

Klagesagers indflydelse på læger

Søren Birkeland¹ & Ole Nørskov²

STATUSARTIKEL

1) Institut for Psykologi,
Syddansk Universitet

2) Læge-
ansvarsudvalget,
Lægeforeningen

Ugeskr Læger
2018;180:V03170257

Mange læger vil komme til at opleve en klagesag. I 2015 afgjorde Disciplinærnævnet (tidligere kaldet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn) mere end 1.500 enkeltssager mod læger [1, 2]. Ca. 25% af klagerne mundede ud i kritik [2]. Ud over de direkte økonomiske omkostninger, der er forbundet med klagesager (over 60 mio. kr. årligt), kommer den psykiske belastning af patienter og pårørende [3]. Men klagerne påvirker også de indklagede læger. Ifølge lovforslaget til klage- og erstatningsloven er der to hovedformål med nævnets behandling af klagesager. Det ene formål er, at: »tage stilling til, om sundhedspersonen har overtrådt sundhedslovgivningen, og på denne måde medvirke til at sikre, at den pågældende sundhedsperson ikke gentager en kritisabel faglig adfærd«. Det andet formål er, bl.a. gennem information om praksis, at »medvirke til den løbende kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet«. Patientklager kan imidlertid have en række andre konsekvenser. I denne artikel gives en oversigt over nogle i litteraturen særligt fremdragne tilsigtede og utilsigtede effekter af klagesager på læger. Der tages udgangspunkt i en PUBMED-litertursøgning, der er opdateret pr. ultimo marts 2017 med søgeordene *malpractice*, *patient complaints*, *negligence*, *disciplinary* og *responsibility* tillige med hånd søgning i den fremfundne litteraturs referencer og internetsøgning i dansksprogede artikler og rapporter.

DET FOREBYGGENDE SIGTE

I strafferetten anses prævention af fremtidige lovovertrædelser for at være et af hovedformålene med straffen. Et lignende rationale ses som nævnt i det i disciplinærretten og patientklagesystemet ekspliciterede mål om, at risikoen for en klagesag skal afskrække fra kritisabel faglig adfærd, endskønt det videnskabelige belæg for denne virkning er mangelfuld [1, 4]. Samtidig har flere påpeget, hvor lidt plads der er til fejl i de moderne sundhedsvæsen [5, 6]. Selv om det også i forskningslitteraturen til stadighed fremhæves, at »*to err is hu-*

man« [7, 8], synes bl.a. de teknologiske landvindinger at have medvirket til en forventning om ufejlbarlighed hos læger [6]. Dette har en paradoksal tendens til at blokere for de potentielle muligheder for netop læring og forebyggelse [9]. En tendens, som man har søgt at modvirke med introduktion af supplerende *no blame*-systemer til f.eks. registrering og analyse af utilsigtede hændelser (UTH).

NEGATIVE KONSEKVENSER

Mens der mangler undersøgelser, hvor man belyser effekten af klagesager i forhold til de indledningsvist beskrevne formål, er litteraturen om de negative konsekvenser mere omfattende. Der peges som noget væsentligt på risikoen for sekundær viktimitisering (SV) af involverede læger [6, 10, 11]. SV betegner eftervirkningerne hos sundhedspersoner efter fejl eller behandlingsforløb, hvor noget gik galt. Det drejer sig typisk om emotionelle, kognitive og adfærdsmæssige reaktioner. SV risikerer at underminere såvel det professionelle virke som privatlivet, og opgørelser tyder på en prævalens af SV fra en tiendedel til over 40% [6]. Som beskrevet af Wu, kender stort set enhver kliniker det genemsyrende ubehag ved at have fejlet [5]. Tvivlen på egne evner, følelsen af eksponering og den mere eller mindre instinktive trang til at tjekke, om nogen har bemærket miseren. Dertil kommer den tilbagevendende bekymring over, hvad der er det rigtige at gøre, og om man skal fortælle det til nogen; på den ene side bør man gå til bekendelse, og på den anden side gruer man for konsekvenserne, andres vurdering og patientens vrede [5]. Fejl i sundhedsvæsenet er belastende for de involverede sundhedspersoner, og noget tyder på, at der fortsat finder tabuisering sted i lægekulturen, hvorved muligheder for læring kan forspildes [12]. Der er derfor argumenteret for mere opmærksomhed herpå, og der peges på behovet for ekstra støtte og rådgivning til de berørte læger [12].

PSYKOLOGISKE EFTERVIRKNINGER OG DEFENSIV MEDICIN

Oven i SV beskrives et såkaldt klinisk-judicielt syndrom, som undervejs i klagesager formodes at medføre øget tilbøjelighed til defensiv medicin (DM), hvorved det kommer til snarere at dreje sig om at beskytte sig mod retlige konsekvenser end om at optimere patientbehandlingen [6, 13]. DM er søgt defineret som »*poor practice (a deviation from what the physician believes is*

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Ingen er upåvirket af klagesager, og det er vigtigt at søge støtte af hensyn til både det faglige og privatlivet.
- ▶ Sekundær viktimitisering og defensiv medicin er ofte beskrevne reaktioner.
- ▶ Der mangler fortsat viden om betydning og håndtering af klagesager samt om metoder til at befordre det konstruktive sigte og anvendeligheden i kvalitetsforbedringsøjemed.

sound practice and which is generally so regarded) induced by a threat of liability« [14, 15]. Sidstnævnte har ofte negativ indflydelse på patientbehandlingen, samtidig med at omkostningsniveauet øges. Summerton fandt i en undersøgelse med 300 alment praktiserende læger, at 98% angav ændret klinisk adfærd som resultat af risikoen for klagesager [16]. De hyppigste reaktioner var øget brug af diagnostiske undersøgelser, henvisninger og kontrolundersøgelser. Nogle af disse reaktioner er unødvendige og indebærer ekstra risici, mens andre, som øget opmærksomhed på patientinformation og journalføring, formentlig kan have positiv betydning [16].

I et amerikansk studie med 30 praktiserende læger erkendte størstedelen at have begået fejl, og generelt var de følelsesmæssigt påvirket heraf [17]. Lægerne udtrykte behov for nogen at tale med, nogle ytrede ønske om at revurdere deres praksis, mens en del havde brug for professionel bekræftelse (f.eks. af at fejlen ikke var graverende eller, som anført ovenfor, påmindelse om, at »to err is human«). Størstedelen fik deres støtte fra andre end kolleger, og det er bemærkelsesværdigt, at kun få ville have tilbudt deres støtte til en kollega, som i et hypotetisk klagescenarie havde problemer og behov for opbakning. Forfatterne fandt, at lægerne havde behov for støtte og erfaringsdeling, nedtoning af perfektionisme og anerkendelse af muligheden for at begå fejl som en naturlig del af lægefaget [17]. Desuden fremhævedes behovet for mere forskning på området.

Lægeforeningen har i en undersøgelse påvist, at størstedelen af (de deltagende) overlæger havde været involveret i mindst en patientklagesag [18]. I undersøgelsen blev det påpeget, at klagesager er belastende, og at en del følte sig »meget eller særdeles meget påvirket af dem«. Ligeledes angav en fjerdedel, at de »i det daglige arbejde tænker ofte eller meget ofte på klagesager, og 15% mener, at disse sager ofte eller meget ofte påvirker deres daglige adfærd« [18]. Tilsvarende fandt *Mabeck* i sin undersøgelse, at praktiserende læger havde brug for støtte og havde et stort udbytte af at drøfte sagen med en kollega eller den faglige organisation (jf. det Kollegiale Netværk og Lægeansvarsudvalget) [19]. I undersøgelsen påvist det endvidere, at klagesager »i de fleste tilfælde er en stor psykisk belastning for lægen, uanset at lægen hverken efter egen opfattelse eller ifølge Patientklagenævnet har begået en egentlig lægefejl« [19]. Lægen er ofte overrasket over og uforberedt på kritikken, og fordi at læger er vant til at optræde i den prestigefyldte og anerkendte hjælperolle, føler de sig tilsvarende såret og uretfærdigt behandlet, når klagen rammer [19]. Det er værd at bemærke, at de involverede læger i mange tilfælde, trods opfordring dertil, ikke har haft kontakt med kolleger, fagorganisation eller anden professionel støtte, selv om en sådan støtte formodes at have stor betydning for



Klagesagers indflydelse på læger.

både sagens udfald og lægens efterfølgende virke [19, 20]. Årsagen hertil er ikke klarlagt, men som fremhævet af *Mesel* er læger tilbøjelige til at føle skyld over for patienten og skammer sig ofte over for kollegerne [21]. Det kan således være vigtigt, at man genkender og håndterer disse reaktioner, hvis man overordnet ønsker, at læger skal respondere konstruktivt på klagesager [13].

I et stort studie med engelske læger, viste deltagere, der havde igangværende patientklager, flere tegn på moderat til svær depression eller angst end dem, som ikke havde haft klager [22]. Læger med igangværende klager havde dobbelt så ofte tanker om selvbekadigelse eller selvmord som dem, der ikke havde haft klager. De fleste læger gav udtryk for DM, bl.a. i form af overforsigtighed med henvisninger og undersøgelser eller undgåelse af »komplicerede« patienter [22, 23]. Sager om fejlbehandling er også blevet koblet til øget forekomst af udbrændthed [24], men den nærmere sammenhæng er utilstrækkeligt undersøgt.

BEDRET KVALITET

I en undersøgelse med amerikanske hospitalslæger skulle deltagerne genkalde sig deres mest betydende fejlepisoder [25]. Halvdelen af lægerne havde vendt episoden med deres foresatte. En fjerdedel havde fortalt venner eller familie om det, og denne gruppe rapporterede også om en højere tendens til efterfølgende forbedringer af praksis. Deltagere, som forklarede fejlene med for højt arbejdspress, var omvendt mindre tilbøjelige til at gennemføre konstruktiv modifikation af arbejdsgange. Defensiv ændringer var især udtalt, hvor arbejdsstedet oplevedes som fordømmende [25].

Mulcahy & Selwood fandt blandt engelske hospitalslæger, hvoraf størstedelen havde haft patientklagesager, at klagerne gav store følelsesmæssige efterdønninger

ger, også selv om de blev underkendt. Forskerne konstaterede ikke klare tegn på DM, men fandt eksempler på forbedret patientbehandling, såsom grundigere patientkonsultationer og dokumentation samt forstærket klinisk årvågenhed [26].

I et studie med newzealandske læger, som havde haft klagesager for nylig, opdelt de defensivt medicinske strategier i »positive« hvh. »negative« [9]. De positive omfattede øget brug af undersøgelser og henvisninger, bedre identifikation af mulige problempatienter, forbedret dokumentation og hyppigere samtykkeindhentelse. Endvidere omfattede konstruktive forandringer refleksion over handlinger, øget opmærksomhed på samfundsmæssige og professionelle forventninger og initiativer til at foregribe systemfejl [9]. Negative forandringer var distancering i læge-patient-forholdet og undgåelse af specielle faglige opgaver. Forfatterne argumenterede for at koble uddannelse på klageprocessen for at undgå, at negativ DM hindrer mulighederne for forbedring [9].

Der er i Danmark tradition for at finde lærende elementer i klagesagerne bl.a. i årsberetninger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) og Patientombuddet [3]. Heri fremgår, at »læring i sundhedsvæsenet« er blandt hovedopgaverne, dog med særlig opmærksomhed på UTH. Et vist læringspotentiale ligger i de offentliggjorte afgørelser af principiel art, der ses på STPS's hjemmeside (<http://stps.dk/>), samt de artikler, der er publiceret på baggrund heraf i danske og udenlandske tidsskrifter [27-30]. Endvidere har der i bl.a. lægeforeningsregi været holdt en række informationsmøder om klager. Virkningen på lægerne og i sidste ende på behandlingskvaliteten af initiativerne, som i første omgang primært er formidlende, ved vi imidlertid stadigvæk ikke meget om.

KONKLUSION

Klagesager i sundhedsvæsenet er, uanset deres udfald, belastende for såvel patienter, pårørende og samfundet som læger. Så meget desto vigtigere er det, at klagesager har et konstruktivt sigte. Om end effekten af disciplinærsager på læger er relativt sparsomt udforsket, tyder gennemgangen ovenfor på både muligheden for positiv virkning på behandlingskvalitet og patientsikkerhed og en række negative konsekvenser. Der er behov for yderligere forskning i påvirkningen af patientklager på læger, bl.a. i systemer som det danske og i måder, hvorpå det konstruktive formål kan sikres, som må være en forudsætning for opretholdelse af sådanne ordninger.

SUMMARY

Søren Birkeland & Ole Nørskov:

The impact of complaints on clinicians

Ugeskr Læger 2018;180:Vo3170257

Most clinicians will sooner or later make mistakes, and occasionally it leads to litigation. One of the rationales of complaint systems like the Danish one is to contribute to the quality improvement of healthcare provision. Still, there is unsatisfactory evidence to support this while some studies point to negative aftermaths in terms of secondary victimisation, defensive medicine, etc. Further research is required on the effects of complaint measures and on reasonable ways to promote their constructive purpose.

KORRESPONDANCE: Søren Birkeland. E-mail: sbirkeland@health.sdu.dk

ANTAGET: 17. januar 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 30. april 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Birkeland S. Health care disciplinary cases: prevention vs. routinization. I: Law EAOH, red. Lex medicinae - revista Portuguesa de direito da saúde. Coimbra Portugal, 2014:1-12.
- Statistiske oplysninger om patientklager. Patientombuddet, 2015:23. Årsrapport 2015. Patientombuddet, 2015.
- Zabinski B. The deterrent effect of tort law: evidence from medical malpractice reform. Northwestern Law & Econ Research Paper No. 13-09, 2013:1-39.
- Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ 2000;320:726-7.
- Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. Updates Surg 2015;67:331-7.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, red. To err is human: building a safer health system. National Academy Press, 2000.
- Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ et al. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. J General Int Med 1997;12:770-5.
- Cunningham W, Dovey S. Defensive changes in medical practice and the complaints process: a qualitative study of New Zealand doctors. N Z Med J 2006;119:U2283.
- Arbejdsgruppen vedrørende omsorg for »second victim«. Anbefalinger til bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014.
- Seys D, Wu AW, van Gerven E et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Eval Health Prof 2013;36:135-62.
- Abd Elwahab S, Doherty E. What about doctors? Surgeon 2014;12:297-300.
- Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. BMJ Qual Saf 2011;20:449-52.
- Hershey N. The defensive practice of medicine. Milbank Mem Fund Q 1972;50:69-98.
- Studdert DM, Mello MM, Sage WM et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA 2005;293:2609-17.
- Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ 1995;310:27-9.
- Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. Arch Fam Med 1996;5:71-5.
- Overlægers arbejdsvilkår. En spørgeskemaundersøgelse blandt Overlægeforeningens medlemmer. Foreningen af speciallæger, 2008.
- Mabeck CE. Hvordan føles det at få en klagesag? Månedsskr Prakt Lægegern 2001;79:1067-80.
- Schanbeck P. Defensiv medicin: lægernes nye speciale. Ugeskr Læger 2006;168:68-9.
- Mesel T. Når noe går galt: Cappelen Damm, 2014.
- Bourne T, Wynants L, Peters M et al. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. BMJ Open 2015;5:e006687.
- Kmietowicz Z. Doctors facing complaints have severe depression and suicidal thoughts, study finds. BMJ 2015;350:h244.
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G et al. Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg 2010;251:995-1000.
- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ et al. Do house officers learn from their mistakes? JAMA 1991;265:2089-94.
- Mulcahy L, Selwood M. Consultants' response to clinical complaints. BMJ 1995;310:1200.
- Nørskov O, Fraulund Sørensen P. Opfølgning på prøvesvar og henvisninger. Månedsskr Alm Praks 2016;94:647-54.
- Birkeland SF, Jarbol DE. Danish medical doctor reprimanded for treatment of a four week-old child following reporting from the National Board of Health. Eur J Health Law 2013;20:97-105.
- Fleischer Michaelsen L, Sylvest Rasmussen L, Trier H et al. Manglende journalføring. Månedsskr Alm Praks 2016;94:515-8.
- Nørskov O. Brystsmerter. Ugeskr Læger 2011;173:3120-1.