
ÅRSBERETNING

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn
2024



INDHOLD

1. FORMANDENS BEMÆRKNINGER.....	3
2. INDLEDNING.....	4
2.1. Om Disciplinærnævnet.....	4
2.2. Disciplinærnævnets sammensætning	4
2.3. Disciplinærnævnets afgørelser	5
2.4. Offentliggørelse af afgørelser	5
2.5. Genoptagelse.....	6
 3. SAGSGANG.....	 8
3.1. Beskrivelse af sagsprocessen	8
 4. NØGLETAL.....	 12
4.1. Nye sager.....	12
4.2. Afgørelser	12
4.3. Sagsbehandlingstid.....	13
4.4. Anmodning om genoptagelse	14
4.5. Speciefordeling	15
4.6. Retssager	15
 5. NÆVNETS PRAKSIS.....	 17
5.1. Klager over overset kræft.....	17
5.2. Klager over radiologiske undersøgelser	21
5.3. Klager over medicin håndtering.....	25
 6. AFSLUTNING.....	 30
6.1. Læring	30
6.2. Forventninger til fremtiden	30
 BILAG	 32
Bilag 1 - Sammensætning af disciplinærnævnet i 2024.....	33
Bilag 2 – Retsgrundlag: Links til Retsinformation	35

1. Formandens bemærkninger

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn udsender hermed sin årsberetning for 2024. Jeg håber, at årsberetningen kan give et relevant indblik i disciplinærnævnets arbejde.

I årsberetningen orienterer vi om blandt andet sagsgangen for klager over konkrete sundhedspersoner, forskellige nøgletal, et udvalg af nævnets praksis og vores forventninger til fremtiden.

Vi har i vores gennemgang af praksis valgt at fokusere på sager, hvor der er klaget over forsinket diagnosticering af kræft i forbindelse med behandling hos en praktiserende læge, sager om radiologiske undersøgelser og sager om medicinbehandling.

Disciplinærnævnet og sekretariatet har løbende fokus på at offentliggøre afgørelser i anonymiseret form med det formål at udbrede læring i sundhedsvæsenet. Det er mit håb, at disciplinærnævnets afgørelser vil blive brugt til læring og dermed til at udvikle og sikre kvaliteten af patientbehandlingen.

Patientklagesystemet er ændret med virkning for nye klagesager indgivet fra den 1. januar 2025. Ændringen indebærer, at alle klager over sundhedsfaglig behandling fremover som udgangspunkt behandles af Styrelsen for Patientklager som såkaldte forløbsklager. Dette vil få betydning for disciplinærnævnets arbejde. Dertil kommer, at der fra den 1. januar 2025 ikke kan klages til disciplinærnævnet over praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere. Ændringerne er beskrevet til slut i årsberetningen under punktet om forventninger til fremtiden.

Fra den 1. marts 2025 er jeg tiltrådt som ny formand for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn efter Steen Mejer. Jeg vil gerne benytte lejligheden til at takke Steen Mejer for hans mangeårige, engagerede indsats som formand for disciplinærnævnet.

Jesper Jarnit
Formand

2. Indledning

2.1. Om Disciplinærnævnet

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (i det følgende benævnt disciplinærnævnet) behandler klager, hvor en borger har ønsket at rette kritik mod en eller flere konkrete sundhedspersoner og den faglige virksomhed, der er udøvet af dem inden for sundhedsvæsenet. Vi træffer afgørelse i sager, hvor behandlingen har fundet sted i Danmark, på Færøerne og i Grønland.

Ved faglig virksomhed forstås ikke kun behandling og pleje, som udføres af sundhedspersonalet. Nævnet tager også stilling til klager vedrørende de mere konkrete pligter knyttet til behandlingen og plejen, som klager over information og indhentelse af samtykke, udfærdigelse af lægeerklæringer, journalføring, og overtrædelse af reglerne om tavshedspligt.

Vi behandler også indberetninger fra Styrelsen for Patientsikkerhed og Lægemiddelstyrelsen, hvis disse myndigheder vurderer, at der vil være grundlag for kritik eller anden sanktion.

Styrelsen for Patientklager (i det følgende benævnt sekretariatet) sekretariatsbetjener disciplinærnævnet og forbereder sagerne.

Vi er en uvildig myndighed, der er uafhængig af de myndigheder, der har ansvaret for sundhedsvæsenets drift.

[LÆS MERE OM DISCIPLINÆRNÆVNET PÅ VORES HJEMMESIDE >](#)

2.2. Disciplinærnævnets sammensætning

Disciplinærnævnet består af cirka 100 medlemmer.

På et disciplinærnævnsmøde deltager:

- formanden eller en næstformand
- 2 lægmandsrepræsentanter
- 2 repræsentanter for den gruppe af sundhedspersoner sagen vedrører.

Formanden var i 2024 landsdommer, og næstformændene var byretsdommere.

De sundhedsfaglige repræsentanter er udpeget af Indenrigs- og sundhedsministeren efter indstilling fra de respektive sundhedsfaglige organisationer. De deltager som repræsentanter for en faggruppe, eksempelvis læger, sygeplejersker eller tandlæger.

Lægmandsrepræsentanterne er udpeget af Indenrigs- og sundhedsministeren efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet Tænk og

Danske Patienter.

Af bilag 1 fremgår, hvordan disciplinærnævnet var sammensat i 2024.

2.3. Disciplinærnævnets afgørelser

Vi tager i disciplinærnævnet stilling til, om en behandling har været i overensstemmelse med "normen for almindelig anerkendt faglig standard". Dette er udtryk for, hvad der må forventes af en almindelig god behandling, og om sundhedspersonen har udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed ved behandlingen. Vi tager også stilling til, om der er handlet i overensstemmelse med sundhedsloven ved klager vedrørende dette.

Vi tager ikke stilling til, om patienten har modtaget den bedst mulige behandling.

Vi kan beslutte, at:

- ☐ der ikke er grundlag for at udtale kritik
- ☐ der er grundlag for kritik
- ☐ der er grundlag for kritik med indskærpelse
- ☐ der er grundlag for kritik og begrundet mistanke om, at den autoriserede sundhedsperson har udvist grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed, jf. autorisationslovens § 75.

Hvis der lægges op til kritik, herunder kritik med indskærpelse, vil en sag altid blive afgjort på et disciplinærnævnsmøde. Desuden vil sagen blive afgjort på et disciplinærnævnsmøde, hvis sagen fx er principiel, hvis den giver anledning til tvivl, eller hvis patienten er død i tilknytning til behandlingen.

I de fleste sager træffer vi afgørelse i enighed. Hvis et mindretal ikke er enig i afgørelsen, kan der afgives en mindretalsudtalelse. Denne vil fremgå af afgørelsen. Ved stemmelighed har formanden/næstformanden den afgørende stemme vedrørende sagens udfald.

Disciplinærnævnets formand eller en næstformand kan afgøre sager, hvor der ikke er tvivl om, at der ikke er grundlag for kritik af sundhedspersonen (formandsafgørelser).

2.4. Offentliggørelse af afgørelser

Vi skal offentliggøre alle afgørelser uden anonymisering af sundhedspersonens navn i de tilfælde, hvor:

- ☐ der er givet kritik med indskærpelse

- en sundhedsperson har modtaget kritik tre gange inden for de sidste fem år
- der er begrundet mistanke om, at sundhedspersonen har overtrådt autorisationslovens § 75
- der er givet kritik i forbindelse med kosmetisk behandling.

Dette følger af klage- og erstatningslovens § 17 og bekendtgørelse nr. 1109 af 11. september 2015 om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klagesager på sundhedsområdet. Offentliggørelsen sker på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside www.stpk.dk og på www.sundhed.dk. Afgørelserne er offentliggjort i to år.

Vi offentliggør desuden afgørelser, som vi anser for vejledende, principielle eller som kan medvirke til læring i sundhedsvæsenet. Disse bliver offentliggjort i anonymiseret form på www.stpk.dk.

SE OFFENTLIGGJORTE AFGØRELSE HER >

2.5. Genoptagelse

En sag kan genoptages, hvis der kommer nye og væsentlige oplysninger i sagen. Oplysningerne skal være så væsentlige, at det er sandsynligt, at sagen ville have fået et andet udfald, hvis vi havde haft oplysningerne, da vi afgjorde sagen. Sagen kan også genoptages, hvis der er begået væsentlige sagsbehandlingsfejl.

Der kan ikke klages over vores afgørelser til en anden myndighed. Sagen kan dog indbringes for Folketingets Ombudsmand. Ombudsmanden vurderer, om de forvaltningsretlige regler er overholdt i forbindelse med behandlingen af sagen. Ombudsmanden tager ikke stilling til det sundhedsfaglige skøn.

Vores afgørelser kan indbringes for domstolene, som tager stilling til afgørelsen, herunder det sundhedsfaglige skøn.

SAGSGANG



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

3. Sagsgang

Nedenfor har vi illustreret sagsbehandlingsprocessen for klager indgivet til disciplinærnævnet i 2024:



3.1. Beskrivelse af sagsprocessen

Vi har nedenfor uddybet nogle af elementerne i sagsbehandlingsprocessen, som den så ud i 2024. Fra den 1. januar 2025 er processen ændret, da alle klager over sundhedsfaglig behandling som udgangspunkt behandles som forløbsklager hos Styrelsen for Patientklager. Dette er omtalt til slut i denne årsberetning.

I 2024 skulle klager ved oprettelse af en klage tage stilling til, hvordan sagen skulle behandles. Klager skulle vælge, om klagen skulle rettes mod en eller flere sundhedspersoner eller et eller flere behandlingssteder.

Gennemgangen tager udgangspunkt i sager, hvor klager ved indsendelse af klageskemaet har valgt at klage over en eller flere sundhedspersoner (en disciplinærnævns sag).

3.1.1. Modtagelse og formalitjek

Der bliver lavet en sundhedsfaglig screening umiddelbart efter, at en klage bliver indsendt. Formålet med screeningen er at afdække, om der er tegn på fare for patientsikkerheden. Hvis vi vurderer, at dette kunne være tilfældet, vil klagen blive indberettet til Styrelsen for Patientsikkerhed, som fører tilsyn på sundhedsområdet.

Sekretariatet vurderer også, om sagen kan behandles ved disciplinærnævnet. Vi kan behandle klager over autoriserede sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed og visse forhold omfattet af sundhedsloven, som fx informeret samtykke, tavshedspligt og opslag i patientjournaler. Vi kan også behandle klager over de ikke-autoriserede sundhedspersoner, som er omfattet af persongrubebekendtgørelsen.

Hvis klagen derimod fx drejer sig om den service, som patienten har fået, vurderer vi, om klagen kan oversendes til den ansvarlige region eller kommune, da vi ikke kan behandle servicemæssige forhold.

Sekretariatet vurderer også, om den person, der har indgivet klagen, er klageberettiget, og om klagefristerne er overholdt.

Hvis klagen har overskredet klagefristerne, kan vi ikke behandle den. En klage skal være indgivet senest to år efter det tidspunkt, hvor klageren var eller burde have været bekendt med det forhold, der bliver klaget over. Den absolutte klagefrist er fem år, hvilket betyder, at klagen skal være indgivet senest fem år efter, at det påklagede forhold fandt sted.

3.1.2. Tilbud om dialog

Klager kan i forbindelse med, at klagen oprettes, vælge at få en dialogsamtale med regionen, hvis behandlingen er helt eller delvist finansieret af en region.

Sagen afsluttes uden afgørelse, hvis klager efter dialogmødet ikke ønsker yderligere behandling af klagen.

[LÆS MERE OM DIALOGSAMTALER HER >](#)

3.1.3. Indhentelse af materiale og klagepunkter

Klagen sendes til behandlingsstedet, så behandlingsstedet kan indsende materiale til brug for sagens behandling.

Vi udarbejder konkrete klagepunkter og udpeger indklagede sundhedspersoner. Det gør vi ud fra det, der klages over, sammenholdt med det indsendte materiale.

Klagepunkterne kategoriseres inden for behandling, journalføring og indhentelse af informeret samtykke.

Klager bliver orienteret om de konkrete klagepunkter. Vi sender samtidig de konkrete klagepunkter, sagens materiale og en eventuel udtalelse fra behandlingsstedet til den indklagede sundhedsperson. Den indklagede får her mulighed for at udtale sig til sagen.

3.1.4. Vurdering hos sagkyndig

Klager over sundhedsfaglig behandling bliver med få undtagelser sendt til vurdering hos en sagkyndig sundhedsperson. Den sagkyndige vælges ud fra det speciale og den funktion, som klagen vedrører. Den sagkyndige skal vurdere, om behandlingen levede op til normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Alle sagkyndige tilknyttet disciplinærnævnet har solid klinisk erfaring inden for deres speciale/område.

3.1.5. Partshøring af sagens parter

Inden sagen bliver afgjort, partshøres parterne over faktuelle oplysninger, som kan være til ugunst for deres synspunkter. Det betyder, at indklagede bliver partshørt, hvis der er en sagkyndig vurdering, som lægger op til kritik. Det betyder også, at hvis der ikke lægges op til kritik, partshøres klager over sagens materiale.

3.1.6. Afgørelse

Afgørelsen bliver truffet enten på et disciplinærnævnsmøde eller af formanden/en næstformand på vegne af nævnet. Se også punkt 2.3.

NØGLETAL



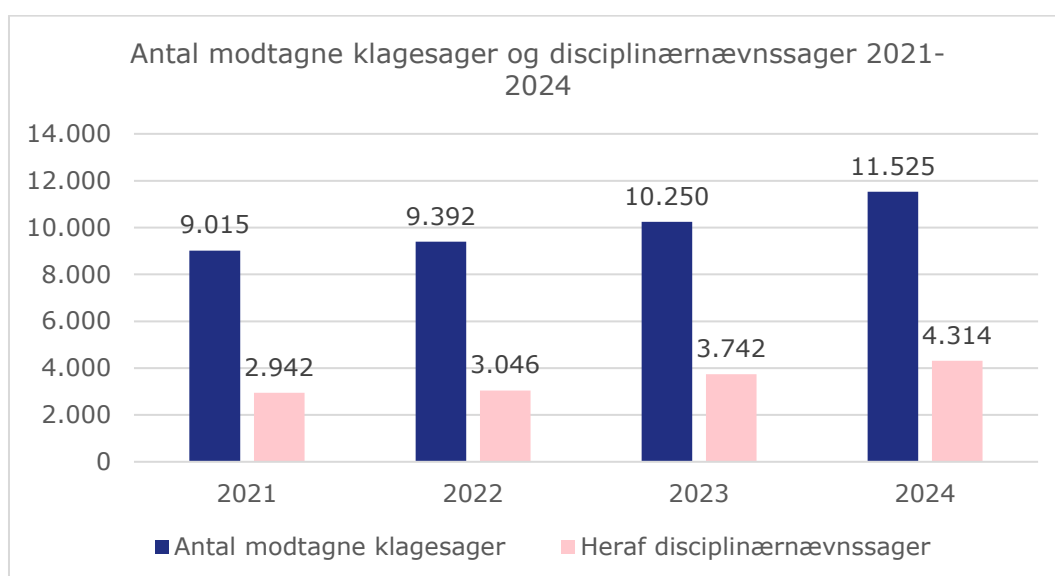
STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

4. Nøgletal

4.1. Nye sager

I 2024 modtog vi 4.314 sager, hvilket svarer til en stigning på cirka 15 % i forhold til antallet af nye klagesager i 2023 (3.742). Det bemærkes dog, at der er tale om antallet af modtagne sager, og at ikke alle sager fører til afgørelse ved disciplinærnævnet. Det skyldes, at der i antallet af modtagne sager også indgår sager, som afvises eller lukkes uden afgørelse, fx på grund af en overskridelse af klagefristen, frafald af sagen, dialog, eller at disciplinærnævnet ikke har kompetence til at træffe afgørelse i sagen.

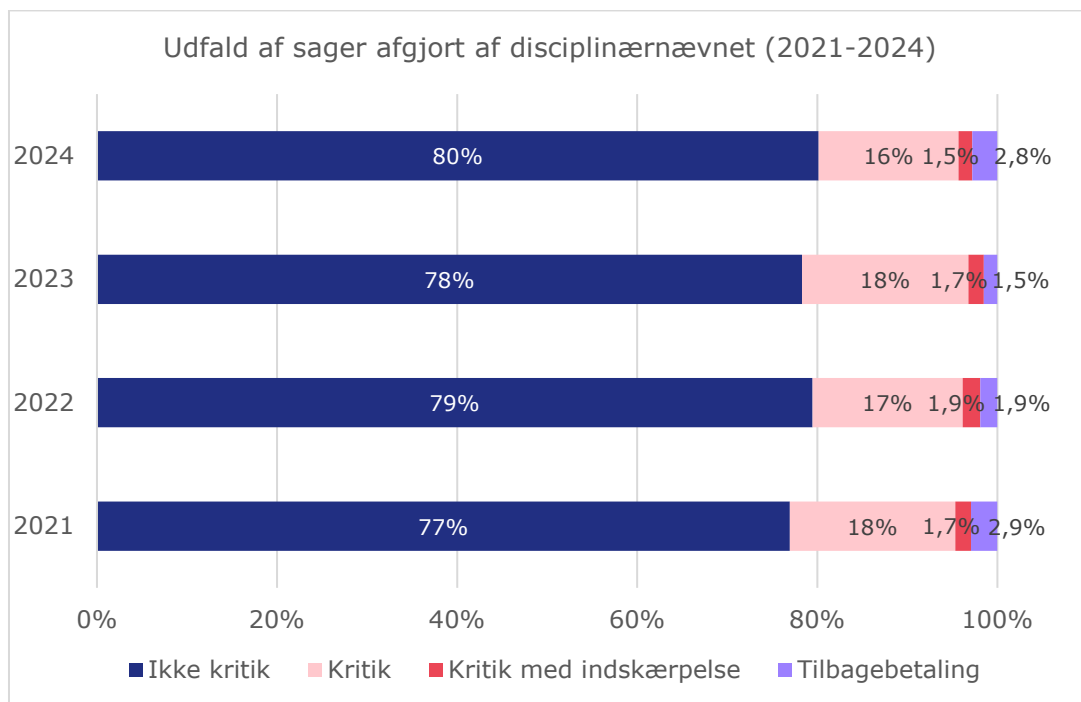
Nedenfor fremgår en tabel over det samlede antal modtagne klagesager og heraf antal disciplinærnævnsager for 2021 til 2024.



Note: Data for 2021-2023 kan afvige fra tidligere årsberetninger på grund af ændret registreringspraksis, efterregistreringer og genoptagelse af ellers afsluttede sager.

4.2. Afgørelser

I 2024 afgjorde disciplinærnævnet 2.641 sager (eksklusiv afviste anmodninger om genoptagelse). Nedenfor fremgår en tabel over udfaldet for de afgjorte sager i perioden 2021 til 2024 (angivet i procent).

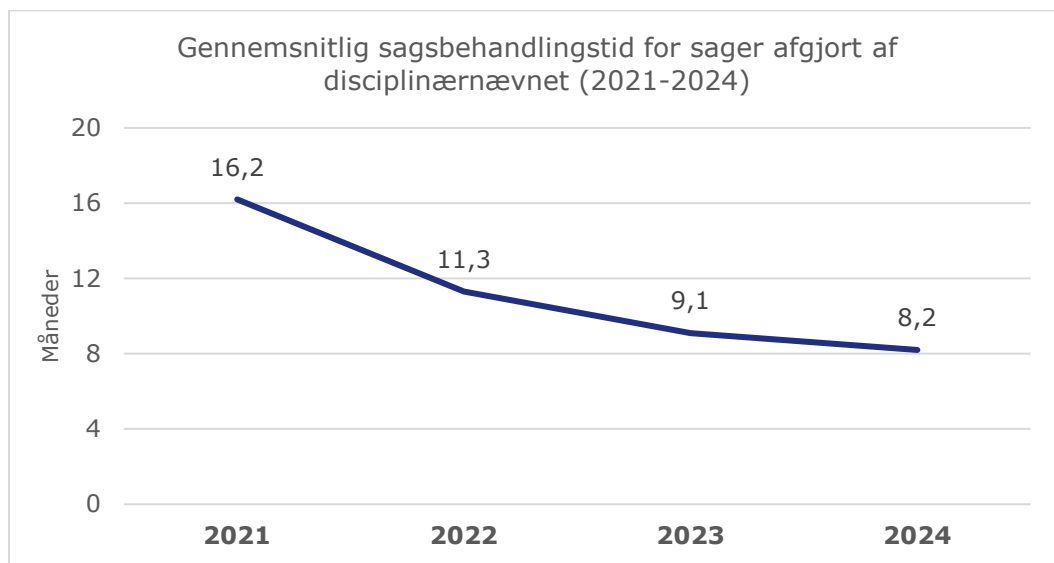


Afgørelser med tilbagebetaling vedrører praktiserende tandlæger, hvor vi har truffet afgørelse om, at der skal ske hel eller delvis tilbagebetaling af honoraret. Der er samtidig givet kritik eller kritik med indskærpelse i sagen.

4.3. Sagsbehandlingstid

Styrelsen for Patientklager har et overordnet politisk mål for sagsbehandlingstiden i behandlingsklagesager på 9 måneder. Der er her tale om et gennemsnit for alle typer af klagesager. Disciplinærnævnsager indeholder typisk flere sagsbehandlingsskridt, herunder fx partshøringer og mødebehandling, og tager derfor længere tid af behandle. For disciplinærnævnet er målet for sagsbehandlingstiden derfor 11 måneder.

Nedenfor ses udviklingen af sagsbehandlingstider for sager afgjort af disciplinærnævnet fra 2021 til 2024. Som det fremgår, var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2024 på 8,2 måneder.

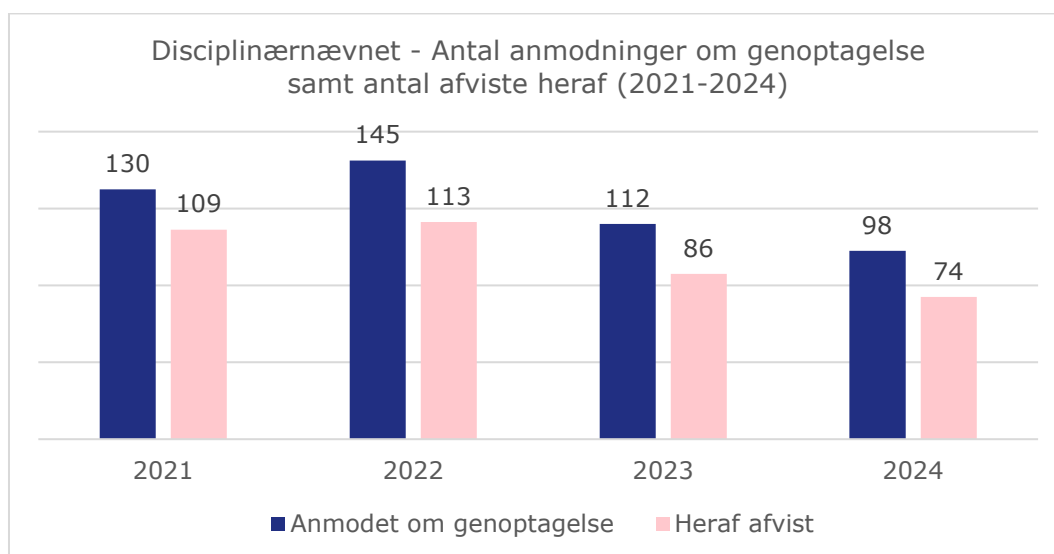


4.4. Anmodning om genoptagelse

En sag kan genoptages, hvis:

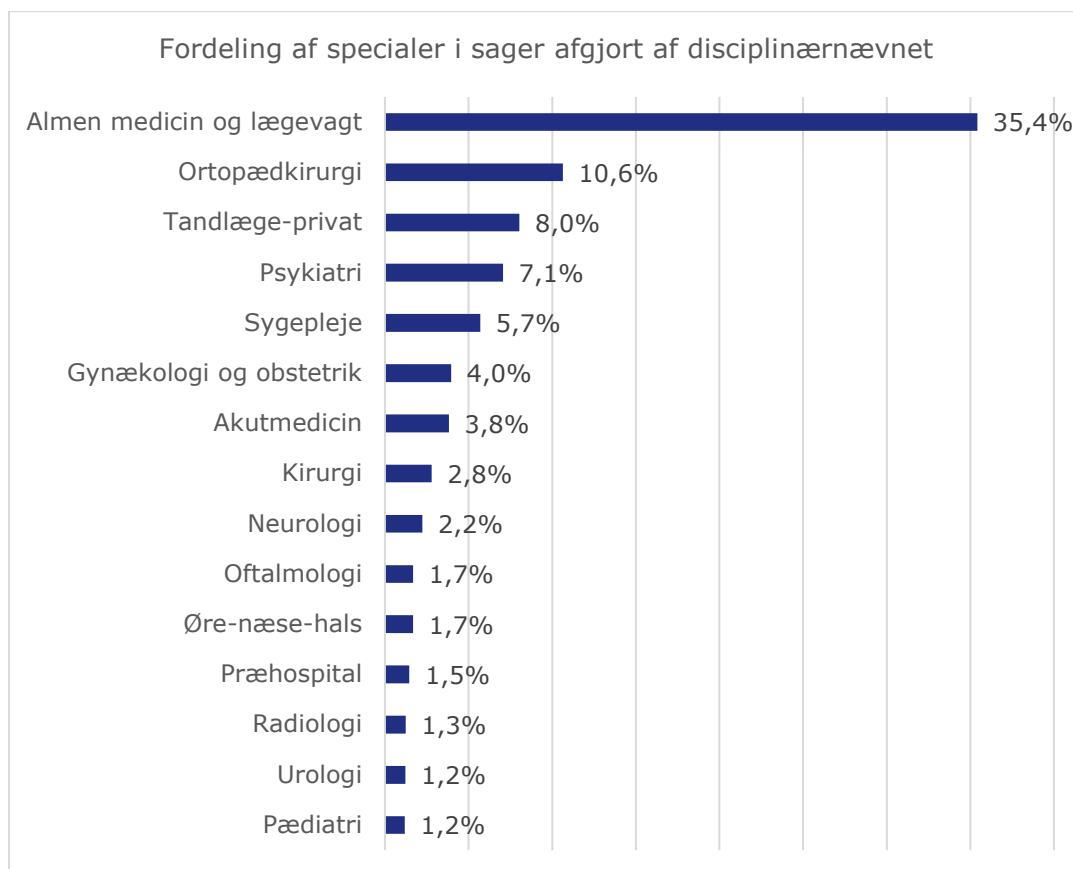
- der indsendes nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger
- der er begået væsentlige sagsbehandlingsfejl.

I 2024 modtog vi 98 anmodninger om genoptagelse. 74 af disse levede ikke op til kriterierne for genoptagelse og blev derfor afvist. 24 sager blev genoptaget. Det svarer til, at 76 % af genoptagelsesansøgningerne blev afvist. Til sammenligning blev 77 % afvist i 2023, 78 % blev afvist i 2022, og 84 % blev afvist i 2021.



4.5. Specialefordeling

Disciplinærnævnet behandler sager inden for en lang række sundhedsfaglige specialer. Nedenfor ses fordelingen af specialer i afgjorte sager.



Note: Listen viser de 15 største specialer, der blev klaget over.

4.6. Retssager

Der har verseret to retssager mod disciplinærnævnet i 2024, som begge er afsluttet. Sagerne vedrørte behandling i psykiatrien.

Patienten havde indbragt to af disciplinærnævnets afgørelser for byretten med påstand om, at afgørelserne blev ophævet som ugyldige og hjemvist til fornyet behandling ved disciplinærnævnet. Byretten stadfæstede disciplinærnævnets afgørelser, og patienten ankede dommene til landsretten. Sagerne blev behandlet samlet i landsretten, og der blev derfor kun afsagt én dom.

Landsretten tilsidesatte ikke disciplinærnævnets skøn om, at behandlingen var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Landsretten fandt desuden, at disciplinærnævnets afgørelser ikke var behæftet med mangler vedrørende sagsbehandlingen. Landsretten stadfæstede herefter byrettens domme.

NÆVNETS PRAKSIS



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

5. Nævnets praksis

Vi har i 2024 offentliggjort flere principielle afgørelser med henblik på at skabe læring. Vi har valgt at gennemgå praksis inden for tre forskellige områder.

Afgørelserne kan læses på vores hjemmeside ved at søge på nummeret, der står nederst i den blå faktaboks ud for hver sag.

5.1. Klager over overset kræft

Vi har valgt at referere nogle afgørelser vedrørende overset kræft. Det er et tema, der går igen i flere klagesager. Når en patient får konstateret kræft, kan det give anledning til en klagesag, hvis patienten eller de pårørende mener, at den praktiserende læge burde have henvist til et kræftpakkeforløb eller yderligere undersøgelser på et tidligere tidspunkt. I nogle af disse afgørelser blev der givet kritik, mens der i andre tilfælde ikke var grundlag for at henvise til et kræftpakkeforløb.

Hvis der er mistanke om kræft, henviser den praktiserende læge patienten til et kræftpakkeforløb, der er et samlet tilrettelagt forløb af undersøgelser, behandling og opfølgning. Formålet med kræftpakkeforløbene er at øge og sikre kvaliteten af patientforløbet, at patienterne får hurtig vished om diagnosen og undgår unødvendig ventetid¹.

Sag 1

24DNU65

5.1.1. Overset tegn på leverkræft

En praktiserende læge fik kritik for ikke at reagere relevant på en patients tiltagende smerter i hoften og utilsigtede vægttab. Årsagen til symptomerne burde have været undersøgt nærmere, fx ved en CT-skanning.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 83-årig mand, som blev set af sin praktiserende læge flere gange på grund af hoftesmerter og besvær med at gå. I forløbet blev han flere gange henvist til røntgenundersøgelser. Disse viste aldersbetingede forandringer i lænderyggen og hofterne. Han blev forsøgt behandlet med smertestillende medicin og fik to gange en blokade på grund af mistanke om en betændt slimsæk. Han var selv bekymret for, om han kunne have kræft, da smerterne var hastigt tiltagende.

Omkring fire måneder efter den første lægekontakt fik patienten taget blodprøver og blev henvist til en kikkertundersøgelse af tyktarmen, da han havde haft et vægttab på 10 kg.

Kikkertundersøgelsen viste normale forhold. Blodprøverne viste lav blodprocent, påvirket nyrefunktion, forhøjet PSA (prostata specifikt antigen) og forhøjet basisk fosfatase. Der blev planlagt kontrol af blodprøverne.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke undersøgte patienten relevant, og at det derfor ikke blev opdaget, at han havde kræft. Ved en MR-skanning fik patienten konstateret en ondartet tumor i leveren, som havde

¹ [Pakkeforløb for kræft](#) | [Fagperson](#) | [Sundhedsstyrelsen](#)

spredt sig til hofter, lunger og rygsøjle. Han døde efterfølgende af kræftsygdommen.

Kritik

Vi udtalte kritik af en del af behandlingen, da:

- den praktiserende læge burde have henvist til udredning i kræftpakkeforløb på det tidspunkt, hvor der var oplysninger om et utilsigtet vægttab på 10 kg, og blodprøver havde vist påvirket nyrefunktion, lav blodprocent, forhøjet PSA og forhøjet basisk fosfatase. Basisk fosfatase er et såkaldt levertal, som kan være forhøjet af flere årsager, eksempelvis leversygdom eller kræft i knoglerne.
- den praktiserende læge derfor ikke reagerede relevant på symptomerne, da vægttabet, blodprøvesvarene og smerteproblematikken sammenlagt burde have givet mistanke om, at der kunne være tale om kræft. Symptomer på leverkræft er ofte nedsat appetit, utilsigtet vægttab, træthed, tendens til let feber og nogle gange lidt mere specifikt smerter i øverste del af maven, typisk i højre side.

Vi udtalte ikke kritik af den del af behandlingen, der lå forud for dette tidspunkt, da der ikke tidligere var beskrevet almene symptomer, der kunne tyde på en kræftsygdom, herunder hverken i leveren eller som spredning af kræft til knoglerne.

Sag 2

24DNU49

5.1.2. Hævelse i lysken gav ikke mistanke om kræft

Tre praktiserende læger fik ikke kritik for ikke at mistænke og opdage en kræftknode (et bløddelssarkom). Det var tilstrækkeligt at henvise til udredning ved en speciallæge i ortopædkirurgi.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 54-årig kvinde, der gennem cirka et år var til flere konsultationer på grund af mavesmerter, som strålede til ryggen og det ene ben. Hun var kendt med forhøjet blodtryk og tendens til forstoppelse. Der tilkom en bule i lysken omkring et år efter den første lægekontakt om smerter. Patienten blev i forløbet set af tre forskellige praktiserende læger.

Den ene praktiserende læge undersøgte patienten, spurgte ind til sygehistorien, undersøgte for blærebetændelse og iværksatte behandling for forstoppelse. Den anden praktiserende læge tilpassede behandlingen for mistænkt forstoppelse og henviste hende til en kikkertundersøgelse af spiserøret, mavesækken og tolvfingertarmen (gastroskopi). Da der tilkom en bule i lysken, blev denne undersøgt, og hun blev henvist til fysioterapi. Hun blev herefter set af en tredje praktiserende læge, der undersøgte hende og tog blodprøver, da fysioterapeuten anbefalede udredning af bulen i lysken. Da der var svar på blodprøverne, henviste den anden praktiserende læge hende til en ortopædkirurg med henblik på udredning.

Der blev klaget over, at de praktiserende læger ikke undersøgte patienten tilstrækkeligt for mavesmerter og en bule i den ene lyske.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik, da:

- de praktiserende læger foretog relevante undersøgelser, herunder ved blodprøver, hvor der ikke blev fundet grundlag for at mistænke alvorlig sygdom. Det var relevant at mistænke en muskulær årsag og henvise til fysioterapi, da der ved undersøgelse var hævelse og spændthed i lysken uden mistanke om lyske- eller lårbrok. Der er først grundlag for at henvise til yderligere udredning, når der er en sikker synlig og uafklaret hævelse.
- der blev henvist til hurtig udredning ved en ortopædkirurg, da der var indtryk af hævelse af musklen i lyskeområdet, og da blodprøver viste, at der ikke var tegn på infektion i forbindelse med hævelsen i lysken.

Den omstændighed, at hævelsen pludselig var vokset, og der efterfølgende blev konstateret et bløddelssarkom, er ikke ensbetydende med, at behandlingen var kritisabel. Dette skyldes, at når først tumoren kan ses og føles ved en aggressiv type af sarkom, så kan væksten fra uge til uge opleves voldsom og dramatisk.

Sag 3

25DNU11

5.1.3. Hævede lymfeknuder gav ikke mistanke om kræft

En praktiserende læge fik ikke kritik for vurdering af lymfeknuder på halsen og henvisning til videre udredning.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 53-årig mand, der i tre uger havde haft hævede lymfeknuder på halsen. Han havde lidt hovedpine, men ikke feber eller synkebesvær. Den praktiserende læge undersøgte halsen og ordinerede blodprøver.

Blodprøverne var normale, og patienten blev henvist til udredning hos en øre-, næse- og halslæge. Ifølge henvisningen kunne der mærkes tre lymfeknuder, hver på under 1 cm, på højre side af halsen.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke reagerede tilstrækkeligt på symptomerne. Patienten fik efterfølgende konstateret lymfekræft (lymfom) og blev opereret.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik, da:

- den praktiserende læge spurgte ind til sygehistorien, følte på halsen og vurderede lymfeknudernes tilstand og størrelse. Ved lymfeknuder på under 1 cm er der ikke grundlag for at mistænke en kræftsygdom. Der var ikke øvrige symptomer, der gav mistanke om kræftsygdom. Der var derfor ikke grundlag for at iværksætte yderligere undersøgelser eller henvise til et kræftpakkeforløb. Det var relevant at ordinere blodprøver i forbindelse med den videre udredning.

- da blodprøverne var normale, og der fortsat ikke var andre symptomer, der kunne give mistanke om en kræftsygdom, var der ikke grundlag for at henvise til et kræftpakkeforløb eller til en akut vurdering ved en speciallæge. Det var relevant og tilstrækkeligt at henvise til en øre-, næse- og halslæge for yderligere udredning af de hævede lymfeknuder på halsen. Henvisningen indeholdt relevante og tilstrækkelige oplysninger om sygehistorie, undersøgelsesfund og blodprøvesvar, så speciallægen kunne foretage en relevant visitation.

Sag 4

25DNU12

5.1.4. Manglende henvisning i pakkeforløb for testikelkræft

En praktiserende læge fik kritik for ikke at henvise til et kræftpakkeforløb, da der var mistanke om testikelkræft. Lægen fik også kritik for at ordinere antibiotika, da der ikke var en begrundet mistanke om bitestikelbetændelse.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 26-årig mand, der gennem et par uger havde oplevet hævelse ved venstre testikel. Ved undersøgelsen var der mistanke om bitestikelbetændelse, og den praktiserende læge ordinerede antibiotika. Ved kontrol cirka syv uger efter var der ikke længere hævelse eller ømhed ved testiklen.

Cirka seks uger efter var patienten til undersøgelse ved sin praktiserende læge igen. Der var ikke mistanke om sygdom ved undersøgelsen. En uge senere kontaktede han den praktiserende læge på ny, da han nu oplevede ømhed i venstre testikel, tyngde i pungen og hævelse. Han blev undersøgt dagen efter. Der blev undersøgt en urinprøve, ordineret en ny antibiotikakur og henvist til ultralydsundersøgelse grundet mistanke om testikelkræft.

Der blev klaget over, at undersøgelsen og behandlingen ikke var tilstrækkelig, og at der burde have været henvist til videre udredning, eventuelt i et kræftpakkeforløb, på et tidligere tidspunkt. Ultralydsundersøgelsen viste udbredt testikelkræft.

Kritik

Vi udtalte kritik, da:

- det ikke var relevant, at den praktiserende læge behandlede med antibiotika uden yderligere forudgående undersøgelse med dyrkning og resistensbestemmelse. På baggrund af symptomerne og undersøgelserne var der ikke en tilstrækkelig begrundet mistanke om bitestikelbetændelse.

Bitestikelbetændelse er en infektion på bagsiden af testiklen, der sædvanligvis viser sig ved ensidig hævelse, smerter i pungen og feber. Der kan forekomme rødme og varme af pungens hud, ligesom der kan være tyngde og smertende fornemmelse i pungen samt sviende og hyppig vandladning. Videre kan der forekomme kulderystelser, høj feber og en byldeømhed af den betændte bitestikel.

- den praktiserende læge burde have henvist til et kræftpakkeforløb i stedet for til ultralydsundersøgelse på tidspunktet, hvor lægen havde mistanke om testikelkræft. Venstre testikel var hævet, der var normale infektionstal (CRP) og ikke begrundet mistanke om bitestikelbetændelse. Når en patient har en diffus forstørrelse af en testikel, uden at der er en infektionsmistanke eller andre forklaringer, bør det overvejes at henvise patienten til et kræftpakkeforløb for testikelkræft. Der kan også henvises til kræftpakkeforløb, når patienten har en knudret tumor i testiklen.

5.2. Klager over radiologiske undersøgelser

I 2024 så vi en højere andel af sager med kritik inden for området radiologi end den gennemsnitlige fordeling mellem kritik og ikke-kritik i alle disciplinærnævnsager. Udfaldet af de afgjorte sager inden for radiologi fordelte sig sådan, at der i 74 % af sagerne ikke blev givet kritik, og at der i 26 % af sagerne blev givet kritik.

Vi gennemgår nogle af de afgjorte sager inden for radiologi nedenfor. Vi har i gennemgangen inkluderet flest sager med kritik. Dette skyldes ikke, at der gives kritik i flertallet af sagerne, men at navnlig sager med kritik kan bruges til læring i sundhedsvæsenet.

Sag 5

25DNU13

5.2.1. Relevant lukning af udposning

En overlæge fik ikke kritik for alene at lukke en ud af to udposninger på pulsårer (aneurisme) i hjernen. Det var relevant kun at lukke den ene udposning, da denne var den mest sandsynlige årsag til blødningskilden.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 55-årig kvinde, som var blevet overflyttet til en røntgen- og skanningsafdeling på grund af en hjernehindeblødning fra en udposning på en pulsåre.

Der var inden overflytningen foretaget en CT-skanning af hjernen med undersøgelse af hjernens blodkar. Der blev fundet to udposninger på en pulsåre.

Overlægen foretog en diagnostisk undersøgelse af blodkarrene i hjernen. Overlægen lukkede udposningen på pulsåren a. communicans anterior. Ud fra blødningsfordelingen på CT-skanningen formodede overlægen, at denne udposning var blødningskilden.

Der blev klaget over, at indgrebet ikke blev foretaget relevant, da klager mente, at den forkerte udposning blev lukket.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik, da:

- overlægen foretog indgrebet på relevant vis, fordi han lukkede den udposning, der var den mest sandsynlige blødningskilde. Overlægen vurderede blandt andet dette på baggrund af udposningens udseende og blødningens placering og i samråd med specialiseret personale i neurokirurgisk regi. Den hyppigste lokalisation for bristede aneurismer er

på pulsåren a. communicans anterior, som var det blodkar, der blev lukket.

- overlægen foretog indgrebet med henblik på at forebygge reblødning. En reblødning er behæftet med en høj risiko for hjerneskade og død. En CT-skanning med fremstilling af hjernens blodkar (CT-angiografi) havde inden overflytningen til afdelingen påvist flere udposninger. Det var derfor et lægeligt skøn at afgøre, hvilken udposning der mest sandsynligt var blødningskilden. Dette skøn baserer sig blandt andet på lokaliseringen af blodet i forhold til udposningens placering, størrelse og udseende.
- overlægen på relevant vis og efter sædvanlig procedure overlod beslutningen om behandlingen af den anden udposning til en multidisciplinær teamkonference, da han havde lukket den udposning, der mest sandsynligt var årsag til blødningen.

Sag 6

25DNU14

Sagen kort

5.2.2. Overset brud i et område som bør granskes

En beskrivende radiograf fik kritik for ikke at beskrive et brud i anklen. Der var tale om et brud i et område, som bør granskes ved vrid i ankelledet.

Sagen drejede sig om en 43-årig kvinde, som fik foretaget en røntgenundersøgelse 11 dage efter, at hun var faldet og havde slået sin højre fod.

Røntgenbillederne blev gennemgået af en beskrivende radiograf, som vurderede, at der var normale forhold.

Der blev klaget over, at et brud i anklen burde være beskrevet, da det senere blev opdaget, at der var sket et brud.

Radiografen udtalte, at den kliniske problemstilling vedrørte ydersiden af anklen, som var i et andet område end der, hvor der senere blev opdaget et brud.

Kritik

Vi udtalte kritik, da:

- der ved røntgenundersøgelsen kunne ses et brud, der ikke blev beskrevet, og som burde være nævnt i billedbeskrivelsen. Der var ved røntgenundersøgelsen taget billeder af højre fodled i tre planer. Optagelserne af højre fodled viste på sideoptagelsen et brud på forreste del af hælbenet (calcaneus processus anterioris). Det var vores vurdering, at bruddet var tydeligt, fordi der var en tydelig opklaringslinje gennem knoglen og et skarpt spring i knoglens kant, som i øvrigt var ledsaget af 2 mm forskydning af fragmentet. Bruddet var desuden synligt på frontaloptagelsen, men tydeligst på sideoptagelsen.

- brud af denne type ikke er ualmindeligt ved vrid i ankelledet. Det er derfor et område, som bør granskes, når patienter bliver henvist med mistanke om muligt brud i ankelledet.

Sag 7

25DNU15

5.2.3. Det var ikke kritisabelt, at et brud i anklen blev overset

En reservelæge fik ikke kritik for ikke at beskrive et brud i en vækstzone i en knogle i foden hos et barn. Det skyldes, at bruddet var meget svært at konstatere grundet de anatomiske forhold omkring vækstzoner ved børn og unge.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 11-årig dreng, som var vrikket om på højre fod og havde smerter. Der blev efter en objektiv undersøgelse foretaget en røntgenundersøgelse.

Reservelægen fra røntgen- og skanningsafdelingen beskrev, at der var bløddelshævelse svarende til den indre og ydre ankel på højre fod, og at der ikke var brud, afrivning eller ledscred.

Der blev blandt klaget over, at reservelægen ikke opdagede, at drengen havde et brud, da det efterfølgende blev konstateret, at en knogle i vækstzonen i foden var brækket og røget ud af led.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik, da:

- røntgenundersøgelsen blev beskrevet på relevant vis. Det var ikke kritisabelt, at bruddet ikke blev opdaget, da bruddet var meget svært at konstatere på grund af de typiske anatomiske forhold omkring vækstzoner med uregelmæssigheder i knoglekanterne og projektiionsbetingede overlejninger ved et røntgenbillede af et fodled. Den ledsagende bløddelshævelse blev relevant beskrevet.

Børn og unge har åbne vækstskiver, som er områder i knoglerne, hvor væksten hovedsageligt foregår. På røntgenbilleder fremtræder disse zoner som tydelige mellemrum i knoglen. Der kan opstå brud i disse vækstzoner. Bruddene kan være alt fra uforskudte til svært forskudte. Den radiologiske vurdering af denne type skade kan være udfordret af, at vækstzonerne normalt har en uregelmæssig form, hvilket kan vanskeliggøre skelnen mellem normalt udseende og forskydninger i zonen.

Sag 8

25DNU16

5.2.4. CT-skanning burde sammenlignes med tidligere skanning

En speciallæge i radiologi fik kritik for ikke at beskrive en CT-skanning relevant og tilstrækkeligt. Lægen burde have beskrevet en venstresidig udvidelse af nyrebækkenet, kaldet hydronefroze. Han burde have sammenlignet CT-skanningen med tidligere billeddiagnostisk materiale.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 59-årig kvinde, som fik foretaget en CT-skanning af maveregionen. Skanningen blev beskrevet af en speciallæge i radiologi. Speciallægen konkluderede, at undersøgelsen viste udposninger på venstre side af tyktarmen uden betændelse.

Der blev klaget over, at hydronefrosen ikke blev beskrevet på CT-skanningen, og at patienten derfor ikke blev viderehenvist til relevant behandling.

Kritik

Vi udtalte kritik, da:

- der blev overset en venstresidig hydronefroze. I beskrivelsen af CT-skanningen stod der, at venstre nyre indeholdt uændrede cyster ved nyrebækkenet (parapelvine cyster). Denne beskrivelse var ikke korrekt. Det var ikke cyster, men hydronefroze, der kunne ses på CT-skanningen.
- det ikke fremgik af beskrivelsen, hvilke tidligere scanninger der var sammenlignet med. Der bør altid sammenlignes med tidligere relevant billedmateriale, hvis dette er tilgængeligt. Det bør desuden fremgå af selve beskrivelsen, at der er sammenlignet med tidligere billeder med angivelse af dato og undersøgelsestype for disse.
- der på CT-skanningen var et udvidet nyrebækken i venstre side. Dette understøttede, at det drejede sig om hydronefroze og ikke om cyster tæt på nyrebækkenet. Speciallægen beskrev begge nyrer som upåfaldende, samt at der ikke var afløbshindring, hvilket ikke var korrekt. Nyrebækkenet er tragtformet, og der hvor urinen samles fra nyrerne og ledes videre gennem urinlederne til blæren. Hydronefroze er et udtryk for en afløbshindring i urinvejene, så urinen ikke kan ledes ned i blæren. Ved en sammenligning med CT-skanningen fra knap 2 år forinden kunne det ses, at hydronefrosen var vokset. Cyster ved nyrebækkenet vokser ikke.

Sag 9

25DNU17

5.2.5. Ændring i binyre burde være opdaget

En speciallæge i radiologi fik kritik, fordi en ændring i højre binyre burde være opdaget og beskrevet i forbindelse med en CT-skanning.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 64-årig kvinde, som havde fået foretaget en CT-skanning af hendes brystkasse og øverste del af maven. Hun gik til kontrolrøntgen på grund af kræftsygdom i lungerne.

Speciallægen i radiologi, som beskrev billederne, konkluderede, at undersøgelsen viste uændrede forandringer i lungerne og ellers ikke noget nyttilkommet, herunder normale forhold i maveregionen.

Der blev klaget over, at en knude i binyren burde være opdaget og beskrevet.

Kritik

Vi udtalte kritik, da:

- speciallægen burde have opdaget og beskrevet, at der var en ændring i højre binyre på billederne efter en CT-skanning. Det skyldes, at der tydeligt kunne ses en forstørret binyre sammenlignet med billedet fra tre måneder tidligere, og at den indeholdt dødt væv (et nekrotisk område).
- binyren er et af de organer, lungekræft breder sig til, og som derfor burde have særlig opmærksomhed.

5.3. Klager over medicinhandling

Det sidste område, vi har valgt at sætte fokus på i denne årsberetning, er klager over medicinhandling. I 2024 så vi en højere andel af sager med kritik inden for faggruppen sygeplejersker end den gennemsnitlige fordeling mellem kritik og ikke-kritik for alle faggrupper. Desuden var der en højere andel af sager inden for faggrupperne sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, hvor vi gav kritik med indskærpelse.

De afgjorte sager inden for faggruppen sygeplejersker fordelte sig sådan, at der i 77 % af sagerne ikke blev givet kritik, i 20 % blev givet kritik, og i 3 % blev givet kritik med indskærpelse.

For social- og sundhedsassistenter fordelte de afgjorte sager sig sådan, at der i 84 % af sagerne ikke blev givet kritik, i 11 % blev givet kritik, og i 5 % blev givet kritik med indskærpelse.

Af de 11 sager, der i 2024 blev afgjort med kritik med indskærpelse for faggrupperne sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, vedrørte 7 medicinhandling. Medicinhandling omfatter alle aspekter af håndtering af medicin – fra opbevaring til administration, overvågning og dokumentation. Der er tale om en systematisk proces, som skal være med til at sikre, at medicin håndteres korrekt fra start til slut.

Medicin håndteres af flere faggrupper, og der er risiko for fejlmedicinering. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har medicinadministration som en af deres primære arbejdsopgaver.

Når vi vurderer, om en sag vedrører fejlmedicinering, lægger vi vægt på:

- om medicinen bliver givet til rette patient
- om lægemidlet er korrekt
- om dosis er i overensstemmelse med ordinationen, og om sundhedspersonen har sikret sig, at det er den korrekte dosis, som bliver givet til patienten
- om administrationsmåden er korrekt, herunder om det er tabletform, som mixtur, som stikpille eller som en injektion
- om tidspunktet for medicingivningen er overholdt.

Hvis disse punkter i medicinhåndteringen ikke er opfyldt, er der tale om fejlmedicinering. Definitionen af hvad der betragtes som fejlmedicinering medfører, at der i denne type sager ofte vil være grundlag for at give kritik.

Alle afgørelser, der træffes af os, træffes på baggrund af en konkret vurdering af sagens oplysninger og ud fra en konkret vurdering af, om der er grundlag for at kritisere sundhedspersonen, og hvor alvorlig fejlen eller forsømmelsen er. Der er ofte flere elementer i en sag, som kan tillægges vægt og trække i en formildende eller skærpende retning.

Det er som udgangspunkt nævnets praksis, at forsømmelser og forglemmelser i forbindelse med medicinhåndtering er udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed og derfor giver grundlag for kritik. Kritikken kan efter en konkret vurdering af de samlede forhold medføre en indskærpelse om, at sundhedspersonen skal udvise større omhu i sit fremtidige virke. Ved vurdering af om der er tale om skærpende omstændigheder, hvor der må udvises særlig opmærksomhed, indgår blandt andet, om der er tale om risikopræparater, potente lægemidler, eller håndtering af medicin til børn.

Vi gennemgår nogle af de afgjorte sager vedrørende medicinhåndtering i 2024 nedenfor. Vi har i gennemgangen ikke medtaget de sager, hvor der er givet kritik med indskærpelse.

Sag 10

24DNU72

5.3.1. Kritik for medicinadministration

En sygeplejerske fik kritik for at indføre en forkert ordination af insulin i det lokale medicinkort. En anden sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent fik kritik for at give andre mængder insulin end det ordinerede uden at konferere dette med en læge.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 67-årig kvinde, som var bosiddende på et plejecenter. Hun fik hjælp til administration af insulin. Grundet en misforståelse omkring dosis efter en ny insulinpen var taget i brug, blev insulinen administreret forskelligt over to dage.

Der blev blandt andet klaget over, at kvinden fik en forkert dosis insulin.

Kritik

Vi udtalte kritik, da:

- en sygeplejerske overførte en forkert insulinordination fra Fælles Medicinkort (FMK) til det lokale medicinkort, hvilket betød, at kvinden fik en for lille dosis insulin, efter den forkerte ordination var sat i systemet
- en anden sygeplejerske ikke tog kontakt til en vagtlæge for at diskutere kvindens insulinmedicinering. Sygeplejersken valgte selv at foretage ændringer i mængden af insulin, der skulle gives. Dette er en opgave, der skal varetages af en læge, hvorfor sygeplejersken burde have kontaktet en læge.

- en social- og sundhedsassistent burde have taget kontakt til en sygeplejerske, da hun erfarede, at hun ikke havde den fornødne dosis insulin til at følge ordinationen i FMK. Det var ikke tilstrækkeligt at give den insulin, der var ordineret som værende efter behov (PN-ordineret).

Insulin er et risikopræparat, hvor der er stor risiko for fejl, og præparatet kræver derfor særlig opmærksomhed.

Sag 11

25DNU18

5.3.2. Manglende kontrol af om medicin var godkendt

En ukendt sygeplejerske fik kritik for ikke at kontrollere, om patientens medicin var godkendt og afstemt med FMK, inden sygeplejersken foretog dosering. Den sundhedsperson, der dispenserer medicin, er ansvarlig for at sikre sig, at ordinationen er overholdt, da det er væsentligt af hensyn til patientsikkerheden.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 25-årig kvinde, som var indlagt på et ernæringsafsnit på et hospital. Hun var i fast behandling med Naltrexon, som er et middel, der nedsætter trang til alkohol.

Der blev ved en fejl doseret for meget Naltrexon til patienten.

Medicinen var ikke godkendt i forbindelse med indlæggelsen dagen før. Der var udfordringer med FMK, og administrationsoversigten var ikke afstemt ved indlæggelse.

Da medicinen ikke var godkendt, var det ikke muligt at udpege hvilken sundhedsperson, der doserede medicinen. Vi lagde til grund, at det var en sygeplejerske, der doserede medicinen.

Der blev klaget over, at der var fejl i doseringen af Naltrexon.

Kritik

Vi udtalte kritik, da:

- sygeplejersken burde have kontrolleret, om medicinen var godkendt og afstemt med FMK og den øvrige ordinerede medicin, inden sygeplejersken foretog dosering. Dette er normal procedure ved medicindosering.
- sygeplejersken burde have reageret på, at medicinen ikke var godkendt i medicinadministrationssystemet, som er det system, sygeplejersker typisk bruger, når de skal dosere og administrere medicin, mens patienten er indlagt på sygehuset.

Sag 12

25DNU19

5.3.3. Erkendte fejl med det samme

En overlæge fik kritik for at give 70 mg Metadon frem for 7 mg, hvilket var 10 gange mere Metadon end hensigten.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 33-årig kvinde, som fik foretaget en operation i ryggen i fuld narkose. Overlægen fra en anæstesiologisk afdeling stod for bedøvelsen og medicineringen under operationen. Overlægen skønnede, at patienten vejede 70 kg. Ved en fejl blev der givet 70 mg Metadon. Dette var 10 gange mere end planlagt. Der blev efter operationen valgt langsom opvågning på en intensiv afdeling.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget en relevant medicinering med Metadon. Det fremgik af klagen, at patienten efterfølgende og i forbindelse med opvågningen hele tiden spontant faldt i søvn, og at hun måtte vækkes, fordi hun stoppede med at trække vejret selv.

Overlægen udtalte, at begrundelsen for at vælge Metadon som smertebehandling var, at patienten på operationstidspunktet havde opioidkrævende smerter, og at det derfor var vurderet, at Metadon ville kunne bidrage til en god smertedækning efter operationen.

Overlægen anførte i sin udtalelse, at det blev opdaget med det samme, at patienten havde fået en for høj dosis, og der blev derfor ikke givet yderligere smertestillende under operationen, som man ellers ofte gør. Der blev sørget for forlænget opvågning på en intensiv afdeling med mulighed for respiratorbehandling, hvis det var nødvendigt.

Kritik

Vi udtalte kritik, da:

- overlægen gav en intravenøs engangsdosis på 70 mg Metadon, hvilket var 10 gange mere end retningslinjerne på 0,1 mg pr. kg ideelvægt. Den givne dosis var derfor sundhedsfaglig uforsvarlig.

Overlægen handlede imidlertid relevant, da fejlen blev erkendt med det samme, og der blev på relevant vis planlagt overflytning til en intensivafdeling med mulighed for kortvarig respiratorbehandling, fremfor at give modgift mod opioider. Grundet patientens rygsmerter var hun forud for operationen i behandling med morfinpræparater, både fast og efter behov, ligesom hun under operationen var givet stærkt smertestillende medicin. Det ville ikke have været hensigtsmæssigt at give modgift mod den store dosis Metadon, idet hun i så fald ikke ville have været smertedækket.

AFSLUTNING



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

6. Afslutning

6.1. Læring

Vores afgørelser giver parterne svar, men kan også medvirke til at skabe læring i sundhedsvæsenet.

Læring er en af grundene til, at mange patienter og pårørende vælger at klage. Der udtales ofte et ønske om, at der skal drages læring ud af sagerne med henblik på at forhindre, at det, som klagen omhandler, sker igen.

Klagesagernes potentiale for læring er et fokusområde i Styrelsen for Patientklagers 2025-strategi. Styrelsen og de nævn, som styrelsen sekretariatsbetjener, herunder blandt andet disciplinærnævnet, afgør hvert år cirka 12.000 klage- og erstatningsankesager. Disse sager giver stor viden om patienter og pårørendes oplevelser i sundhedsvæsenet og dermed også et stort potentiale for læring af de afgørelser, som træffes af blandt andet disciplinærnævnet. I 2024 blev 201 af disciplinærnævnets afgørelser offentliggjort, hvor 73 af disse var af vejledende og principiel karakter.

6.2. Forventninger til fremtiden

Som nævnt under formandens bemærkninger blev der i 2024 vedtaget to lovforslag, der får betydning for disciplinærnævnet fremover.

Folketinget vedtog i juni 2024 et lovforslag om ændring af patientklagesystemet. Formålet var at gøre patientklagesystemet mere gennemsigtigt for både klagere, behandlingssteder og indklagede sundhedspersoner. Der skulle desuden sættes fokus på læring og det organisatoriske ansvar. Baggrunden for lovforslaget var anbefalinger fra en arbejdsgruppe med repræsentanter fra blandt andet patientforeninger og faglige organisationer. Arbejdsgruppens anbefalinger til forbedringer udkom i en rapport den 15. december 2023 og kan læses på [Indenrigs- og sundhedsministeriets hjemmeside](#).

Lovændringen betyder, at alle klager over sundhedsfaglig behandling indgivet fra den 1. januar 2025 og fremefter som udgangspunkt skal starte som såkaldte forløbsklager. Det vil sige, at klagen behandles som en klage over behandlingsstedet og afgøres af Styrelsen for Patientklager.

Det vil stadig i nogle situationer være muligt at klage over konkrete sundhedspersoner til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Det gælder fx, hvis der er skærpende omstændigheder i en sag, eller hvis der er givet helt eller delvist medhold i forløbsklagen.

Ændringen skal evalueres tre år efter reglernes ikrafttræden for at sikre fortsat forbedring af patientklagesystemet i praksis.

I december 2024 blev der vedtaget et lovforslag om, at disciplinærnævnet fra den 1. januar 2025 ikke længere kan modtage klager over praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere, når behandlingen er foretaget med hel eller delvis egenbetaling fra patienten.

BILAG



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

Bilag 1 - Sammensætning af disciplinærnævnet i 2024

Nedenfor ses alle nævnsmedlemmer, der har været udpeget i 2024. Alle de anførte medlemmer har ikke nødvendigvis være udpeget i hele 2024, da der har været udskiftninger.

Domstolsstyrelsen: Landsdommer Steen Mejer (formand), dommer Bo Rasmussen (næstformand) og dommer Lene Hjerrild (næstformand)

3F – Fagligt Fælles Forbund: Stefan Fyhn og Karsten Bendix Jakobsen

Ansatte Tandlægers Organisation: Christa Buch, Helle Søderberg, Lars Høvenhoff, Marianne Bjerke og Rikke Svanterud Larsen

Danmarks Apotekerforening: Annette Brasen, Per Wisbech og Anne Helene Kahns

Kiropraktor Forening: Hanne Nøddeskou-Fink, Mikkel Brunsgaard Konner og Lasse Nørtoft

Dansk Psykolog Forening: Gunvor Brandt og Tine Wøbbe

Dansk Sygeplejeråd: Ann Erikke Sølgaard Espersen, Karsten Margon Madsen, Kirsten Damgaard Bisgaard, Merete Pia Kristensen, Susanne Rønn Haunsvig og Theis Liebach Smedegaard

Danske Bandagister: Erik Poulsen og Eva Helena Langton

Danske Bioanalytikere: Lene Bisgaard Christiansen og Lene Ørnstrup Christensen

Danske Fodterapeuter: Mette Bergmann, Pia Sølvsten Andersen og Malene Pickering

Danske Fysioterapeuter: Brian Errebo-Jensen og Line Schiellerup Rasmussen

Danske Handicaporganisationer: Janne Sander, Sven Gerner Nielsen, Tove Lehrmann og Lilli Fischer Mærsk Jørgensen

Danske Osteopater: Henriette Wiwel og Peter Villum Færch

Danske Patienter: Inger Duus Nielsen, Liselotte Wesley Andersen, Morten Lorenzen og Thorkil Kjær

Danske Tandplejere: Alice Ravnsbæk Kristensen og Elisabeth Gregersen

Ergoterapeutforeningen: Tina Nør Langager og Ulla Garbøl

Farmakonomforeningen: Kim van Heech Hergot og Nikolaj Bøgeskov Schultz

FOA – Fag Og Arbejde: Anders Jensenius Møller, Dorrit Knudsen, Helle Bagh Jensen, Helle Heilmann, Ismail Abu Zahrah, Jane Kirstine Buchholzer, Jesper Friis Pedersen, Josefine Aspmann Wraae, Marianne Brogaard Jensen, Susanne Græns Rasmussen, Vibeke Elise Jensen og Vibeke Haumann Jensen

Forbrugerrådet Tænk: Anita Barbesgaard, Inge Pallesen, Per Jensen og Regitze Buchwaldt

Foreningen af Kliniske Diætister: Mette Theil Pedersen og Randi Tobberup

Jordemoderforeningen: Ane Cecilie Nordentoft, Helen Kappendrup, Lis Jensen og Lone Egeberg Brettschneider

Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, LKT: Flemming Mogensen Finøen, Kim Rix og Christoffer Esfandiari

Lægeforeningen: Anders Krog Vistisen, Carl Johan F. Erichsen, Gitte Anna Madsen, Hans Peter Henriksen, Inger Agnethe Brødsgaard, Josefine Hirschsprung Lange, Kasper Smidt Gasbjerg, Marie Nygård Fogh, Peter Haubjerg Asdahl, Stine Sloth, Thea Otto Mattsson og Wiebke Otten

Optikerforeningen: Birger Borch Larsen og Peter Smaakjær

Pharmadanmark: Elias Chehaiber Mogensen og Linda Jeffery

Radiograf Rådet: Christian Gøtttsch Hansen og Jakob Heise

S.I.K (Grønland): Hansine Thorin og Ludvig Larsen

Tandlægeforeningen: Charlotte Lyngby, Claus Petersen, John Orloff, Nina Boe-Haugaard og Sidsel Fogh Pedersen

Tandteknikerforeningen: Maria-Angelica Heidemann

Bilag 2 – Retsgrundlag: Links til Retsinformation

Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

[Autorisationsloven \(retsinformation.dk\)](#)

Bekendtgørelse om offentliggørelser af afgørelser m.v. i klagesager på sundhedsområdet:

[Bekendtgørelse om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klagesager på sundhedsområdet \(retsinformation.dk\)](#)

Bekendtgørelse af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet:

[Klage- og erstatningsloven \(retsinformation.dk\)](#)

Bekendtgørelse om ikke-autoriserede persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns virksomhed (Persongruppebekendtgørelsen)

[Bekendtgørelse om ikke-autoriserede persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns virksomhed \(retsinformation.dk\)](#)

Bekendtgørelse om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn:

[Bekendtgørelse om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn \(retsinformation.dk\)](#)



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER

Styrelsen for Patientklager
Olof Palmes Allé 18 H
8200 Aarhus N