> <li>- Opfølgning og reaktion på undersøgelsesresultater (n=13)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=4):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gennemlæsning af journal og laboratorieskema</li> </ul> </li> </ul>   |
| Vurdering af indikation for samt medicinering af patient, herunder kemoterapibehandling (n=8)                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemoterapibehandling (n=2)</li> <li>- Smertebehandling (n=0)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=6)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valg af dosis og præparat</li> <li>- Tidspunkt for iværksættelse af antibiotisk behandling</li> <li>- Seponering af medicin</li> </ul> </li> </ul>  |
| Vurdering af indikation for samt behandling af patient med stråleterapi (n=0)                                       |   |

|  |  |
|--|--|
| Vurdering af indikation for samt ernæring og pleje af patient (n=3)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ernæring af patient (n=1)</li> <li>- Observation af patient (n=1)</li> <li>- Plan for behandling af tryksår (n=1)</li> </ul>  |
| Vurdering af indikation for samt grundlag for udskrivelse af patient (n=1) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vurdering af indikation for samt grundlag for udskrivelse af patient (n=1)</li> </ul>   |
| Andet (n=7)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilsyn og bistand fra anden læge/afdeling (n=3)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=4)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlag for indlæggelse</li> <li>- Tid mellem kontrol</li> </ul> </li> </ul> |

## Bilag 3

### Hændelsestyper i gruppen af hændelser uden kritik

Inkluderer delafgørelser/hændelser, hvor der ikke er grundlag for kritik eller hvor der ikke er grundlag for kritik men grundlag for at udtale, at sundhedspersonen i en eller flere angivne situationer kunne have handlet mere hensigtsmæssigt.

| Forsinkelse (n=10)  |  |
|---|--|
| Forsinkelse af forløbet fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsæt (n=10) | Forsinkelse af forløbet fra mistanke om kræftsygdom/diagnose til behandling igangsæt (n=10)  |
| Utilstrækkelig kommunikation (n=157)  |  |
| Journalføring og sygeplejefaglig dokumentation (n=37)                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Journalføring af undersøgelser og behandling (ekskl. medicinering og kemoterapibehandling) (n=7)</li> <li>- Journalføring af information til patient og pårørende (herunder informeret samtykke) (n=6)</li> <li>- Journalføring af lægefaglige overvejelser (n=6)</li> <li>- Journalføring af medicinering og kemoterapibehandling (n=4)</li> <li>- Sygeplejefaglig dokumentation (n=3)</li> <li>- Journalføring af patients beskrivelse af symptomer (n=2)</li> <li>- <u>Journalføring af andet, herunder f.eks. (n=9):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Journalføring af fund under udført operation</li> <li>- Journalføring af patients fald</li> <li>- Fremsendelse af journalnotat</li> </ul> </li> </ul> |
| Indhentelse af informeret samtykke (n=66)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indhentelse af informeret samtykke forud for operation, herunder information om mulig risici samt årsag til aflyst eller ændret operation (n=38)</li> <li>- Indhentelse af informeret samtykke forud for behandling (ekskl. invasive indgreb), herunder information om mulige risici og bivirkninger (n=13)</li> <li>- Information om behandlingsmuligheder (n=6)</li> <li>- Information om videre udrednings- og behandlingsplan (n=5)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=4)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information i forbindelse med deltagelse i videnskabelig protokol</li> </ul> </li> </ul>  |
| Information om undersøgelsesresultater (n=15)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information til patient om undersøgelsesresultater (n=15)</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
| Information til patient om dennes prognose og sygdomstilstand (n=17) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information til patienten om dennes prognose og tilstand (n=9)</li> <li>- Information til patient om mistanke om kræft (n=5)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=3)</u></li> <li>- Vurdering af, hvorvidt patient er i stand til at modtage information om sygdomstilstand</li> </ul> |
| Andet (n=22)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afsendelse af og reaktion på henvisning (n=6)</li> <li>- Information til pårørende (n=3)</li> <li>- Information i forbindelse med udskrivelse (n=2)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=11)</u></li> <li>- Formulering af epikrise</li> </ul>   |

| <b>Utilstrækkelig sundhedsfaglig vurdering og handling (n=881)</b>   |  |
|--|--|
| Vurdering af patients behov for yderligere undersøgelser og/eller henvisning til videre udredning/behandling (n=408) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yderligere undersøgelser af patient på baggrund af dennes symptomer, tilstand og progression samt på baggrund af andre undersøgelser (n=154)</li> <li>- Henvisning af patient til videre udredning/behandling på baggrund af dennes symptomer, tilstand og progression samt på baggrund af andre undersøgelser (n=59)</li> <li>- Vurdering af patienter med uspecifikke symptomer (n=117)</li> <li>- Overflytning/udladelse af overflytning af patient til mere specialiseret sygehus/afdeling (n=19)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=59):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akut besøg fra vagtlæge</li> <li>- Beslutning om at afvente tilstanden</li> <li>- Valg af undersøgelse</li> </ul> </li> </ul> |
| Vurdering af indikation for samt udførelse af invasive indgreb (n=139)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplikationer i forbindelse med invasive indgreb (n=101)</li> <li>- <u>Andet, herunder (n=38):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valg af tidspunkt for operation</li> <li>- Tilsyn efter operation</li> <li>- Grundlag for aflysning af operation</li> </ul> </li> </ul>  |
| Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og test (n=64)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortolkning af fx billeddiagnostiske undersøgelser (n=40)</li> <li>- Opfølgning og reaktion på undersøgelsesresultater (n=10)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=14):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilsyn fra mere erfarne læge til fortolkning af resultater</li> <li>- Gentagelse af fortolkning af resultater</li> </ul> </li> </ul>  |
| Vurdering af indikation for samt medicinering af patient, herunder kemoterapibehandling (n=103)                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemoterapibehandling (n=40)</li> <li>- Smertebehandling (n=22)</li> <li>- <u>Andet, herunder fx (n=41)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valg af dosis og præparat</li> <li>- Væskebehandling</li> <li>- Seponering af medicin</li> </ul> </li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
| Vurdering af indikation for samt behandling af patient med stråleterapi (n=20) | - Vurdering af indikation for samt behandling af patient med stråleterapi (n=20)   |
| Vurdering af indikation for samt ernæring og pleje af patient (n=59)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ernæring af patient (n=19)</li> <li>- Tilsyn og observation af patient (n=12)</li> <li>- <u>Andet, herunder f.eks. (n=28)</u></li> <li>- Mobilisering af patient og genoptræning</li> <li>- Plan for behandling af tryksår</li> </ul>                   |
| Vurdering af indikation for samt grundlag for udskrivelse af patient (n=27)    | - Vurdering af indikation for samt grundlag for udskrivelse af patient (n=27)  |
| Andet (n=61)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilsyn og bistand fra anden læge/afdeling (n=15)</li> <li>- <u>Andet, herunder fx (n=27)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandling af anden sygdom</li> <li>- Beslutning om ikke at foretage yderligere behandling</li> </ul> </li> </ul> |

I Danmark lever ca. 240.000 mennesker med kræft. Sygdommen giver anledning til et ofte langt og komplekst forløb med talrige kontakter til sundhedsvæsenet. Selvom udredning, behandling og pleje ofte forløber uproblematisk, oplever mange patienter fejl og svigt i forhold til kvaliteten og sikkerheden i forløbet.

Kendskab til sikkerheds- og kvalitetsproblemer kan bruges som udgangspunkt for forbedring. I denne rapport analyseres klager til sundhedsvæsenets Patientklagenævn i et læringsperspektiv med fokus på beskrivelse af forhold som kræftpatienter oplever som problematiske.

Resultaterne supplerer den viden om sikkerhedsproblemer, der kan findes i andre datakilder. Indsigten i problemernes karakter kan bidrage til fokusering af forbedringsindsatsen og kan således anvendes af alle, der arbejder for at højne kvalitet og patientsikkerhed i kræftforløbet.

**Kræftens Bekæmpelse**  
Kvalitet & Patientsikkerhed

Strandboulevarden 49  
2100 København Ø  
Tlf.: 3525 7500  
[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

