



SUNDHEDSVÆSENETS
DISCIPLINÆRNÆVN

ÅRSBERETNING

Sundhedsvæsenets Disciplinærnevni

2025

INDHOLD

1. FORORD	3
2. INDLEDNING	5
2. Indledning	6
2.1. Om disciplinærnævnet	6
2.2. Ændringer i klageadgangen	6
2.3. Disciplinærnævnets sammensætning	7
2.4. Disciplinærnævnets afgørelser	8
2.5. Offentliggørelse af afgørelser	8
2.6. Genoptagelse	9
3. SAGSGANG	10
3. Sagsgang	11
3.1. Sagsprocessen for en disciplinærnævns sag	12
3.2. Disciplinærnævns sag efter afgjort forløbsklage	13
4. NØGLETAL	14
4. Nøgletal	15
4.1. Nye sager	15
4.2. Afgørelser	15
4.3. Sagsbehandlingstid	16
4.4. Genoptagelsessager	17
4.5. Specialefordeling	18
5. NÆVNETS PRAKSIS	19
5. Nævnets praksis	20
5.1. Klager over overset blindtarmsbetændelse	20
5.2. Klager over ordination af penicillin	25
5.3. Klager i sager med videokonsultation	27
5.4. Klager i sager med skærpende omstændigheder	31
6. AFSLUTNING	36
6. Afslutning	37
6.1. Læring	37
6.2. Forventninger til fremtiden	37
BILAG	38
Bilag 1 - Sammensætning af disciplinærnævnet i 2025	39
Bilag 2 - Retsgrundlag: Links til Retsinformation	41

FORORD



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER



1. Forord

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn udsender hermed sin årsberetning for 2025. I årsberetningen orienterer vi blandt andet om sagsgangen for klager over konkrete sundhedspersoner, relevante nøgletal, et udvalg af nævnets praksis og vores forventninger til fremtiden. Jeg håber, at årsberetningen vil give et godt indblik i disciplinærnævnets arbejde.

Patientklagesystemet blev ændret med virkning for nye klagesager indgivet fra den 1. januar 2025. En klage over sundhedsfaglig behandling behandles fra denne dato som udgangspunkt af Styrelsen for Patientklager som en klage over behandlingsstedet. Det kaldes en forløbsklage. Det betyder, at et mindre antal klager bliver behandlet af disciplinærnævnet. Disse klager vil blive uddybet i afsnit 2.

Vi har i vores gennemgang af praksis i afsnit 5 valgt at fokusere på klager vedrørende:

- behandling af mavesmerter, der viser sig at skyldes blindtarmsbetændelse
- ordination af penicillin trods kendt allergi eller bivirkninger
- brug af videokonsultation
- sager med skærpende omstændigheder, hvor klager er blevet tilbudt og har takket ja til en disciplinærnævnssag.

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.

Jeg vil gerne takke sekretariatet og nævnsmedlemmerne for et godt samarbejde i 2025, hvor jeg tiltrådte som formand. Alle arbejder for at sikre høj faglig kvalitet i nævnets afgørelser og på at overholde den politisk fastsatte sagsbehandlingstid af hensyn til klager og de indklagede sundhedspersoner. Jeg ser frem til det fortsatte samarbejde i 2026.

Jesper Jarnit,
Formand

INDLEDNING



SUNDHEDSVÆSENETS
DISCIPLINÆRNÆVN



2. Indledning

2.1. Om disciplinærnævnet

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn behandler klager over en eller flere autoriserede sundhedspersoners faglige virksomhed. Desuden behandles klager over de ikke-autoriserede sundhedspersoner, der er omfattet af persongruppebekendtgørelsen.

Ved faglig virksomhed forstås ikke kun behandling og pleje, som udføres af sundhedspersonalet. Disciplinærnævnet tager også stilling til klager vedrørende de mere konkrete pligter knyttet til behandlingen og plejen, fx 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. Ændringer i klageadgangen

Disciplinærnævnet behandler klager indgivet til og med den 31. december 2024, hvor en borger har ønsket at rette kritik mod en eller flere konkrete sundhedspersoner, som har udøvet faglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet. Vi træffer afgørelse i sager, hvor behandlingen har fundet sted i Danmark, på Færøerne og i Grønland.

Fra den 1. januar 2025 har borgerne ikke selv kunnet vælge, at disciplinærnævnet skal behandle sagen. En klage over sundhedsfaglig behandling i Danmark indgives som udgangspunkt til Styrelsen for Patientklager og behandles som en klage over behandlingsstedet. Hvis styrelsen vurderer, at sagen indeholder skærpende omstændigheder, vil klager blive tilbudt at få denne del af sagen behandlet af disciplinærnævnet som en klage over en eller flere konkrete sundhedspersoner. Se mere om sager med skærpende omstændigheder i afsnit 5.4.

Hvis Styrelsen for Patientklager udtaler kritik af et behandlingssted, har klager mulighed for at klage til disciplinærnævnet over den eller de konkrete sundhedspersoner, som er ansvarlige for den del, der er givet kritik for. Klager havde også denne mulighed før lovændringen.

Desuden kan der klages til disciplinærnævnet i de tilfælde, hvor behandlingsstedet er ophørt, eller hvor behandlingen ikke er ydet i tilknytning til et behandlingssted, men fx som akut hjælp på gaden.

En klage over behandling foretaget i Grønland kunne indtil den 14. februar 2025 kun indgives til disciplinærnævnet. Dette er ændret, så klagen indgives til Styrelsen for Patientklager som en forløbsklage. Landslægeembedet i Grønland kan dog beslutte at indbringe klagen for disciplinærnævnet, hvis landslægeembedet vurderer, at der er skærpende omstændigheder.

Der er ikke ændringer i forhold til at klage over sundhedsfaglig behandling, der har fundet sted på Færøerne. Klagen kan fortsat kun behandles af disciplinærnævnet.

Der er fra den 1. januar 2025 sket en indskrænkning i, hvilke sundhedspersoner disciplinærnævnet kan tage stilling til. Der kan ikke længere klages til disciplinærnævnet over privatpraktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere, når behandlingen er foretaget med hel eller delvis egenbetaling fra patienten. Der kan heller ikke klages til Styrelsen for Patientklager over behandling foretaget med hel eller delvis egenbetaling fra patienten på private tandklinikker. Der kan stadig klages over behandlingen ved den offentlige tandpleje.

2.3. Disciplinærnævnets sammensætning

Disciplinærnævnet består af cirka 100 medlemmer.

På et disciplinærnævnsmøde deltager:

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

Formanden er landsdommer, og næstformændene er byretsdommere. De er alle udpeget af indenrigs- og sundhedsministeren.

Lægmandsrepræsentanterne er beskikket af indenrigs- og sundhedsministeren efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet Tænk og Danske Patienter.

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

Formand, næstformænd og medlemmer udpeges eller beskikkes for en periode af fire år. Den nuværende periode udløber den 31. december 2026.

Det fremgår af bilag 1, hvordan disciplinærnævnet var sammensat i 2025.

2.4. 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 sundhedspersonen ved sin sundhedsfaglige virksomhed kan have gjort sig skyldig i et strafbart forhold.

Sagen bliver behandlet på et disciplinærnævnsmøde, hvis der lægges op til kritik af sundhedspersonen, herunder kritik med indskærpelse. Desuden bliver sagen behandlet på et disciplinærnævnsmøde, hvis den fx er principiel, 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 er formandens/næstformandens stemme afgørende for sagens udfald.

Formanden og næstformændene kan afgøre sager, hvor der ikke er tvivl om, at sundhedspersonen har handlet inden for normen for almindelig anerkendt faglig standard, og der derfor ikke gives kritik.

2.5. Offentliggørelse af afgørelser

Vi skal offentliggøre alle afgørelser uden anonymisering af sundhedspersonens navn, titel og autorisationsnummer 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.

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 >](#)

2.6. Genoptagelse

En sag kan genoptages og behandles på ny, 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 også indbringes for domstolene, som tager stilling til afgørelsen, herunder det sundhedsfaglige skøn.

SAGSGANG



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER



3. Sagsgang

Sagens gang for disciplinærnævnsager indsendt i 2025 følger denne grafiske oversigt:



*DN: Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

- Forløbsklager, hvor eventuel kritik er rettet mod behandlingsstedet.
- Disciplinærnævnsager, hvor eventuel kritik er rettet mod en eller flere sundhedspersoner.

Vi har nedenfor valgt at uddybe nogle af de sagsbehandlingsskridt, der fremgår af oversigten. Vi beskriver blandt andet, hvordan de indklagede sundhedspersoner bliver inddraget i processen.

En sag kan behandles af disciplinærnævnet i de tilfælde, hvor der er skærpende omstændigheder, og klager ønsker forholdet behandlet som en disciplinærnævns sag, hvor behandlingsstedet er ophørt, eller hvor behandlingen er udført uden tilknytning til et behandlingssted.

Derudover har klager mulighed for at få klagen behandlet som en disciplinærnævns sag vedrørende de forhold, hvor der i en tidligere forløbsklage er fundet grundlag for at udtale kritik. Forløbet for sådanne sager uddybes i afsnit 3.2.

3.1. Sagsprocessen for en disciplinærnevns sag

3.1.1. Modtagelse og formalitjæk

Ved modtagelse af sagen foretages der en indledende vurdering af sagens formalia, hvor sekretariatet vurderer, om sagen kan behandles. Det undersøges, om klager er klageberettiget, og om klagefristerne er overholdt. En klage skal være indgivet senest to år efter det tidspunkt, hvor klageren var eller burde være bekendt med det forhold, der klages over. Den absolutte klagefrist er fem år. Klagen skal derfor være indgivet senest fem år efter behandlingen fandt sted.

Derudover er det et krav, at klagen skal vedrøre sundhedsfaglig virksomhed. Det betyder, at en klage over servicemæssige forhold, såsom arbejdstilrettelæggelse, ventetid og sundhedspersoners opførsel, ikke kan behandles. Hvis klagen vedrører sådanne forhold, vurderes det, om klagen kan oversendes til den ansvarlige region eller kommune.

3.1.2. Indhentelse af materiale og orientering om klagepunkter

Klagen sendes til behandlingsstedet, og der anmodes om materiale til brug for sagens videre behandling.

Når alt relevant materiale er modtaget, bliver sagen gennemgået, og der udarbejdes konkrete klagepunkter ud fra klagen og materialet. Den ansvarlige sundhedsperson identificeres. Klagepunkterne deles op i emner, fx klage over behandling, journalføring og indhentelse af informeret samtykke.

Når klagepunkterne er udarbejdet, sendes de til behandlingsstedet, som får mulighed for at komme med en udtalelse. Herefter sendes klagen, klagepunkterne, materialet og en eventuel udtalelse fra behandlingsstedet til den indklagede sundhedsperson, som har mulighed for at komme med sine bemærkninger. Klagepunkterne sendes desuden til klager til orientering.

3.1.3. Vurdering hos sagkyndig

Klagesager bliver med få undtagelser sendt til vurdering hos en sagkyndig sundhedsperson. Den sagkyndige vælges ud fra den faggruppe og det speciale, som sagen vedrører. Den sagkyndige skal vurdere, om behandlingen var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Alle vores sagkyndige har erfaring og er opdaterede inden for deres fagområde.

3.1.4. Partshøring inden sagens afslutning

Parterne partshøres over faktuelle oplysninger, som kan være til ugunst for deres synspunkter, inden sagen bliver afsluttet.

Det betyder, at klager får sendt sagens materiale, hvis der ikke lægges op til kritik i afslutningen.

Den indklagede sundhedsperson får mulighed for at udtale sig igen, hvis der lægges op til kritik. Sundhedspersonen vil få sendt den sagkyndiges vurdering.

3.1.5. Afgørelse

Når disciplinærnævnet har truffet afgørelse i sagen, sendes afgørelsen til klager, den indklagede sundhedsperson, behandlingsstedet, regionen/kommunen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Det fremgår af afgørelsen, hvad vi har lagt vægt på, og hvilke regler vi har anvendt. Det fremgår ligeledes, hvilke nævnsmedlemmer, der har truffet afgørelsen.

3.2. Disciplinærnævns sag efter afgjort forløbsklage

Hvis Styrelsen for Patientklager i en forløbsklage udtaler kritik af behandlingsstedet, kan klager efterfølgende få sagen behandlet af disciplinærnævnet for så vidt angår den del af klagen, som har ført til kritik.

Klager skal inden for de almindelige klagefrister oplyse, om forholdet ønskes behandlet som en disciplinærnævns sag. Der oprettes derefter en særskilt sag, hvor der laves en konkret vurdering af, om klagefristerne er overholdt. Den tid, Styrelsen for Patientklager har brugt på at behandle forløbsklagen, tæller ikke med i beregningen af, om klagen er indgivet inden for klagefristerne. Hvis klagefristen er overskredet, afvises sagen.

Hvis sagen kan behandles, overføres materialet fra behandlingsstedet til den nye sag, og sagen følger derefter processen som ovenfor beskrevet i afsnit 3.1.

NØGLETAL



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER



4. Nøgletal

Tallene i de nedenstående grafer er trukket i start juni 2026. Vi tager derfor forbehold for eventuelle efterfølgende ændringer i de konkrete tal.

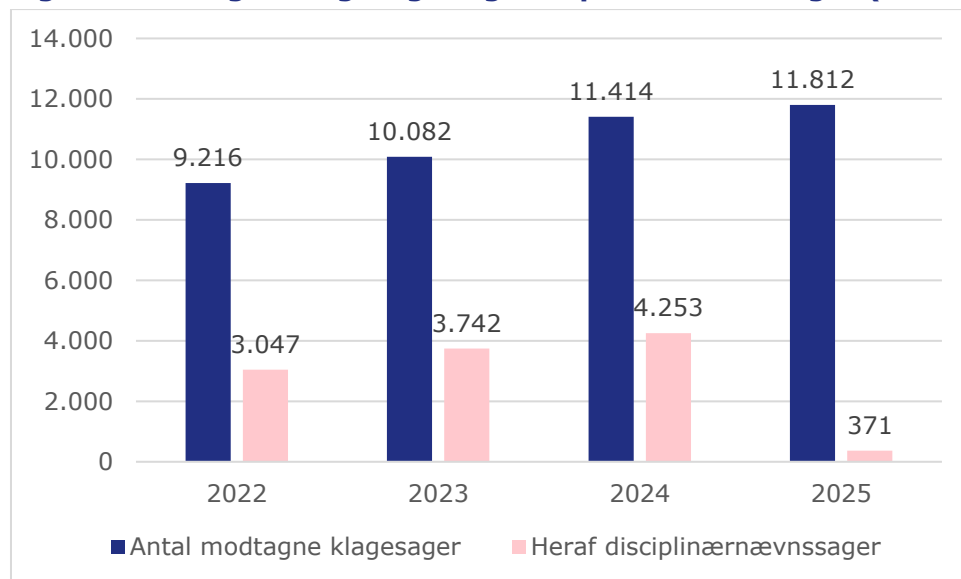
4.1. Nye sager

I 2025 blev der indgivet 371 klagesager til disciplinærnævnet. Det svarer til et fald på 91% i forhold til antallet af disciplinærnævns sager i 2024 (4.253). Faldet skyldes lovændringen den 1. januar 2025, hvorefter en klage som udgangspunkt behandles som en forløbsklage, og kun kan behandles som en disciplinærnævns sag i de tilfælde, der er nævnt i afsnit 2.2.

Det bemærkes dog, at der er tale om antallet af modtagne klagesager, og at ikke alle sager fører til en afgørelse ved disciplinærnævnet. Det skyldes, at alle oprettede sager tæller med, uanset om disse afvises eller lukkes uden en afgørelse, fx på grund af en overskridelse af klagefristen, frafald af sagen, dialog eller manglende kompetence.

I tabellen nedenfor fremgår det samlede antal modtagne klagesager og heraf antal disciplinærnævns sager i perioden fra 2022 til og med 2025.

Figur 1. Modtagne klagesager og disciplinærnævns sager (2022-2025)

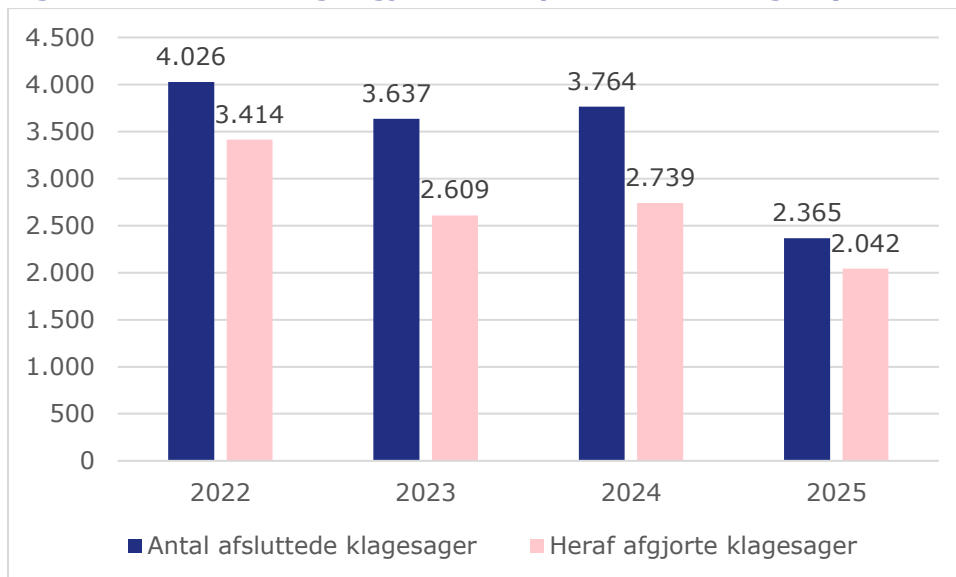


Note: Data for 2022-2024 kan afvige fra tidligere årsberetninger på grund af ændret registreringspraksis, efterregistreringer og genoptagelse af ellers afsluttede sager.

4.2. Afgørelser

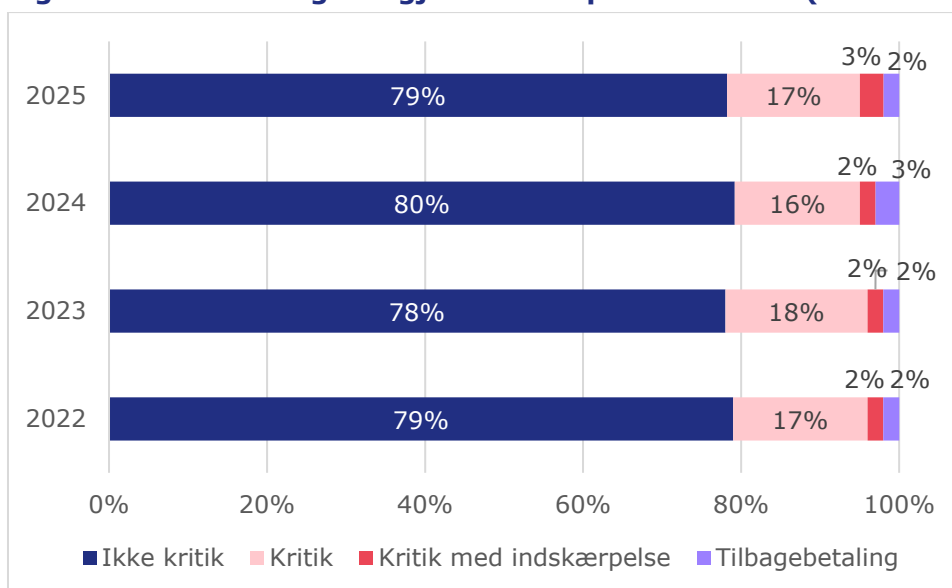
I 2025 afsluttede disciplinærnævnet i alt 2.365 klagesager. Heraf traf disciplinærnævnet afgørelse i 2.042 sager. De resterende sager blev afsluttet uden, at de blev behandlet på et nævnsmøde eller af en formand. Dette var blandt andet tilfældet, hvor klager frafaldt sin klage, eller hvor sekretariatet vurderede, at nævnet ikke havde kompetence til at behandle sagen.

Figur 2. Afsluttede og afgjorte disciplinærnævnsager (2022-2025)



I tabellen nedenfor ses udfaldet af de afgjorte sager i perioden fra 2022 til 2025 angivet i procent.

Figur 3. Udfald af sager afgjort af disciplinærnævnet (2022-2025)



Note: Afgørelser med tilbagebetaling vedrører privatpraktiserende 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

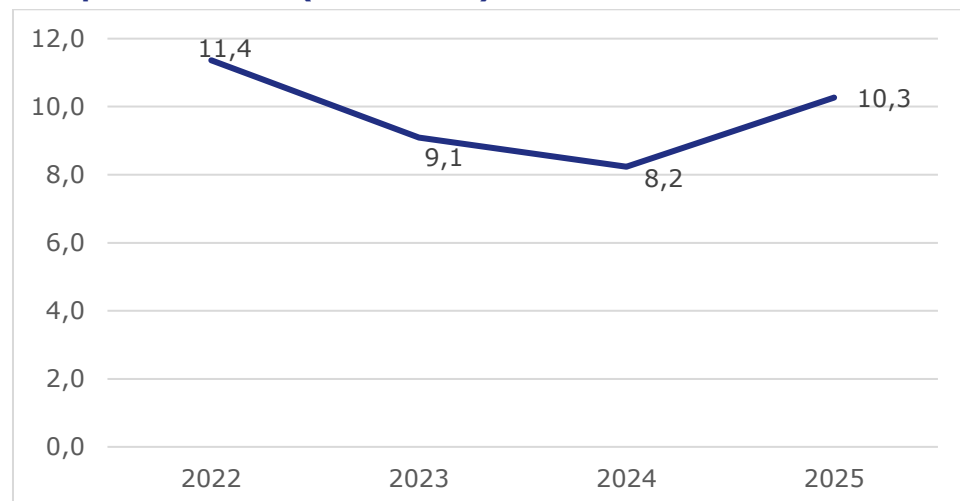
Styrelsen for Patientklager har et overordnet politisk mål for sagsbehandlingstiden i klagesager på 9 måneder. Sager, der skal behandles af disciplinærnævnet, indeholder typisk flere sagsbehandlingsskridt, herunder fx partshøring af den indklagede sundhedsperson og mødebehandling, og

tager derfor ofte længere tid at behandle. For disciplinærnævnsager er målet for sagsbehandlingstiden derfor 11 måneder.

På grafen nedenfor ses udviklingen af sagsbehandlingstiden for sager afgjort af disciplinærnævnet i perioden fra 2022 til 2025. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2025 var på 10,3 måneder. Den stigende sagsbehandlingstid skyldes en stigning i det samlede antal klagesager, og at der derfor blev ansat mange nye medarbejdere, der skulle oplæres.

Beregningen af sagsbehandlingstid indeholder ikke sager, der er afsluttet efter dialog eller afsluttet i den indledende del af sagsbehandlingen.

Figur 4. Gennemsnitlig sagsbehandlingstid for sager afgjort af disciplinærnævnet (2022-2025)

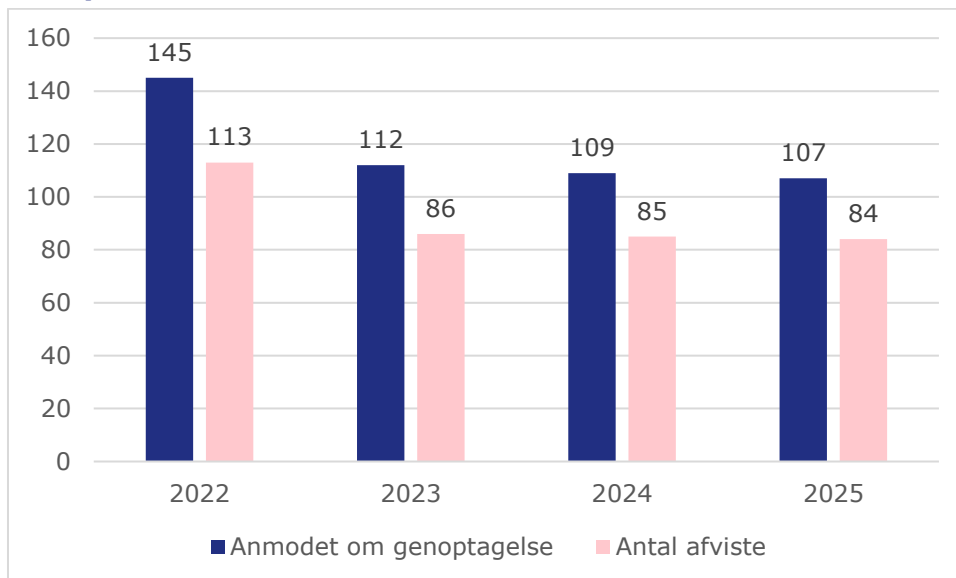


4.4. Genoptagelsessager

I 2025 behandlede vi 107 anmodninger om genoptagelse. Heraf vurderede disciplinærnævnet, at 84 af sagerne ikke levede op til kriterierne for genoptagelse, og de blev derfor afvist. Det svarer samlet til, at 79% af genoptagelsesanmodningerne blev afvist. Til sammenligning blev 78% afvist i 2024, 77% afvist i 2023 og 78% afvist i 2022.

Fordelingen ses i tabellen nedenfor.

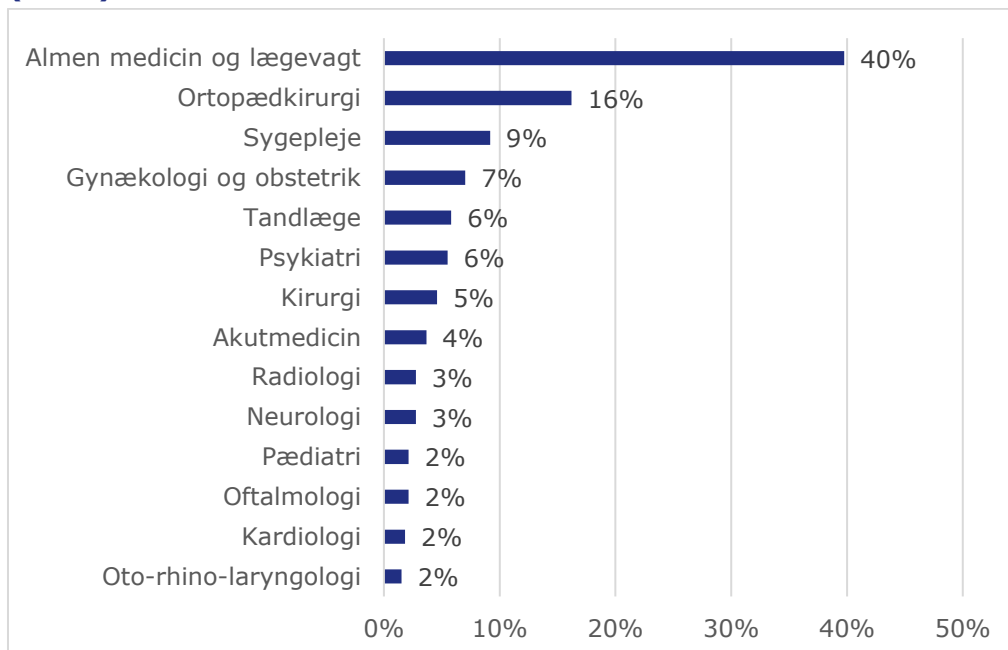
Figur 5. Antal anmodninger om genoptagelse og antal afviste (2022-2025)



4.5. Specialefordeling

Disciplinærnævnet behandler sager inden for flere sundhedsfaglige specialer. I tabellen nedenfor fremgår de 14 største specialer, der blev klaget over i 2025.

Figur 6. Fordeling af specialer i sager modtaget af disciplinærnævnet (2025)



NÆVNETS PRAKSIS



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER



5. Nævnets praksis

Vi har nedenfor gennemgået praksis inden for fire 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 blindtarmsbetændelse

Vi har valgt at referere nogle afgørelser i sager, hvor der er klaget over overset blindtarmsbetændelse, da det er et tema, der går igen i flere klagesager. Klagerne vedrører blandt andet telefonkonsultationen eller undersøgelsen hos lægevagten. Patienten kan være utilfreds med, at der ikke blev tilbudt en fysisk konsultation, eller at henvendelsen ikke medførte indlæggelse. Der klages, fordi det senere viser sig, at patienten skal opereres for blindtarmsbetændelse. Der er også enkelte klager over behandlingen på et sygehus, hvor patienten blev udskrevet med råd om at kontakte en læge ved forværring.

Blindtarmsbetændelse kan være vanskelig at diagnosticere på grund af en varierende placering af blindtarmen, og da symptomer og kliniske fund kan variere fra tilfælde til tilfælde. Tilstanden udvikler sig typisk over 12-24 timer og viser sig indledningsvis ved svage og diffuse smerter omkring navlen, hvorefter de sædvanlige symptomer på tilstanden viser sig ved tiltagende mavesmerter, der vandrer nedad mod højre. Der kan tilkomme feber, kvalme, manglende appetit, ømhed og forhøjede infektionstal.

Sag 1

26DNU04

Sagen kort

5.1.1. Stærke mavesmerter burde undersøges nærmere

En sygeplejerske fra en natlægevagt fik kritik for ikke at spørge tilstrækkeligt ind til symptomerne og for ikke at visitere til en fysisk konsultation.

Sagen drejede sig om en 27-årig kvinde, som ringede til natlægevagten, da hun havde stærke mavesmerter og havde kastet op siden om eftermiddagen. Hun kunne ikke gå eller stå oprejst og havde det bedst, når hun lå i fosterstilling på venstre side. Hun havde ikke diarré, og hendes temperatur var 38,0 grader.

Sygeplejersken vurderede, at der var tale om en mavevirus, og at kvinden skulle se tiden an.

Der blev klaget over, at behandlingen ikke var relevant, herunder at kvinden burde have været visiteret til en fysisk konsultation. Hun blev senere opereret for blindtarmsbetændelse.

Kritik

Vi udtalte kritik:

- da sygeplejersken burde have visiteret til en fysisk konsultation, fordi kvinden havde stærke mavesmerter, opkastninger, feber, havde det bedst når hun lå på venstre side og ikke kunne stå op på grund af smerterne. De stærke mavesmerter, og det forhold, at hun ikke kunne stå op på grund af smerterne, var i sig selv nok til, at der burde visiteres til en fysisk konsultation.

- da sygeplejersken ikke spurgte tilstrækkeligt ind til symptomerne, herunder lokaliseringen af smerterne, og om smerterne var konstante eller periodiske. Ved telefonisk visitation af en patient med mavesmerter vil det være relevant at få afklaret smerteintensiteten, varigheden, smerternes lokalisering, og om det drejer sig om konstante eller periodiske smerter. Det er desuden relevant at afklare, om patienten er alment påvirket og hos kvinder i den fertile alder, om hun kan være gravid.

Ved blindtarmsbetændelse vil smerterne ofte være konstante og forværres ved bevægelse. Smerterne vil i starten ofte være lokaliseret i midten af maven og senere i højre side af maven nedadtil. Næsten alle patienter har kvalme og enkelte opkastninger. Temperaturen er ofte let forhøjet i området 37,5-38,5 grader. Symptomerne ved mavevirus vil ofte være opkastninger, diarré og mavesmerter, som typisk ikke er konstante.

Sag 2

26DNU05

5.1.2. Barn burde have været henvist til et sygehus

En vagtlæge fik kritik for ikke at henvise et barn med tegn på blindtarmsbetændelse til yderligere undersøgelser og observation på et sygehus.

Sagen kort

Sagen drejede sig om et barn på 7 år, som blev tilset i en vagtlægekonsultation på grund af opkast, feber og smerter i den nedre del af maven mod højre.

Vagtlægen spurgte ind til symptomerne og lavede en objektiv undersøgelse af barnets mave. Der var let ømhed ved McBurney-punktet, der er et punkt i højre nedre del af maven, hvor der typisk vil være ømhed ved begyndende blindtarmsbetændelse. Desuden blev barnets infektionstal undersøgt. Vagtlægen ordinerede smertestillende medicin.

Der blev klaget over, at der ikke blev reageret relevant på symptomerne på blindtarmsbetændelse, og at undersøgelsen ikke var tilstrækkelig.

Kritik

Vi udtalte kritik:

- da vagtlægen burde have reageret på smerter ved McBurney-punktet. Børn med mavesmerter er en hyppig patienttype i lægevagten og oftest skyldes det en maveinfektion, men en gang imellem kan der være tale om blindtarmsbetændelse. Symptomerne på blindtarmsbetændelse kan være yderst svære at skelne fra maveinfektioner, specielt i starten af sygdomsforløbet, men blindtarmsbetændelse bør være en del af overvejelserne.
- da vagtlægen burde have henvist til yderligere undersøgelser og observation på et sygehus, fordi der var ømhed ved McBurney-punktet. Ømhed ved McBurney-punktet kan skyldes blindtarmsbetændelse, og det er derfor relevant at få be- eller afkræftet denne diagnose ved yderligere undersøgelser.

Sag 3

26DNU06

Sagen kort

5.1.3. Ikke tegn på blindtarmsbetændelse ved undersøgelsen

Det var relevant, at en vagtlæge vurderede, at der ikke var tegn på en akut operationskrævende tilstand. Symptomerne var i øvrigt ikke forenelige med blindtarmsbetændelse på undersøgelsestidspunktet.

Sagen drejede sig om en 27-årig kvinde, som var kendt med galdesten og sure opstød. Hun havde tiltagende mavesmerter trods behandling med smertestillende medicin og blev tilset af en vagtlæge i hjemmet.

Vagtlægen undersøgte kvindens mave, og hun blev vejledt om at kontakte sin praktiserende læge ved feber eller fortsatte smerter.

Vagtlægen oplyste blandt andet til sagen, at der ikke var ømhed i et bestemt område i den nedre del af maven.

Der blev klaget over, at behandlingen ikke var relevant henset til kvindens tilstand.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik:

- da det var relevant at vurdere, at der ikke var tegn på en akut, operationskrævende tilstand. Det var desuden relevant at bede kvinden se tilstanden an, give råd om smertestillende medicin og ordinere kvalmestillende medicin. Ligeledes var det relevant at bede kvinden kontakte sin praktiserende læge ved feber eller fortsatte smerter. Vagtlægen vurderede ved undersøgelsen, at den nedre del af maven var blød og uden udfyldninger. Hun havde ondt i den øvre del af maven og var kendt med sure opstød og galdesten og havde ikke feber.

Den omstændighed, at kvinden 12 timer senere blev opereret og fik fjernet blindtarmen, var ikke ensbetydende med, at behandlingen var kritisabel. Det skyldes, at der på tidspunktet for undersøgelsen ikke blev fundet symptomer forenelige med blindtarmsbetændelse.

De typiske tegn på blindtarmsbetændelse er smerter omkring navlen, der over timer vandrer nedad til højre side af maven, ligesom maven føles hård. Der er desuden typisk feber og indirekte ømhed (hvor patienten oplever smerte et andet sted i maven end der, hvor der trykkes), slip-ømhed og ømhed ved direkte tryk på maven. Ofte opstår der kvalme og opkastninger. Ved undersøgelse tidligt i forløbet er der ofte ikke tegn på blindtarmsbetændelse. Det er derfor vigtigt at give relevante varsler.

Sag 4

26DNU07

5.1.4. Ikke grundlag for operation

En læge fik ikke kritik for at udskrive en patient, som var indlagt med mistanke om blindtarmsbetændelse. Tilstanden bedrede sig under observationen, og der blev givet relevante råd om genhenvendelse ved forværring af mavesmerterne eller manglende bedring.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 39-årig mand, der blev indlagt på en akutmodtagelse på grund af mavesmerter og mistanke om blindtarmsbetændelse. Han blev observeret, og tilset af en læge fra en kirurgisk afdeling. Lægen vurderede, at manden kunne udskrives med råd om at henvende sig igen ved forværring af mavesmerterne eller ved manglende bedring.

Der blev klaget over, at vejledningen ikke var tilstrækkelig, og at manden burde have været opereret for blindtarmsbetændelse.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik:

- da symptomerne i form af smerter i den nederste højre del af maven, kvalme, stigende infektionstal og forhøjede hvide blodlegemer, men ingen feber, gav mistanke om begyndende, men ikke akut blindtarmsbetændelse. Der var let bankeømhed over blindtarmsområdet. Efter de sædvanlige anbefalinger vil en patient typisk blive indlagt til observation i 6-7 timer og herefter vurderet igen. Hvis symptomerne er aftaget, vil patienten blive sendt hjem med råd om at henvende sig ved forværring eller manglende bedring.
- da det var relevant at indlægge manden til observation. Da han fik det bedre under de syv timers observation, var det relevant at vurdere, at han kunne sendes hjem med smertevarsel og varsel om at henvende sig igen, hvis han fik det værre eller ikke fik det bedre.
- da der ikke var grundlag for at operere for blindtarmsbetændelse, selvom flere af symptomerne kunne tolkes som begyndende blindtarmsbetændelse.

De omstændigheder, at manden senere blev opereret, og at blindtarmen var sprunget, var ikke ensbetydende med, at behandlingen var kritisabel. Det skyldes, at blindtarmsbetændelse kan være en vanskelig diagnose at stille på grund af blindtarmens placering i forhold til tarmene. Der er herudover tale om en tilstand, som kan ændre sig hurtigt over timer til døgn.

Sag 5

26DNU08

5.1.5. Relevant at udskrive med råd om fornyet kontakt

En overlæge fik ikke kritik for at udskrive en patient efter undersøgelse for blindtarmsbetændelse. Der var ikke tale om en akut behandlingskrævende tilstand eller behov for yderligere akut udredning.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 53-årig mand, som blev indlagt på en akutmodtagelse på grund af mistanke om blindtarmsbetændelse. Han havde i 1,5 døgn haft diffuse mavesmerter, der i løbet af natten var trukket ned mod den nederste del af maven i højre side.

En overlæge undersøgte mandens mave, som var blød med normale tarmlyde og øm ved berøring. Manden var ikke akut medtaget og havde ikke feber. Infektionstallet var lidt forhøjet. Overlægen konfererede med en kirurgisk bagvagt, og det blev vurderet, at det ikke var nødvendigt med et akut kirurgisk tilsyn.

Manden blev udskrevet med besked om at tage kontakt til afdelingen ved tiltagende smerter eller feber.

Der blev klaget over, at undersøgelsen ikke var relevant og tilstrækkelig i forhold til de oplyste symptomer. Smerterne var forværret den næste dag, og manden henvendte sig igen. En CT-scanning af maven viste tegn på blindtarmsbetændelse, og blindtarmen blev fjernet ved en operation.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik:

- da overlægen foretog en relevant og tilstrækkelig undersøgelse. Overlægen undersøgte maven, målte de vitale værdier, herunder blodtryk, puls og temperatur, og tog en blodprøve for at måle infektionstallet. Overlægen konfererede herefter med en kirurgisk bagvagt for at sikre, at der ikke var tale om en akut behandlingskrævende tilstand.
- da det var relevant at vurdere, at der ikke var mistanke om en akut behandlingskrævende tilstand. Maven var blød med normale tarmlyde, diskret ømhed ved berøring på højre side af maven, og der var ikke tegn på betændelse i bugvæggen. Blodprøven viste et lidt forhøjet infektionstal. Manden var upåvirket, uden feber, og de vitale værdier var stabile. Da symptomerne ikke var forenelige med en akut behandlingskrævende tilstand, var der ikke grundlag for yderligere akut udredning, herunder ultralyds- eller CT-scanning.
- da det var relevant og sundhedsfagligt forsvarligt, at overlægen udskrev manden for at se symptomerne an og gjorde opmærksom på, at der var risiko for forværring af symptomerne. Han blev desuden vejledt om at kontakte afdelingen direkte i tilfælde af feber eller smerter.

Når en patient har symptomer fra maven, som kan give mistanke om blindtarmsbetændelse, er det standardprocedure at lave en objektiv klinisk vurdering, som indebærer måling af vitale værdier og undersøgelse af maven. Der tages herudover blodprøve for at undersøge patientens infektionstal.

Hvis den objektive undersøgelse giver mistanke om en akut behandlingskrævende tilstand, konfereres forløbet med en kirurgisk vagt med henblik på videre udredning, fx ultralyds- eller CT-scanning. Hvis den objektive vurdering og blodprøvesvar ikke tyder på en akut operationskrævende tilstand, og patienten fortsat har gener/smerter, afventes

afklaring i en observationsperiode. Patienten kan enten blive på afdelingen eller udskrives til hjemmet med information om at kontakte afdelingen igen ved forværring.

5.2. Klager over ordination af penicillin

Penicillin er den mest anvendte type af antibiotika. Penicillin er dog et af de lægemidler, der hyppigst giver anledning til alvorlig allergi. I 2025 behandlede disciplinærnævnet flere klager, hvor der var blevet ordineret penicillin til patienter, der var kendt med penicillinallergi. Det er derfor relevant at sætte fokus på dette emne og vigtigheden af, at der forud for hver ordination af penicillin spørges ind til kendt allergi.

Penicillinallergi er en overfølsomhedsreaktion, hvor immunsystemet reagerer mod penicillinen som et fremmed stof. En allergisk reaktion kan variere fra milde symptomer som hududslæt og kløe til alvorlige og potentielt livstruende symptomer som åndedrætsbesvær, hævelse i ansigtet og halsen, fald i blodtrykket og anafylaktisk chok, som i værste tilfælde kan medføre dødsfald. Hvis en patient har penicillinallergi, bør patienten ikke behandles med penicillin. Der findes alternative lægemidler, der kan bruges som erstatning for penicillin.

Sag 6

26DNU09

Sagen kort

5.2.1. Penicillin givet under operation til trods for penicillinallergi

En ortopædkirurgisk læge fik kritik for at give penicillin til en patient i forbindelse med en operation, da patienten var kendt med penicillinallergi.

Sagen drejede sig om en 64-årig kvinde, der i forbindelse med en operation under fuld bedøvelse fik ordineret penicillinpræparatet Bioclavid. Kvinden var kendt med allergi for benzylpenicillin. Efter operationen fik hun koldsved, blev bleg, havde kvalme og opkastninger.

Der blev klaget over, at hun under selve operationen fik penicillin, selvom det fremgik af hendes patientjournal, at hun var kendt med penicillinallergi. Hun oplyste i forbindelse med klagen, at hun dagen efter fik udslæt på kroppen med rødme, hævelse og kløe.

Kritik

Vi udtalte kritik:

- da det ikke var sundhedsfagligt forsvarligt, at lægen gav kvinden penicillinpræparatet Bioclavid, da hun var kendt med penicillinallergi. Det skyldes, at penicillinallergi er en alvorlig tilstand, der kan have livstruende konsekvenser. Lægen burde forud for ordination af penicillin have undersøgt, om kvinden var allergisk, hvorefter lægen burde have valgt et alternativt antibiotikum. Der er flere andre typer antibiotika, der kan anvendes i stedet for penicillin, hvis en patient er allergisk.

Sag 7

25DNU23

5.2.2. Penicillin udskrevet trods penicillinallergi

En afdelingslæge fik kritik for at udskrive penicillinpræparatet Amoxicillin til en patient med kendt penicillinallergi. Afdelingslægen burde have spurgt ind

til allergier og orienteret sig i oplysninger i CAVE-feltet. Det var ikke tilstrækkeligt at forvente en systemadvarsel ved ordinationen.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 75-årig kvinde, der havde fået indsat en ny hjerteklap. Under indlæggelsen ordinerede afdelingslægen præparatet Amoxicillin til hende.

Afdelingslægen udtalte, at han havde ordineret Amoxicillin, selvom der var en CAVE-registrering af lægemidlet Bioclavid, der indeholder det aktive stof amoxicillin, i kvindens elektroniske patientjournal. Lægen udtalte også, at der normalvis ville fremkomme en tydelig systemadvarsel ved forsøg på ordination af lægemidler, som var CAVE-registreret. Der kom ikke en advarsel, da lægemidlet ikke var registreret korrekt i systemet.

Der blev klaget over ordinationen, da kvinden begyndte at få symptomer på en allergisk reaktion.

Kritik

Vi udtalte kritik:

- da afdelingslægen udskrev medicin i form af præparatet Amoxicillin til kvinden, hvilket hun var allergisk overfor. Afdelingslægen burde have udskrevet en anden type antibiotika.
- da afdelingslægen burde have spurgt ind til allergier over for medicin, og burde have orienteret sig i CAVE-registreringer i kvindens patientjournal, herunder friteksten i CAVE-feltet, hvor lægemidlet Bioclavid fremgik. CAVE er en oversigt i patientjournalen over lægemidler, som en patient ikke bør få typisk på grund af allergi, bivirkninger eller større følsomhed. CAVE-feltet bruges som vidensdeling og beslutningsstøtte med angivelse eller nærmere beskrivelse af allergien.

Sag 8

26DNU10

5.2.3. Relevant at give penicillin, da allergi ikke fremgik

Der blev ikke givet kritik til en praktiserende læge for ordination af penicillin, da det blev lagt til grund, at lægen ikke var bekendt med, at patienten var penicillinallergiker. Derimod blev der givet kritik for den manglende journalføring af, at lægen spurgte ind til en eventuel allergi.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 57-årig mand, der blev tilset af en praktiserende læge grundet en infektion i et kronisk sår i huden. Han var kendt med type 2-diabetes. Lægen podede såret og ordinerede præparatet Dicloxacillin, som er et penicillinpræparat.

Der blev klaget over ordinationen af penicillin, da patienten oplyste, at han i forbindelse med konsultationen tydeligt gjorde den praktiserende læge opmærksom på, at han ikke kunne tåle penicillin. Under sagen oplyste manden desuden, at han få dage efter blev indlagt med udslæt og vejtrækningsbesvær efter opstart af behandlingen med penicillin.

Det blev i sagen lagt til grund, at den praktiserende læge ikke var bekendt med, at manden ikke kunne tåle penicillin.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik for behandlingen:

- da det var relevant, at den praktiserende læge udskrev penicillin, da en diabetiker med infektion i et sår typisk vil blive behandlet med præparatet Dicloxacillin, hvis patienten kan tåle penicillin. Det skyldes, at der ofte vil være tale om en infektion med stafylokokker, som kan behandles effektivt med et præparat med indholdsstoffet dicloxacillin.

Der blev imidlertid givet kritik for journalføringen, da lægen burde have journalført, at der blev spurgt ind til, om manden kunne tåle penicillin.

5.3. Klager i sager med videokonsultation

Brugen af videokonsultationer i både almen praksis, lægevagten og AMK-Vagtcentralen (112) er øget de seneste år, særligt som følge af COVID-19-pandemien. Det afspejler sig ligeledes i de klagesager, som disciplinærnævnet har modtaget og behandlet. Der er imidlertid tale om et forholdsvist nyt område, hvor der kun er truffet afgørelser i et begrænset omfang. Det er derfor relevant at se på den praksis, som disciplinærnævnet er ved at fastlægge på området.

Videokonsultationer kan bruges i forbindelse med behandlingen til at understøtte sundhedspersoners visitation og vurdering (triagering) af patienter. Brugen af video kan dermed bidrage til at anvende sundhedsvæsenets ressourcer på en hensigtsmæssig måde.

Når disciplinærnævnet træffer afgørelse i sager vedrørende brug af videokonsultation, vil det ofte blive vurderet, om det var relevant og sundhedsfagligt forsvarligt at benytte video, herunder om patienten i stedet burde være tilset ved en fysisk konsultation. Vurderingen baseres på lægevagtens notat og lydfiler fra både telefonsamtale og videokonsultation. Da selve billedoptagelsen fra videoen typisk ikke gemmes, indgår sædvanligvis kun lyden herfra i vurderingen.

Styrelsen for Patientklager har udarbejdet en casesamling om brug af video i lægevagten. Casesamlingen skal medvirke til at skabe øget klarhed på et område, hvor der fortsat eksisterer gråzoner i den kliniske praksis.

Casesamlingen giver et konkret indblik i flere afgørelser i sager med videokonsultation.

Det fremgår af casesamlingen, at en patient ikke bør vurderes på video, hvis dennes symptomer eller sygehistorie tyder på en alvorlig tilstand. Patienten bør ses ved fremmøde eller hjemmebesøg, hvis der er brug for en fysisk undersøgelse for at vurdere tilstanden tilstrækkeligt. Hvis patientens fremtoning og farver har afgørende betydning for behandlingsvalget, bør patienten ligeledes tilbydes en fysisk undersøgelse, da det kan være risikabelt kun at se patienten over video.

LÆS MERE OM CASESAMLINGEN HER

Sag 9

26DNU11

Sagen kort

5.3.1. Video ikke tilstrækkelig grundet alvorlige symptomer

En sygeplejerske ved natlægevagten fik kritik for ikke at indlægge en patient, der fremstod med klassiske symptomer på akut blindtarmsbetændelse.

Sagen drejede sig om en 63-årig kvinde, der kontaktede lægevagten, fordi hun havde haft voldsomme mavesmerter gennem to dage. Sygeplejersken så kvinden på en videokonsultation, hvor hun fremstod med overfladisk vejtrækning, tydeligt smerteplaget og fysisk urolig. Sygeplejersken spurgte ind til kvindens vandladning og vurderede, at det var relevant at se tiden an og behandle med smertestillende medicin. Kvinden blev vejledt om fornyet kontakt ved forværring.

Der blev klaget over, at kvindens symptomer ikke blev taget seriøst, og at hun ikke blev tilset akut eller hentet med en ambulance.

Kritik

Vi udtalte kritik:

- da kvinden ikke modtog en relevant behandling henset til hendes sygehistorie og tilstand, fordi hun fremstod med klassiske symptomer på en potentiel alvorlig og behandlingskrævende tilstand i maven. Sygeplejersken burde have mistænkt akut blindtarmsbetændelse, da kvinden henvendte sig med akutte mavesmerter, der havde udviklet sig over to dage, og nyligt opstået ustyrlige smerter fra kønsbenet. Hertil kommer, at hun oplyste om feber, konstante smerter, der var startet som en brændende og sviende fornemmelse, og overfladisk vejtrækning.
- da det ikke var sundhedsfagligt forsvarligt at vejlede om at se tiden an med smertestillende medicin, tømme blæren tilstrækkeligt og tage fornyet kontakt ved forværring af smerterne. Det skyldes, at kvindens symptomer var af en sådan karakter, at hun burde have været direkte indlagt. Hertil kommer, at behandling med smertestillende medicin kan vanskeliggøre den fortsatte observation af sygdomsudviklingen og sløre symptomerne fra en alvorlig sygdomstilstand, der kræver akut operation.

Sag 10

26DNU12

5.3.2. Tilstrækkelig med videokonsultation ved skade på fod

En vagtlæge fik ikke kritik for at vejlede en patient om at afvente og kontakte sin praktiserende læge dagen efter grundet smerter i sin fod som følge af et spark. Det var relevant at tilse patienten over video og herved vurdere, at der ikke var grundlag for en fysisk konsultation eller videre akut udredning og undersøgelse.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 25-årig mand, der kontaktede lægevagten, da han havde slået sin venstre fod ved et spark. Vagtlægen spurgte ind til hans symptomer og tilså foden over video. Vagtlægen vurderede, at der ikke var mistanke om brud og vejledte manden om at kontakte sin praktiserende læge.

Der blev klaget over, at manden ikke blev relevant behandlet, herunder at han ikke blev henvist til billeddiagnostisk udredning af foden.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik:

- da vagtlægen spurgte relevant og tilstrækkeligt ind til mandens sygehistorie og aktuelle symptomer, som var ømhed særligt ved belastning. Det var desuden relevant, at vagtlægen ved en videokonsultation vurderede skadens omfang, herunder om der var hævelse eller misfarvning af foden. Vagtlægen konstaterede, at der var hævelse, men ikke misfarvning, og at manden kunne støtte på foden. Vagtlægen vurderede, at der ikke var mistanke om brud i foden, og at manden kunne vente til næste dag med at få foden vurderet hos sin praktiserende læge.
- da det ikke kunne kritiseres, at manden ikke blev henvist til billeddiagnostisk udredning. Det skyldes, at vagtlægen på baggrund af sin vurdering ikke fandt mistanke om brud, hvorved der ikke var grundlag for at henvise til en røntgenundersøgelse.

Sag 11

26DNU13

5.3.3. Videokonsultation vakte ikke mistanke om alvorlig sygdom

En vagtlæge fik ikke kritik for ved videokonsultation at vurdere, at der ikke var grundlag for at mistænke en blodprop eller anden akut behandlingskrævende tilstand. Det var derfor relevant, at vagtlægen vejledte om at se tilstanden an og kontakte egen praktiserende læge.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 62-årig kvinde, der tidligere samme dag var blevet undersøgt i lægevagten grundet mistanke om en blodprop, da hun havde hævelse af blodårer på overarmen. Ved opkaldet foretog vagtlægen en videokonsultation. Kvinden oplyste, at venetegningen på hendes arm var blevet tydeligere, og at hun havde blålig misfarvning på underarmen, hvilket vagtlægen ikke kunne genfinde. Vagtlægen vurderede, at kvinden ikke havde vejtrækningsbesvær, og at armen ikke var hævet eller med smerter.

Vagtlægen fandt ikke grundlag for at mistænke en blodprop eller anden akut behandlingskrævende tilstand og vejledte kvinden om at tage fornyet lægekontakt ved forværring.

Der blev klaget over, at kvinden ikke blev relevant undersøgt og behandlet, henset til at hun havde symptomer på en blodprop.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik:

- da vagtlægen reagerede relevant og tilstrækkeligt på kvindens henvendelse. Det skyldes, at der blev fulgt op på de tidligere konsultationer, og vagtlægen ved en videokonsultation vurderede, om der var misfarvninger eller hævelser, og om hun var alment påvirket. Kvinden fremstod ikke i en tilstand, der gav mistanke om en blodprop eller anden akut behandlingskrævende tilstand. Den omstændighed, at det senere viste sig, at hun havde en blodprop, var ikke ensbetydende med, at behandlingen var kritisabel, fordi der ved videokonsultationen ikke var grundlag for at mistænke en blodprop.

Sag 12

26DNU14

5.3.4. Relevant ved video at give almene råd til barn med feber

En vagtlæge fik ikke kritik for ved videokonsultation at vurdere, at et barn med feber ikke skulle visiteres til en fysisk konsultation. Barnet havde fine farver og rolig vejrtrækning.

Sagen kort

Sagen drejede sig om et barn på 19 måneder, der havde haft 40,8 grader i feber gennem to dage. Barnets mor kontaktede lægevagten, da barnet havde spist og drukket sparsomt. Vagtlægen vurderede ved en videokonsultation, at barnet havde fine farver og en rolig vejrtrækning. Vagtlægen anbefalede at se tilstanden an og gav almene råd og vejledning.

Der blev klaget over, at barnet ikke blev visiteret til en fysisk konsultation.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik:

- da barnet blev relevant behandlet på baggrund af den udviste tilstand, ved at vagtlægen gav råd om at behandle med febernedsættende paracetamol og se tilstanden an. Der blev optaget relevant sygehistorie, herunder at barnet havde haft en våd ble, hvilket var relevant med henblik på at vurdere eventuel dehydrering. Det blev på baggrund af de objektive fund relevant vurderet, at barnet ikke var i en akut behandlingskrævende tilstand.

Høj temperatur er hyppigt forekommende ved børn. Feberen er en del af immunforsvaret, som er med til at bekæmpe infektionen. Feber er ikke en sygdom i sig selv. Børn får nemmere feber end voksne, og høj feber betyder ikke nødvendigvis, at barnet er alvorligt sygt. Både bakterie- og virusinfektioner kan give feber og høj feber hos børn.

- da det var sundhedsfagligt forsvarligt, at vagtlægen ikke tilbød en fysisk konsultation på daværende tidspunkt, da det var muligt at se og vurdere barnets almentilstand, farve, eventuelt dehydrering og påvirket bevidsthed ved en videokonsultation. Barnet havde haft høj feber i to dage og havde haft en våd ble tidligere på aftenen, og det var relevant at tilbyde en videokonsultation med henblik på at vurdere barnets tilstand.

5.4. Klager i sager med skærpende omstændigheder

Ved sager med skærpende omstændigheder forstås de sager, hvor Styrelsen for Patientklager ved sin indledningsvise screening af klagen vurderer, at der er begrundet mistanke om aktuel, overhængende fare eller alvorligere fare for patientsikkerheden. Det kan fx være sager, hvor der er mistanke om, at sundhedspersonen har manglende kompetencer og/eller har udøvet et groft fejlskøn. Det kan også være sager om fejlmedicinering, hvor patienten har fået forkert dosis eller forkert præparat.

Hvis styrelsen efter modtagelse af journalmaterialet fortsat vurderer, at sagen eller dele af sagen indeholder skærpende omstændigheder, bliver klager vejledt om, at disse forhold kan behandles af disciplinærnævnet. Klager får en frist til at oplyse, om klagen eller dele af klagen ønskes behandlet af disciplinærnævnet som en klage over en eller flere sundhedspersoner.

Vurderingen om, at der er mistanke om skærpende omstændigheder, medfører ikke nødvendigvis, at der udtales kritik i sagen.

I forhold til klager indgivet i 2025 er der tilbudt en disciplinærnævns sag i 96 sager. I 54 af disse sager, svarende til 56%, har klager ønsket sagen eller dele af sagen behandlet af disciplinærnævnet.

Der blev afgjort 13 sager i 2025, hvor klager havde takket ja til at få sagen behandlet som en disciplinærnævns sag. Heraf blev der i tre af sagerne udtalt kritik med indskærpelse, i ni af sagerne blev der udtalt kritik, og en sag blev afgjort uden kritik. Nedenfor refereres et udvalg af de 13 sager, der blev afgjort i 2025.

Sag 13

26DNU15

Sagen kort

5.4.1. Reagerede ikke relevant på symptomer på blodprop i hjertet

En sundhedsfaglig visitator burde have fået mistanke om en blodprop i hjertet ud fra patientens symptomer. Der blev givet kritik for at sende en ambulance med kørsel B i stedet for kørsel A.

Sagen drejede sig om en 46-årig kvinde, som havde været til undersøgelse dagen før på grund af ubehag ved hjertet. Hun rystede og følte, at hun ikke kunne trække vejret ordentligt. Hun oplevede en klump i halsen, men havde ikke fået noget i halsen. Hun var svedig og følte, at hun skulle besvime. Hun havde type 1-diabetes og havde målt sit blodsukker til 12.

Den sundhedsfaglige visitator ved AMK-Vagtcentralen (112) vurderede, at kvinden hyperventilerede, og vejledte hende om at få ro på vejrtrækningen. Herefter kastede kvinden op og sagde, at hun skulle besvime. Hun svedte og

havde smerter i brystkassen, kunne ikke tale og kastede op igen. Der blev sendt en ambulance med kørsel B.

Der blev klaget over, at der ikke blev reageret relevant på symptomerne. Det viste sig, at kvinden havde en blodprop i hjertet.

Kritik

Vi udtalte kritik:

- da vejrtrækningen, som høres på lydfilen, fremtrådte som åndenød og ikke hyperventilation.
- da den sundhedsfaglige visitator burde have fået mistanke om en blodprop i hjertet. Når der er symptomer i form af følelse af en klump i halsen, brystsmerter, åndenød, følelse af nærbesvimelse, klamsved, sukkersyge i form af type 1-diabetes med normalt blodsukker, og patienten begynder at kaste op, skal der mistænkes en blodprop i hjertet.

En blodprop i hjertet viser sig oftest ved brystsmerter, som kan være med eller uden udstråling til arme, hals eller ryg. Der kan også være nærbesvimelse, åndenød, og patienten kan blive påvirket på sit kredsløb med symptomer som kold, bleg og klamsvedende hud. Hos patienter, der har en blodprop i hjertet, er der tit kvalme og opkastning. Kvinder kan have vage og ukarakteristiske symptomer ved en blodprop i hjertet. Det samme er gældende for patienter med type 1-diabetes.

- da der grundet mistanke om en blodprop i hjertet, som er en livstruende tilstand, burde have været sendt en ambulance med kørsel A i stedet for kørsel B.

Sag 14

26DNU16

5.4.2. Kritik for at overse et bifund i en lunge

En afdelingslæge på en røntgenafdeling fik kritik for at overse et bifund i form af en stor forandring i den ene lunge ved vurdering og beskrivelse af en røntgenundersøgelse.

Sagen kort

Sagen drejede sig om en 81-årig kvinde, som fik lavet en røntgenundersøgelse af bryst- og lænderygsøjlen.

Ledelsen oplyste til sagen, at undersøgelsen blev udført med fokus på knoglerne, og at der var fokus på at få beskrevet alle de forskellige knogleforhold korrekt og besvare henvisningsspørgsmålet fra den praktiserende læge. Den henvisende læge havde bedt om en vurdering af de allerede kendte, tidligere sammenfald og en afklaring af, om der var nye sammenfald. Desuden var der ekstraordinært travlt den dag, hvor røntgenundersøgelsen blev vurderet og beskrevet.

Der blev klaget over, at der blev overset en forandring i lungen ved vurderingen af røntgenundersøgelsen. Et par måneder senere fik kvinden foretaget en CT-scanning, som viste en 7,5 cm stor tumor i højre lunge. Der var tale om lungekræft.

Kritik

Vi udtalte kritik:

- da der blev overset et bifund i form af en 7,2 cm stor velafgrænset forandring opadtil i højre lunge. Forandringen burde have været beskrevet som et bifund, og der burde have været anbefalet videre udredning på mistanke om lungekræft. Knoglevævet i bryst- og lænderygsøjlen blev korrekt beskrevet.
- da forandringen opadtil i højre lunge ses som en velafgrænset og relativt lys struktur på grund af det omkringliggende mørkere lungevæv. Den ses såvel på sideoptagelserne og forfra-optagelserne af bryst-rygsøjlen. På forfra-optagelsen er den mindre tydelig på grund af overlejrende ribben, højre nøglen og hudfolder på ryggen, som er strukturer, der også fremstår lyse. På sideoptagelserne ses forandringen relativt tydeligt.

Sag 15

26DNU17

Sagen kort**5.4.3. Der burde have været mistænkt en snoet testikel**

En praktiserende læge fik kritik for ikke at mistænke en snoet testikel (torsio testis) og henvise til akut vurdering i sygehusregi.

Sagen drejede sig om en 17-årig dreng, som blev undersøgt på grund af en hævet og øm testikel. Symptomerne var kommet gradvist i løbet af natten.

Den praktiserende læge lavede en undersøgelse og beskrev hævelse af højre del af pungen. Lægen vurderede, at der var tale om betændelse i bitestiklen og indledte behandling med antibiotika. Der blev taget en urinprøve for at teste for klamydia og gonorré.

Der blev klaget over, at der ikke blev mistænkt snoning af testiklen og foranlediget akut udredning. Om aftenen den følgende dag blev drengen set ved lægevagten, da der stadig var hævelse og smerter. Han blev indlagt og fik fjernet testiklen ved en akut operation.

Kritik

Vi udtalte kritik:

- da den praktiserende læge burde have mistænkt snoning af testiklen, fordi drengen havde symptomer i form af smerter og hævelse af højre side af pungen. Der burde have været henvist til akut vurdering i sygehusregi. Snoning af testiklen er den vigtigste diagnose at udelukke ved nytilkomne smerter i testiklen.

Når en ung mand har smerter og hævelse af pungen, skal en læge være særligt opmærksom på akutte og potentielt alvorlige tilstande, der kan kræve hurtig behandling for at undgå tab af testiklen. Snoning af testiklen er den vigtigste og mest alvorlige tilstand og skal altid mistænkes og diagnosticeres ved akut opståede smerter i pungen. Det kan være umuligt med sikkerhed at stille diagnosen snoning af testiklen (torsio testis) over for fx akut betændelse

i bitestiklen (epididymitis), og patienten skal derfor indlægges akut til udredning.

Akut opståede smerter i pungen kan fx skyldes snoning af testiklen, brok, vandbrok (hydrocele), kræft eller betændelse i bitestiklen. Snoning af testiklen er den mest akutte diagnose, da patienten skal være opereret inden for seks timer efter symptomdebut. Ved snoning af testiklen drejer denne sig og lukker af for blodforsyningen. Symptomerne består oftest af voldsomme smerter, og testiklen er optrukket med væskeophobning og rødme. Der kan være ledsagende let feber. Diagnosen skal opretholdes, indtil den af- eller bekræftes med sikkerhed ved en operation eller en akut ultralydsundersøgelse.

Sag 16

26DNU18

Sagen kort

5.4.4. Ikke grundlag for at mistænke en snoet testikel

En praktiserende læge fik ikke kritik for undersøgelse af en dreng med smerter i benene. Der var ikke grundlag for at mistænke og undersøge for en snoet testikel.

Sagen drejede sig om en 9-årig dreng, som havde smerter i begge ben. Han kunne ikke støtte på sine ben på grund af smerterne og blev båret ind til konsultationen.

Smerterne i højre læg var aftaget, og han kunne støtte forsigtigt på højre ben, men ikke på venstre. Den praktiserende læge undersøgte drengen og drøftede hans tilstand med en børneafdeling. Han skulle se tiden an og behandles med smertestillende medicin.

Det fremgik af klagen, at drengen fire dage tidligere havde været til undersøgelse på et sygehus på grund af smerter i den nedre del af maven og ned mod lyskeområdet, men også under ribbenene. Det var blevet vurderet, at der kunne være tale om forstoppelse.

Der blev klaget over, at undersøgelsen af drengens smerter ikke var tilstrækkelig på baggrund af hans sygehistorie og kliniske fremtoning. Nogle dage senere blev han indlagt, da hans ene testikel var hævet og rød, og hans smerter var blevet voldsommere. Testiklen var død og måtte fjernes.

Der var modstridende oplysninger om, hvorvidt der blev oplyst om mavesmerter ved konsultationen. Vi fandt ved en bevisafvejning ikke grundlag for at fastslå, at der var blevet oplyst om mavesmerter.

Ikke kritik

Vi udtalte ikke kritik:

- da den praktiserende læge undersøgte drengens ben ved at mærke efter ømhed/smerter og observere for rødme, hævelse og andre tegn på infektion. Der blev også undersøgt for ømhed omkring hoftelæddene.
- da det var relevant og sundhedsfagligt forsvarligt ikke at mistænke en akut behandlingskrævende tilstand, herunder en snoet testikel. Dette

skyldes, at der ved undersøgelsen var ømhed i underben, men ikke svarende til hofteled. Der var desuden ingen tegn på infektion i drengens ben. Der blev ved konsultationen ikke beskrevet smerter i drengens testikel eller pung eller oplyst om aktuelle mavesmerter.

Torsio testis er en akut tilstand, hvor testiklen drejer rundt om egen sædstreng, hvilket medfører afklemning af blodforsyningen. Ubehandlet kan tilstanden føre til vævsdød og dermed behov for fjernelse af testiklen. Torsio testis forekommer hyppigst hos patienter mellem 12 og 20 år. Symptomerne kan variere, men indebærer ofte pludseligt indsættende smerter i pungen og/eller den nedre del af maven. Hos børn og unge kan smerterne projiceres til maven og kan i nogle tilfælde forveksles med blindtarmsbetændelse eller en mave-tarminfektion.

- da den praktiserende læge drøftede tilstanden med en læge fra en børneafdeling, hvor der blev oplyst om symptomer, undersøgelser og fund.
- da der ikke var grundlag for at iværksætte yderligere undersøgelse eller behandling. Det var sundhedsfagligt forsvarligt at give råd om at se tiden an og behandle med smertestillende medicin, som anbefalet af lægen fra børneafdelingen. Der blev også givet vejledning om genhenvendelse ved manglende bedring.

AFSLUTNING



STYRELSEN FOR
PATIENTKLAGER



6. Afslutning

6.1. Læring

Vores afgørelser giver parterne svar på klagen og 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 klages for at forhindre, at det, som klagen omhandler, sker for andre patienter.

Klagesagernes potentiale for læring er et fokusområde i Styrelsen for Patientklagers 2025-strategi. Der afgøres hvert år cirka 10.000 klagesager. Disse sager indeholder stor viden om patienter og pårørendes oplevelser i sundhedsvæsenet og dermed også et stort potentiale for læring på baggrund af de afgørelser, som træffes af blandt andet disciplinærnævnet. I 2025 blev 127 af disciplinærnævnets afgørelser offentliggjort, hvor 34 af disse var af vejledende og principiel karakter.

6.2. Forventninger til fremtiden

Som nævnt under afsnit 2.2. om disciplinærnævnet, er det ikke længere muligt for en borger selv at vælge, om en klage skal indgives til disciplinærnævnet eller til Styrelsen for Patientklager. Alle klager over sundhedsfaglig behandling, der er indgivet fra den 1. januar 2025, behandles som udgangspunkt som forløbsklager. Det vil sige, at klagen behandles som en klage over behandlingsstedet og afgøres af Styrelsen for Patientklager.

Lovændringen har haft betydning for antallet af behandlede disciplinærnævnssager i 2025, selvom der har været sager fra tidligere år, der skulle behandles af disciplinærnævnet. Fremover forventes ændringen at indebære, at der vil være et endnu større fald i antallet af sager, der skal behandles af disciplinærnævnet. Som det fremgår af afsnit 4.1., har der fra 2024 til 2025 været et stort fald i antallet af modtagne disciplinærnævnssager som følge af ændringen.

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



BILAG

Bilag 1 - Sammensætning af disciplinærnævnet i 2025

Nedenfor ses alle nævnsmedlemmer, der har været udpeget i 2025. Alle de anførte medlemmer har ikke nødvendigvis været udpeget i hele 2025, da der har været udskiftninger.

Domstolsstyrelsen: Landsdommer Steen Mejer (formand indtil den 5. marts 2025), landsdommer Jesper Jarnit (formand fra den 6. marts 2025), dommer Bo Rasmussen (næstformand indtil den 31. august 2025), dommer Thomas Faarup (næstformand fra den 1. september 2025) og dommer Lene Hjerrild (næstformand)

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

Ansatte Tandlægers Organisation: Christa Buch, Helle Søderberg, Lars Høvenhoff, Rikke Svanterud Larsen og Mette Strunge

Danmarks Apotekerforening: Annette Brasen, Anne Helene Kahns og Pia Bach

Kiropraktor Forening: Hanne Nøddeskou-Fink 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: Pia Sølvsten Andersen, Malene Pickering og Søs Dahlerup Gregory

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, Ismail Abu Zahrah, Jane Kirstine Buchholzer, Jesper Friis Pedersen, Josefine Aspman Wraae, Marianne Brogaard Jensen, Susanne Græns Rasmussen, Vibeke Elise Jensen, Vibeke Haumann Jensen og Mona Jepsen

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 Knud Nygaard Jensen og Lone Egeberg Brettschneider

Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, LKT: 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, Stine Sloth, Thea Otto Mattsson, Wiebke Otten og Esben Stistrup Lauritzen

Optikerforeningen: Birger Borch Larsen og Peter Smaakjær

Pharmadanmark: Elias Chehaiber Mogensen og Linda Jeffery

Radiograf Rådet: Christian Gøttsch 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 klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet:

[Bekendtgørelse af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet](#)

Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

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

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](#)

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 om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn:

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



SUNDHEDSVÆSENETS
DISCIPLINÆRNÆVN

Styrelsen for Patientklager
Olof Palmes Allé 18 H
8200 Aarhus N