



VÆLG KLOGT -ATLAS støtter

På vegne af Den Lægefaglige Tænketank, ATLAS, forfattere:

Mia Gall Grandahl, speciallæge i psykiatri
Grethe Harbo, speciallæge i øre-næse-halssygdomme
Dea Kehler, speciallæge i almen og akut medicin
Mads Koch Hansen, speciallæge i anæstesiologi
Torkild I. A. Sørensen, professor emeritus, dr. med
Gorm Greisen, speciallæge i pædiatri, professor emeritus

Den Lægefaglige Tænketank, ATLAS

Oktober 2023



ATLAS tror på, at vi gennem et fagligt samarbejde på tværs af de lægefaglige specialer og andre faggrupper kan skabe bedre proportionalitet i sundhedspolitik.

Vi ønsker bl.a. at skabe fokus på patientgrupper uden en stærk patientforening, patienter, der ikke er forankret i et bestemt lægefagligt speciale, og som ikke, eller sjældent, har politikernes fokus. Vi tror på, at vi derigennem kan skabe mere lighed i sundhed og bedre sundhed for alle.

Vi tror på, at en stærk ekspertpulje, der favner dygtige forskere med den nyeste viden og dygtige klinikere med en praksisbaseret viden om, hvordan befolkningen har det, kan skabe den bedste forståelse for, hvordan vi skaber bedst sundhed for flest mulige.

Kontakt

Mia Gall Grandahl

mia@tt-atlas.dk

Formand

www.tt-atlas.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

s. 2	Indholdsfortegnelse
s. 3	Indledning
s. 4	Hovedpunkter
s. 5	Sundhedsloven
s. 6	Styrelsen for Patientklager og Styrelsen for Patientsikkerhed
s. 7	Mødet mellem læge og patient
	Patientperspektivet
	Udrednings- og kontrolundersøgelser
s. 8	Kontinuitet
	Akut arbejde
s. 9	Sundhedsfaglig dokumentation
	Acceptabel fejlmargen og dødsforskrækkelse
	Undersøgelser og usikkerhed
s. 10	Defensiv medicin
	Skamfuldt at lave fejl; Få klager og påtale
s. 11	Pressede læger
	Frygten med i konsultationen
s. 12	Prioritering og Vælg Klogt
s. 13.	Cases
s. 14.	Referencer

ANALYSE OM TANKEGANGEN BAG ATLAS TILGANG TIL "VÆLG KLOGT" INITIATIVET

INDLEDNING

I en hverdag, hvor fokus er på flow og i en virkelighed, hvor utilsigtede hændelser og patientklager fylder meget, kan det være svært at huske, hvorfor vi som læger og andre sundhedsfaglige har valgt at arbejde i sundhedsvæsenet.

Midt i den kontrollerede hverdag, er det blevet svært at se hvorfor vi gør det, vi gør: Sundhedsvæsenet er til for at hjælpe mennesker og vi skal hjælpe dem med at finde ud af, hvorfor de er syge og om og hvordan de kan blive raske igen. Hvis vi som system har 'glemt, hvorfor vi er her', så kommer vi til at foretage os ting, som ikke gavner den enkelte patient og derfor er spild.

Vi er som sundhedsvæsen nødt til at tænke bedre over, hvordan vi bruger vores ressourcer.

På denne baggrund understøtter Den Lægefaglige Tænk tank, ATLAS, Vælg Klogts arbejde.

Vælg Klogt er et samarbejde mellem Danske Patienter og Lægevidenskabelige Selskaber der sigter på at udvikle anbefalinger af, hvad man bør undlade at gøre. Det skal blive en modvægt til vores almindelige faglige vejledninger, som har en tilbøjelighed til at sætte 'den største fællesnævner' som standard. Almindelige vejledninger udarbejdes af læger med særlig interesse for det givne fagområde som typisk har en egen interesse i at udnytte alle diagnostiske og terapeutiske muligheder med en deraf følgende risiko for et svækket helhedssyn.

Den Lægefaglige Tænk tank, ATLAS ønsker at supplere dette arbejde med at pege på muligheder for at 'vælg klogt' i det daglige kliniske arbejde, når der skal vælges undersøgelse og behandling af den enkelte patient. Men der er desværre også udfordringer, ikke mindst 'nul-fejlskulturen'.

HOVEDPUNKTER

- Læger arbejder i overensstemmelse med sundhedsloven
- Styrelsen for Patientklager (STPK), modtager og behandler klager fra patienter
- Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med alle autoriserede sundhedspersoner og behandlingssteder, som har autoriserede sundhedspersoner tilknyttet
- Læger møder som udgangspunkt mennesker, der er syge og har brug for hjælp
- Læger skal være i stand til at håndtere, at alle patienter er forskellige og at nogen er meget velforberedte og vidende, mens andre møder lægen helt uforberedt og uden indsigt i sin tilstand
- Dialogen mellem patient og læge skal være inddragende og begge skal have mulighed for sige, hvilket udrednings- og behandlingsniveau, der giver mening for dem og prøve at nå til en plan, som begge parter kan se værdien af
- Lægen arbejder både med akutte og med planlagte behandlingsforløb og har ofte behov for at træffe hurtige beslutninger ud fra den viden, der er til rådighed på det givne tidspunkt
- Der skal være mulighed for, når der igen er tid at reflektere over den givne behandling og værdien heraf og begåede fejl i et trygt og lærende miljø
- Læger er bange for at begå fejl og den øgede mængde kontrol, tilsyn og massiv dokumentation har medført en usund nulfejlskultur, der ikke kan forenes med den virkelighed, som læger arbejder i, hvor mennesker ikke altid passer til det, der står i lærebogen og hvor tid og ressourcer kan være knappe
- Frygten for at begå en fejl og for at få en klage, medfører, at mange læger udfører defensiv medicin med den konsekvens, at vores knappe ressourcer bliver spildt og patienterne bliver udsat for unødvendige undersøgelser
- Den Lægefaglige Tænk tank, ATLAS opfordrer til, at vi som læger tager dette på os og gør op med nulfejlskulturen og den kultur, hvor vi er bange for at fejle og at udstille vores fejl og dermed gå glip af vigtig læring til gavn for kommende patienter og muligheden for at blive dygtigere til vores arbejde

SUNDHEDSLOVEN

I henhold til [Sundhedsloven](#) har sundhedsvæsenet til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.

Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for

- 1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
- 2) behandling af høj kvalitet,
- 3) sammenhæng mellem ydelserne,
- 4) valgfrihed,
- 5) let adgang til information,
- 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og
- 7) kort ventetid på behandling.

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser.

Patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke.

Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side.

Et informeret samtykke kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende.

I henhold til Sundhedsloven findes der mulighed for at behandle midlertidigt eller varigt inhabile patienter uden informeret samtykke.

STYRELSEN FOR PATIENTKLAGER OG STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED

Styrelsen for Patientklager (STPK), modtager og behandler klager fra patienter. Klagerne screenes for at identificere eventuelle problemstillinger med alvorlig betydning for den fremadrettede patientsikkerhed. Hvis STPK vurderer, at der kan være en alvorlig fremadrettet risiko eller fare for patientsikkerheden, sendes klagen og bilag til vurdering hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Der oprettes på denne baggrund en oplysningssag og foretages en vurdering af, om der er behov for med det samme at undersøge sagen yderligere, eller om sagen kan afvente Styrelsen for Patientklagers afgørelse i sagen.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med alle autoriserede sundhedspersoner og behandlingssteder, som har autoriserede sundhedspersoner tilknyttet. Tilsynet har til formål at bidrage til et trygt sundhedsvæsen i Danmark.

I Styrelsen for Patientsikkerhed findes der to forskellige sagsformer:

- En faglighedssag: En sag med bekymring for, at en sundhedsperson handler skødesløst eller fagligt kritisabelt.
- En egnethedssag: En sag, hvor der er rejst bekymring for, om en sundhedsperson er uegnet til at udøve sit sundhedsfaglige virke.

Ud af de mere end 300.000 autoriserede sundhedspersoner får ca. 150-215 årligt en sanktion.

Bedømmelseskriteriet ser ud til gradvist at have ændret sig fra 'omhu og samvittighedsfuldhed' til

'normen for...'. Det betyder måske at læger er blevet mere forsigtige med selvstændige kliniske skøn og dækker sig ind i forhold til hvad andre kollegaer evt. ville have gjort, og er mere tilbøjelige til at følge faglige vejledninger selvom der for den enkelte patient kan være gode grunde til at lade være.

MØDET MELLEM LÆGE OG PATIENT

Spektret er vidt: Nogle patienter er akut syge, hos nogle er sygdommen meget alvorlig, mens andre er under rutinekontrol, skal screenes eller vaccineres, eller det er deres barn, som er patienten.

I en akut situation, eller når tiden er knap, kan det være svært at skabe de nødvendige rammer for en god dialog og det bedst mulige er at vende tilbage med efterfølgende forklaring og samtale.

Nogle patienter er velforberejede, kan have omfattende viden om egen sygdom eller kan have søgt på nettet om mulig sygdom eller komplikationer. Det udfordrer lægens evne til at finde andre måder at bidrage og til at etablere et konstruktivt samarbejde og et forhold med gensidig respekt.

PATIENTPERSPEKTIVET

Der skal være en inddragende dialog. Patienten skal forstå, hvorfor en given undersøgelse eller behandling er fagligt relevant og lægen skal forstå patientens begrundelser for ønsker til eller fravalg. Det er vigtigt at have denne dialog tidlig i forløbet for at træffe valg, der er kvalificerede i forhold til patientens situation og værdier. Især for ældre patienter skal perspektivet for undersøgelser diskuteres på forhånd. Patienten og lægen skal begge have mulighed for sige, hvilket udrednings- og behandlingsniveau, der giver mening for dem og prøve at nå til en plan, som begge parter kan se værdien af.

UDREDNINGS- OG KONTROLUNDERSØGELSER

Vi tænker klogt ved kun at bestille udrednings- og kontrolundersøgelser, der er meningsfulde i dette perspektiv, ikke ved at lade os styre af, hvilke pakker, der er til rådighed på det enkelte hospital eller lægehus.

Det skal give mening for den enkelte patients forløb, hvorfor undersøgelser bestilles. En patient med en given sygdom er ikke bare en patient med en given sygdom. Lægen må ikke bestille udrednings- og kontrolundersøgelser, fordi det i en travl hverdag opleves, at der ikke er tid til at tænke. Spørgsmålet skal være: Hvad skal der ske, hvis undersøgelsen viser X og hvad skal der ske, hvis undersøgelsen viser Y. Hvis det er uklart eller det samme, så skal lægen tænke mere, eller lade være med at bestille undersøgelsen.

På tværs af hospitaler og praksis er der variation i, hvordan patienter udredes og kontrolleres. Der har gennem en årrække været gjort et stort arbejde for at standardisere i form af behandlingsvejledninger. Nogle af disse vejledninger er baseret på god evidens og det efterfølgende kvalitetsarbejde har ført til en ensartet god praksis. Men andre vejledninger er baseret på tvivlsom evidens og giver ikke samme værdi, og det er altid et potentielt problem, hvis lægen bruger sin opmærksomhed på at følge en vejledning i stedet for at bruge sin faglighed til at tage hensyn til den enkelte patients individualitet i forhold til alder, organfunktion og prioriteter. En præcis diagnose og efterfølgende behandling kan være af potentiel værdi for den ene patient, men ikke for den anden.

KONTINUITET

Det er lettere, både for lægen og patienten, hvis de kender hinanden på forhånd. Specielt kapaciteten i den primære sektor skal tilpasses så dette kan optimeres. [Dette har Den Lægefaglige Tænk tank, ATLAS analyseret andetsteds.](#)

Hvis der bliver brug for en anden lægefaglig kompetence, er det vigtigt at sikre, at eventuelle individuelle forhold og fravalg bliver en del af henvisningen.

AKUT ARBEJDE

Det er vigtigt at tænke klogt, når det afgøres, om en patient skal ses akut, sub-akut eller i dagtid. Der er ofte megen ventetid for patienten i den akutte funktion. Det er vigtigt at forsøge at undgå at spilde patientens tid og ikke skabe unødvendig forventning om, at der kommer til at blive en sat behandling i gang nu.

SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

Oprindeligt var journalen lægens arbejdsredskab for selv at kunne huske sine overvejelser og beslutninger og for at kollegaen kunne forstå det og evt. overtage. [Nu er journalen elektronisk, fællesfaglig og skal opfylde flere behov. Patienten har også adgang til sin egen journal.](#)

Journalen er blevet omfattende og uoverskuelig trods skabeloner fra centralt hold med diverse krav, der skal opfyldes og sundhedsfaglige medarbejdere bruger meget tid på at dokumentere i patientjournaler, observations- og udskrivningsskemaer, behandlingsplaner og ordinationsskemaer etc. Derved går der tid fra patienten. Der er også meget spild i form af dokumentation med lille potentiale for nytte.

Der er brug for en gentænkning af forholdet mellem mundtlig og skriftlig kommunikation i sundhedsvæsenet og af selve formålet med den skriftlige dokumentation. Det skal også afgøres hvem, der skal dokumentere hvad.

ACCEPTABEL FEJLMARGIN OG DØDSFORSKRÆKKELSE

Kvalitetssikring er med rette en vigtig del af sundhedsvæsenets opgave. En bivirkning til dette er 'nulfejlskulturen', efter forbillede af industriel produktion, hvor tanken er, at alle fejl kan forebygges. Lægen vil gerne undgå at fejle, at gøre noget forkert, i værste fald at være ansvarlige for at nogen dør. Lægen vil ikke overse noget.

UNDERSØGELSER OG USIKKERHED

Konsekvensen af en undersøgelse kan være tilfældige fund, som lægen ikke selv kan overse og for en sikkerheds skyld må skrive en henvisning på baggrund af. Det kan skabe nye spørgsmål og måske utryghed hos patienten, og der kan opstå behov for henvisning til andre afdelinger mv. Så er bolden sendt videre.

Lægen skal gøre op med sig selv, om den bestilte undersøgelse er til for at sikre, at lægen ikke har begået en fejl (defensiv medicin), eller om den er til patientens bedste. Ansvarsfølelsen kan blive påvirket, når lægen bliver bange for at begå en fejl eller for at overse noget. Når lægen selv er presset, så kan det gå ud over evnen til at sætte sig ind i patientens sted. Læger vil gerne være dygtige, ordentlige og vil gerne gøre det rigtige. Det faglige selvværd kan blive påvirket af bekymringen for at fejle.

DEFENSIV MEDICIN

Der er en tendens til defensiv medicin [der medfører for mange undersøgelser og kontroller både i den primære og sekundære sektor. Defensiv medicin er medicin 'for en sikkerheds skyld', måske fordi lægen er bange for at tage fejl i sin diagnostiske proces eller ikke tør spørge, gerne vil klare sit arbejde selv og være en "god nok" læge.](#)

Det kan være svært at vedkende sig, at der er noget man ikke ved, når andre ser ud til at vide det hele. Tendensen til defensiv medicin kan modvirkes ved psykologisk tryghed blandt kollegaer. Etablering af en kultur, hvor det er naturligt at tale om og reflektere over fejl, vil kunne hjælpe til begrænsning af defensiv medicin. Øget fokus på undervisning og mulighed for simulationstræning kan øge trygheden, styrke selvtilliden og samarbejdet i arbejdet.

Et godt læringsmiljø skal give mulighed for at tale om fejl på et overordnet plan, så det ikke bliver et personligt anlæggende. Vi foretager alle vurderinger og valg, der i bagklogskabens lys, når der ikke er travlhed og vi har resultatet foran os, forekommer forkert og fejlagtigt. For at give incitament til at lære og ikke opleve sig udsat og udskammet, så skal vi dyrke en kultur, hvor vi tør fortælle, når vi gerne ville have gjort noget anderledes. Vi skal gribe enhver mulighed, vi har, for at diskutere patientcases åbent og nysgerrigt, så alle både yngre og ældre kolleger får mulighed for hele tiden at blive klogere og bedre.

SKAMFULDT AT LAVE FEJL; FÅ KLAGER OG PÅTALE.

Lægen frygter at blive hængt ud – af patienter, af kollegaer og af pressen.

Det er tabubelagt, og derfor svært at tale om med kollegaer. Det er skamfuldt og sætter spørgsmålstejn ved den faglige og personlige identitet uanset, hvor meget der var om klagen, og om afgørelsen var retfærdig og giver mening. Kollegaer kan tænke: "godt det ikke var mig". Solidariteten kan være bedre, når en kollega har fået en klage eller påtale. Der kan være en hård tone læger i mellem. Både internt på afdelinger og mellem sygehuse og sektorer.

Det er vigtigt at have fokus på det interkollegiale. De erfarne og lederne kan gå forrest og være rollemodeller.

PRESSEDE LÆGER

Praktiserende læger, der er moderat eller svært udbrændte, får ikke flere klager end de kollegaer, der ikke er udbrændte. Til gengæld påvirker klagerne dem mere.

Så det er nærliggende at antage, at hvis en udbrændt læge, har fået en klage, vil der efterfølgende være et stærkt incitament til at både at undgå flere klager, og til at udøve defensiv medicin.

[Et ph.d. Studie fra Århus Universitet i 2016 viser, at 10% af de praktiserende læger føler sig svært udbrændte.](#) Raten for unødvendige patientindlæggelser lå 20 % højere hos lægerne med tegn udbrændthed. Defensiv medicin som en form for 'overlevelse'.

["Det blotlægger en uhensigtsmæssig negativ konsekvens af vores klagesystem i dag, at fokus på placering af skyld frem for læring af de fejl, der desværre sker, i sidste ende udfordrer patientsikkerheden", Lægeforeningens formand, Camilla Rathcke 2022.](#)

FRYGTEN MED I KONSULTATIONEN

[En spørgeskemaundersøgelse fra juni 2022 viser at frygten for at få en klage fylder i lægers liv.](#)

Knap hver 4. af de adspurgte svarer, at de ofte eller meget ofte under en konsultation, undersøgelse eller behandling af en patient tænker på, om vedkommende kunne finde på at klage. Ca. 40% frygter endda konsekvenserne for deres egen beslutningskompetence, hvis de bliver ramt af en klage. Det fylder meget i hverdagen – og det har selvsagt konsekvenser for belastning i et presset sundhedsvæsen og for økonomien.

Hvis frygten så at sige sidder på skulderen af læge, påvirker det kvaliteten af mødet og behandlingen mellem læge og patient. Så flytter opmærksomheden fra rummet imellem læge og patient og væk fra patients behov primært til at handle om, hvordan lægen undgår en klage.

Det gør, at vi kommer i hjernens trusselssystem, hvor vi tænker hurtigt og automatisk. Ikke har ro og tid til dybere refleksioner og nuancer, som er både nødvendige og ønskværdige for den optimale personlige behandling. Hvis frygten får lov til at fylde, vil det være noget, som patienten bemærker i form af manglende nærvær i mødet – og det øger risikoen for en følelse af usikkerhed og utryghed, og for at patienten ikke føler sig set, hørt og forstået – den bedste grobund for utilfredshed og klager.

PRIORITERING OG VÆLG KLOGT

Sundhedsvæsnet har begrænsede ressourcer. Selvom Danmark er et rigt land og udgifterne til sundhedsvæsnet er på højde med andre rige lande, så har sygdom og død afgørende betydningsfuld for den enkelte patient og det er svært at afslå at prøve at hjælpe. Dertil kommer at den lægelige og teknologiske udvikling giver flere relevante og ofte ressourcekrævende behandlingsmuligheder.

Så der skal prioriteres eller rationeres: Noget skal vælges fra, selvom patienten måtte ønske det. Vi er nødt til at tage stilling til, hvem vi kan tilbyde hvilken behandling og hvorfor.

- Skal alle for tidligt fødte børn reddes?
- Skal alle ældre have tilbudt pacemaker eller fuld behandling for kræft?

Vi taler om *shared care*, forstået på den måde, at patienten skal være med til at beslutte, hvad der skal ske. Men lægen har ansvaret for at undersøgelse og behandling er indiceret. Det er lægen der ved mest om diagnostiske sandsynligheder, behandlingsmuligheder og konsekvenserne.

Der skal være proportionalitet i de ting, vi gør. Dette ansvar er vi nødt til at lægge på os selv som læger. *Vælg Klogt* kan hjælpe med at vælge fra. Men prioritering kan ikke gøres godt udelukkende på det strukturelle niveau. Der skal arbejdes på at skabe rammer for at læger har mulighed for at udføre deres arbejde, så de i sidste ende kan forsvare, at de har truffet den ene eller den anden beslutning.

CASES

Her følger to cases, der illustrerer, hvordan læger kan gå med frygten for at få en klage og hvordan de oplever, at det påvirker deres arbejde:

CASE 1

På en workshop med modne læger om arbejdsglæde og trivsel var én af øvelserne at finde situationer fra den kliniske hverdag indenfor den sidste uges tid, der på et splitsekund, får amygdala aktiveret. Altså sætter os i forhøjet alarmbesked. En fysisk reaktion, hvor vi som læger får hjertebanken og fugtige hænder. Hvor det sympatiske nervesystem aktiveres og hvor vi typisk reagerer automatisk på 3 måder: Ved at angribe, at ved at "fryse" eller at distancere sig.

Én af deltagerne udbrød: *"at få en besked om en klage fra Styrelsen for Patientklager i mailboksen"*.

CASE 2

En moden speciallæge har på sidelinjen fulgt med i en kollegas klagesag, og finder udfaldet meget uretfærdigt. Det påvirker ham så meget, at han selv er klar over, at han har ændret procedurer i sin daglige praksis, for at undgå klager. Han fortæller, at han har ændret syn på de patienter han møder, og tænker på dem som "potentielle fjender, der vil klage".

Han føler ikke nogen opbakning fra sin ledelse.

Referencer

<https://ugeskriftet.dk/bfl/omhu-og-samvittighedsfuldhed>

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/de-hurtige-notater-og-historien-om-patienten>

<https://ugeskriftet.dk/nyhed/defensiv-medicin-pavirkning-fra-patienter-fylder-mest>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6064618/>

<https://newsroom.au.dk/nyheder/vis/artikel/udbraendthed-rammer-stadig-mange-praktiserende-laeger/>

<https://newsroom.au.dk/nyheder/vis/artikel/udbraendthed-rammer-stadig-mange-praktiserende-laeger/>

<https://ugeskriftet.dk/nyhed/ny-undersogelse-frygten-en-klagesag-ligger-lige-under-huden-pa-mange-laeger>

<https://haematologisktidsskrift.dk/sygdomme/1000-mange-far-unodvendige-behandlinger-pa-grund-af-laegers-skraek-for-klager.html>

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>

<https://tt-atlas.dk/analyser/>

<https://stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-sundhedspersoner/>