

Titel: Årsberetning 2011, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

© Patientombuddet, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

URL: <http://www.patientombuddet.dk>

Format: pdf

Indhold

Forord	4
1 Indledning	5
2 Præsentation af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	6
3 Nøgletal	8
4 Sagsgang	10
4.1 Dialog	10
4.2 Hvordan bliver klagen behandlet?	11
5 Principielle afgørelser	13
5.1 Manglende information om beslutning om at undlade genoplivning	13
5.2 Behandling uden informeret samtykke	15
5.3 Journalføring og opbevaring af journaler	18
5.4 Indhentning af elektroniske helbredsoplysninger i forbindelse med behandling af patienter	20
6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene	23
6.1 Sager ved Folketingets Ombudsmand	23
6.2 Retssager mod Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	23
7 Læring	25
8 Forventninger til fremtiden	26
Bilag	27

Forord

Den 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft. Som et led i det ny patientklagesystem blev Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn oprettet og afløste således Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Denne årsberetning er derfor Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns første.

Disciplinærnævnet har som mål med årsberetningen at bidrage til kvalitetsudvikling og kvalitetssikring i sundhedsvæsenet. Ved at udbrede kendskabet til nævnets afgørelser i konkrete klagesager medvirker nævnet til at gøre det muligt for den enkelte sygehusafdeling og den enkelte sundhedsperson at lære af behandlingsforløb, som patienterne har oplevet som så utilfredsstillende, at de har klaget til disciplinærnævnet.

Ved at afgøre konkrete klager fastlægger disciplinærnævnet grænsen mellem den faglige virksomhed, der lever op til lovgivningens krav om omhu og samvittighedsfuldhed og den virksomhed, der ikke lever op til dette krav.

Disciplinærnævnets første år blev især præget af, at disciplinærnævnet overtog et stort antal klagesager fra det nu nedlagte Patientklagenævn. Disse sager var relativt gamle og dermed også noget tungere end nyere sager. Hovedparten af de sager, som nævnet afgjorde i 2011, var sager fra Patientklagenævnet.

Det må forventes, at antallet af sager til afgørelse i disciplinærnævnet vil falde noget i de kommende år. Det skyldes, at det ny klagesystem giver patienter mulighed for at vælge at få deres klage afgjort af enten disciplinærnævnet eller Patientombuddet. Hertil kommer, at antallet af gamle sager fra Patientklagenævnet allerede ved udgangen af 2011 var reduceret så meget, at disse sager ikke vil fylde meget i de kommende år.

Henrik Gunst Andersen
Formand

1 Indledning

Den 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft. Formålet med det nye patientklagesystem er at styrke patienternes retsstilling ved at give patienterne bedre klagemuligheder, lettere klageadgang og mulighed for en hurtigere afgørelse af klagesager. Samtidig skal det nye patientklagesystem understøtte, at der i endnu højere grad end hidtil sker en læring i hele sundhedsvæsenet.

Som et led i det nye patientklagesystem blev Sundhedsvæsenets Patientklagenævn erstattet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Samtidig blev Patientombuddet oprettet som en ny statslig styrelse under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Patienter, der klager over sundhedsfaglig behandling i sundhedsvæsenet, har nu i de fleste tilfælde mulighed for at vælge, om deres klage skal afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller Patientombuddet. Disciplinærnævnet har mulighed for at kritisere en konkret sundhedsperson, mens Patientombuddet har mulighed for at kritisere et behandlingssted, for eksempel et sygehus. Disciplinærnævnet og Patientombuddet anvender samme grundlag for vurderingen, nemlig om behandlingen var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard eller ej.

Med etableringen af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn er der sikret en ligelig repræsentation af patientrepræsentanter og sundhedsfagligt uddannede repræsentanter i nævnet. Samtlige lægmandsrepræsentanter i nævnet beskikkes nu efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter. Som noget nyt fik Danske Patienter som den største paraplyorganisation for patientforeningerne – ud over Danske Handicaporganisationer og Forbrugerrådet – adgang til at indstille medlemmer til nævnet, mens Danske Regioners og Kommunernes Landsforenings ret til at indstille medlemmer til nævnet bortfaldt.



2 Præsentation af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov.

Disciplinærnævnet sekretariatsbetjenes af Patientombuddet.

Disciplinærnævnet har til opgave at behandle patienters klager over sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed. Sundhedsfaglig virksomhed omfatter blandt andet undersøgelse, diagnose og behandling. Disciplinærnævnet behandler også patienters klager over sundhedspersoners pligter som journalføring, tavshedspligt og videregivelse og indhentelse af helbredsoplysninger, information samt indhentelse af samtykke. Derimod kan disciplinærnævnet ikke tage stilling til klager i forbindelse med anmodning om aktindsigt. Sådanne sager kan kun behandles af Patientombuddet.

Disciplinærnævnet behandler også sager, hvor Sundhedsstyrelsen eller Lægemiddelstyrelsen har indberettet sundhedspersoners faglige virksomhed til nævnet, fordi styrelsen finder, at der kan være grundlag for kritik af eller sanktion over for en konkret sundhedsperson.

Disciplinærnævnet skal først og fremmest tage stilling til, om en eller flere konkrete sundhedspersonen har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed ved patientbehandlingen, det vil sige om sundhedspersonen har levet op til normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Ved afgørelsen af, om der er grundlag for at udtale kritik, vurderer nævnet, om de enkelte sundhedspersoner har begået fejl. Nævnet tager således ikke stilling til, om en patient har modtaget den bedst mulige behandling.

Selv om sundhedspersonen ikke har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard, kan resultatet af behandlingen af og til være ringere end det, patienten og sundhedspersonen havde forventet. Det kan skyldes et hændeligt uheld, uventede komplikationer eller bivirkninger og lignende. Et dårligt behandlingsresultat er derfor ikke altid ensbetydende med, at den person, der er ansvarlig for behandlingen, har begået fejl.

Disciplinærnævnet træffer afgørelse i sager, hvor behandlingen har fundet sted i Danmark. Siden den 19. december 2011 har disciplinærnævnet også haft kompetence til at træffe afgørelse i sager, der vedrører behandling på Færøerne, idet klage- og erstatningsloven blev sat i kraft ved kongelig anordning. Det er også hensigten, at disciplinærnævnet får kompetence til at træffe afgørelse i sager, hvor behandlingen har fundet sted i Grønland.

Ved afgørelsen af den enkelte sag er disciplinærnævnet på samme måde som Patientklagenævnet sammensat af fem medlemmer, heraf en formand eller næstformand, to fagligt udpegede medlemmer og to lægmandsrepræsentanter. Formanden og de tre næstformænd er alle dommere. I modsætning til sammensætningen af det daværen-

de Patientklagenævn er begge lægmandsrepræsentanter i disciplinærnævnet udpeget efter indstilling af Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter. Der er på den måde lige mange sundhedsfaglige medlemmer som patientrepræsentanter i nævnet. De sundhedsfaglige medlemmer deltager ikke som eksperter, men som repræsentanter for en faggruppe. Nævnet er dermed sammensat med det sigte at sikre såvel tilstedeværelse af juridisk ekspertise som en nuanceret hensyntagen til faggrupper og patienters synspunkter ved nævnets bedømmelse af den enkelte klagesag.

Efter klage- og erstatningsloven kan nævnets formand og næstformænd træffe afgørelse uden deltagelse af nævnsmedlemmer i sager, der skønnes ikke at give anledning til tvivl. Det er de såkaldte formandsafgørelser. I praksis er det yderligere en betingelse for formandsafgørelser, at der ikke udtales kritik, og at patienten ikke er død som en følge af behandlingen.

Disciplinærnævnet er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse.

Disciplinærnævnets afgørelser kan fastslå, at der er - eller ikke er - grundlag for kritik af en eller flere konkrete sundhedspersoner. I alvorlige tilfælde kan kritik ledsages af en indskærpelse af, at sundhedspersonen i fremtiden skal udvise større omhu og samvittighedsfuldhed. I meget alvorlige tilfælde har nævnet mulighed for at rette henvendelse til anklagemyndigheden med anmodning om tiltale for strafbart forhold (grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed).

Når disciplinærnævnet giver kritik med indskærpelse eller gentagen kritik (tre gange inden for fem år), skal nævnets afgørelse offentliggøres med sundhedspersonens titel og navn. Det samme gælder afgørelser med kritik af kosmetisk behandling. Afgørelserne offentliggøres på sundhed.dk og Patientombuddets hjemmeside, og skal slettes efter at have været offentligt tilgængelige i to år.

Disciplinærnævnets afgørelser er administrativt endelige. Det er derfor ikke muligt at klage over nævnets afgørelse til andre administrative myndigheder. En sag kan dog genoptages, hvis disciplinærnævnet modtager nye oplysninger. Disse oplysninger skal dog være så væsentlige, at der er sandsynlighed for, at sagen ville have fået et andet udfald, hvis oplysningerne havde foreligget ved nævnets oprindelige afgørelse af sagen. Hvis der er begået alvorlige sagsbehandlingsfejl, vil sagen ligeledes kunne genoptages.

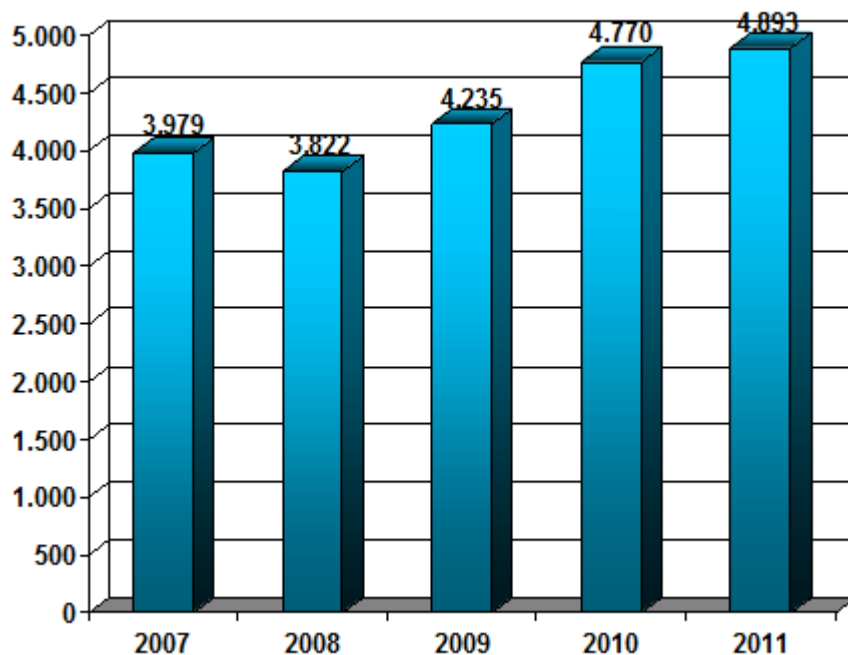
Nævnets afgørelser kan dog indbringes for Folketingets Ombudsmand, som tager stilling til, om forvaltningslovens regler er overholdt i forbindelse med behandling af sagen. Ombudsmanden tager ikke stilling til sundhedsfaglige skøn. Nævnets afgørelser kan indbringes for domstolene, som tager stilling til afgørelsen, herunder de sundhedsfaglige skøn.

Reglerne for nævnets virksomhed findes navnlig i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011) og i nævnets forretningsorden (bekendtgørelse nr. 1447 af 15. december 2010).

3 Nøgletal

Nye sager

Patientombuddet modtog i alt 4.893 nye patientklager i 2011.



Figur 1: Antal nye patientklager fordelt på år.

Der er tale om en stigning på 2,6 procent i forhold til 2010. Stigningen kan dog delvist forklares med, at patienter i det ny klagesystem har fået mulighed for at klage over en række patientrettigheder, der ikke tidligere var omfattet af retten til klage.

I de seneste fem år er antallet af patientklager steget med omkring 1.000 svarende til en stigning på 23 procent.

Ser man alene på klager over behandling, så modtog Patientombuddet 3.950 nye patientklager over behandling i 2011, og heraf valgte patienterne, at 1.200 klager skulle afgøres af Patientombuddet. De resterende 2.750 klager afgøres af disciplinærnævnet.

Afgørelser

Disciplinærnævnet afgjorde 2.437 patientklager i 2011.

En stor del af afgørelserne vedrører sager, der blev overtaget fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Kritik

I 716 afgørelser blev der givet kritik af en eller flere konkrete sundhedspersoner svarende til 29 procent af alle afgørelser. I 2010 var kritikprocenten 28.

Afgørelse	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Antal (2011)
Ingen kritik	74,3 %	77,4 %	78,5 %	78,9 %	72,2 %	70,6 %	1.721
Kritik	23,3 %	20,7 %	19,5 %	18,7 %	24,3 %	25,8 %	629
Kritik med indskærpelse	2,3 %	1,7 %	1,9 %	2,5 %	3,3 %	3,5 %	86
Anmodning om tiltalerejsning	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	1
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	2.437

Tabel 1: Afgjorte sager, fordelt efter afgørelsernes indhold.

Genoptagelse

I 2011 traf disciplinærnævnet 100 afgørelser, der vedrørte anmodninger om genoptagelse af behandlingen af sager, der allerede var afgjort af nævnet.

	Procent	antal
Anmodning om genoptagelse afvist	75	75
Ændring fra ingen kritik til kritik	1	1
Ændring fra kritik til ingen kritik	4	4
Kritik fastholdt	11	11
Ingen kritik fastholdt	9	9
I alt	100	100

Tabel 2: Antallet af genoptagelser i 2011.

I 2010 traf Sundhedsvæsenets Patientklagenævn 119 afgørelser, der vedrørte anmodninger om genoptagelse af behandlingen af sager, der allerede var afgjort af nævnet. 70 procent af anmodningerne blev afvist, i 2 procent af sagerne ændrede nævnet ingen kritik til kritik, og i 6 procent af sagerne ændrede nævnet kritik til ingen kritik.

Sagsbehandlingstid

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid blev 12,9 måneder mod 12,7 måneder i 2010.

Den lille stigning i sagsbehandlingstiden skyldes, at disciplinærnævnet afgjorde mange gamle sager, der var overtaget fra Patientklagenævnet. Disciplinærnævnet afgjorde knap 2.250 sager, der var overtaget fra Patientklagenævnet, hvilket svarer til mere end 90 procent af alle nævnets afgørelser i 2011.

4 Sagsgang

Disciplinærnævnet sekretariatsbetjenes af Patientombuddet. Det er Patientombuddets opgave at forberede disciplinærnævnets behandling og afgørelse af patientklager over konkrete sundhedspersoners sundhedsfaglige behandling.

Sekretariatsopgaven varetages af Patientombuddets Patientklagecenter. Centret ledes af to kontorchefer og en overlæge. Centret er organiseret i syv team, der er specialiseret i behandling af bestemte medicinske specialer og faggrupper. Der er endvidere oprettet et visitationsteam, som gennemgår klagen og vurderer, om formalitetskravene til at klage er opfyldt. Det bliver kontrolleret, om klagen er forældet, om klagen er underskrevet, og om der er vedlagt fuldmagt i de tilfælde, hvor klagen er indgivet på vegne af en anden. Visitationsteamet begynder herefter indhentning af udtalelser og andre oplysninger til behandlingen af sagen.

I det ny patientklagesystem er der tre væsentlige ændringer i sagsgangene: indførelse af dialog, sagsoplysning flyttet fra embedslægerne til Patientombuddet og ændringer i omfanget af partshøring.

4.1 Dialog

Ved etableringen af det ny patientklagesystem fik patienter en lovbestemt ret til at få tilbudt en dialog om deres klage med regionen.

Klage- og erstatningsloven pålægger Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn at tilbyde patienter, der klager over den sundhedsfaglige behandling i en region, en dialog med regionen. Indgives en formel klage til det regionale patientkontor, kan patientkontoret med det samme tilbyde patienten dialog og skal samtidig underrette Patientombuddet om klagen.

Ved at skabe en ubureaukratisk mulighed for at patienter i dialog med sundhedsvæsenet kan få rettet misforståelser og få svar på spørgsmål om behandlingen finder parterne ud af, om patientens henvendelse kan løses med en forklaring, en undskyldning eller en oplysning om, at procedurer ændres for fremtiden. Det er nemlig erfaringen, at patienters motiv til at klage oftest er et ønske om, at der drages læring af et utilfredsstillende forløb. Dialogen giver også mulighed for øget lokal læring.

Visitationsteamet sørger for, at klageren bliver tilbudt en dialog med regionen, før Patientombuddet går i gang med at realitetsbehandle klagen. Hvis klageren accepterer tilbuddet, sender Patientombuddet klagen til regionen. Det er regionen, der bestemmer, hvordan dialogen skal foregå. Dialogen skal dog være afholdt inden fire uger efter, klagen er modtaget hos regionen.

Hvis klagen opretholdes efter afholdelse af dialog, skal regionen returnere sagen til Patientombuddet med de oplysninger, der er relevante for den videre behandling af sagen, inden fristen på de fire uger udløber. Patientombuddet kan også bede om oplysninger fra andre sundhedspersoner, der kan belyse klagen. De sundhedspersoner, der er omfattet af klagen, har pligt til at give Patientombuddet enhver oplysning, her-

under journaler, til brug for behandlingen af sagen. De sundhedspersoner, sygehuse og andre, der er omfattet af klagen, får en kopi af klagen. Senest på dette tidspunkt skal klageren have besluttet, om en eventuel kritik skal rettes mod en bestemt sundhedsperson eller mod behandlingsstedet, og dermed om klagen skal afgøres af disciplinærnævnet eller Patientombuddet.

4.2 Hvordan bliver klagen behandlet?

Hvis klager ikke ønsker at tage imod tilbuddet om dialog, fortsætter Patientombuddet behandlingen af klagen. Hvis formalitetskravene er opfyldt, modtager klageren et brev om, at patientombuddet påbegynder behandlingen af klagen.

Når Patientombuddet finder, at der er indhentet tilstrækkeligt materiale til at belyse sagen, bliver den fordelt efter medicinsk speciale eller involveret faggruppe til et af de syv sagsbehandlerteam. Når Patientombuddet har gennemgået sagen og formuleret klagepunkter, får sagens parter tilsendt en kopi af det materiale, der er blevet indhentet, og de får dermed lejlighed til at kommentere det. Det gælder dog ikke, hvis der er tale om materiale, som parterne allerede kender. Herefter bliver der taget stilling til, om sagen skal vurderes af en eller flere sagkyndige konsulenter.

I sager, hvor en sagkyndig konsulent har vurderet, at en sundhedsperson har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard, bliver sundhedspersonen partshørt over den sagkyndige konsulents udtalelse og får lejlighed til at kommentere den. Der partshøres ikke over Patientombuddets forslag til afgørelse.

Ansættelse af sagkyndige konsulenter ved Patientombuddet foregår i samarbejde med de videnskabelige selskaber eller lignende faglige organisationer. Der er indgået en samarbejdsaftale mellem Patientombuddet og de videnskabelige selskaber. Ifølge denne aftale medvirker de videnskabelige selskaber ved beskrivelsen af de faglige opgaver i den pågældende stilling i forbindelse med opslag af ledige konsulentstillinger og bedømmer efter ansøgningsfristens udløb ansøgernes faglige kvalifikationer og vurderer, om ansøgerne er kvalificerede eller eventuelt særligt kvalificerede. Det er Patientombuddet, der gennemfører ansættelsessamtaler og ansætter sagkyndige konsulenter.

Ved udgangen af 2011 var der ansat i alt 322 sagkyndige konsulenter fordelt inden for mange forskellige medicinske specialer og faggrupper. Alle konsulenter deltager i undersøgelse, behandling eller pleje af patienter i deres hverdag og har dermed førstehåndserfaring med de forhold, som de skal bedømme i sagerne.

De sagkyndige konsulenter bedømmer såvel sager vedrørende konkrete sundhedspersoners faglige virksomhed (disciplinærsager) som sager vedrørende sundhedsvæsenets faglige virksomhed (patientombudssager). Det sker for, at der i videst muligt omfang sikres ensartethed ved fastlæggelsen af normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Når en sagkyndig konsulent skal lave en vurdering til brug for disciplinærnævnet, tager konsulenten som udgangspunkt alene stilling til den/de involverede sundhedspersoner, som tilhører samme speciale som konsulenten. Dermed er de berørte sund-

hedspersoner sikret, at de vurderes af en person, som har indsigt i og kender de faglige forudsætninger inden for det konkrete speciale.

Patientombuddet forelægger herefter disciplinærnævnet et forslag til afgørelse bilagt alle udtalelser, journaler og anden relevant materiale. I langt de fleste sager træffer nævnet afgørelse i enighed. Skulle det ske, at et mindretal af nævnets medlemmer ikke er enige i afgørelsen, har de mulighed for at afgive en mindretalsudtalelse, som vil fremgå af afgørelsen.

Sager indgivet til Patientklagenævnet før 1. januar 2011 færdigbehandles af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.



5 Principielle afgørelser

I 2011 afgjorde Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn godt 2.400 patientklager. Nogle af disse afgørelser er offentliggjort med sundhedspersonens titel og navn, fordi nævnet har givet alvorlig eller gentagen kritik eller kritik for kosmetisk behandling. Andre afgørelser er offentliggjort i anonymiseret stand, fordi nævnet har anset dem for principielle eller vejledende.

Nedenfor gennemgås en række afgørelser, der ikke tidligere har været offentliggjort. De første vedrører information og samtykke, de næste ansvar for journalføring og opbevaring af journaler og endelig indhentelse af elektroniske helbredsoplysninger. Disse afgørelser er valgt, fordi de er af principiel betydning og egnede til at belyse nævnets praksis.

5.1 Manglende information om beslutning om at undlade genoplivning

Disciplinærnævnet afgjorde i 2011 to klagesager, hvor der var klaget over, at patienten ikke blev informeret om, at lægerne havde truffet beslutning om, at patienten ikke skulle søges genoplivet i tilfælde af hjertestop.

I begyndelsen af 2011 var der stor debat i pressen vedrørende spørgsmålet om såkaldt 'hemmelige koder' på landets hospitaler. En række patienter havde fundet ud af, at en forkortelse i deres journaler angav, at de ikke skulle genoplives, hvis de fik hjertestop. Patienterne oplyste, at de hverken var informerede om eller havde samtykket til denne beslutning.

Sundhedsstyrelsen udsendte i den anledning en vejledende skrivelse til regionerne vedrørende lægers informationspligt. Sundhedsstyrelsen understregede i sin vejledning, at det er lægen, der tager stilling til, om genoplivning skal iværksættes, men at lægen har pligt til at informere og medinddrage patient eller pårørende i sin beslutning. Sundhedsstyrelsen anførte videre, at baggrunden for beslutningen og patientens holdning hertil skal noteres i journalen.

Disciplinærnævnet kan oplyse, at der sædvanligvis hos kritisk syge patienter bør tages stilling til, hvordan man forholder sig ved et eventuelt hjertestop, også selv om der ikke umiddelbart er fare herfor, fordi denne vurdering ikke bør tages akut af vagthavende læger. Stillingtagen til, om genoplivning skal forsøges, er en lægelig vurdering. En læge vil imidlertid under alle omstændigheder være berettiget til at afvise forsøg på genoplivning, hvis det ikke er sandsynligt, at det vil genoprette hjertets eller åndedrættets funktion, eller hvis det kan forudses, at patienten herefter vil opleve flere hjertestop med efterfølgende død.

Ifølge sundhedslovens § 15 må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-19 i sundhedsloven.

Reglerne om information og samtykke vedrører altså tilfælde, hvor behandling skal indledes eller fortsættes, mens der ikke i sundhedsloven er regler, som pålægger en sundhedsperson at indhente samtykke til at undlade behandling.

Det er på den baggrund disciplinærnævnets opfattelse, at beslutningen om at undlade genoplivning ved hjertestop ikke forudsætter patientens eller de pårørendes samtykke.

Det er imidlertid disciplinærnævnets opfattelse, at en patient bør informeres om lægens beslutning, medmindre patienten har frabedt sig denne information.

Sundhedsloven stiller krav til sundhedsvæsenet om at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Disse principper er specifikt udmøntet i sundhedslovens regler om information og samtykke, hvorefter en patient har ret til information om sin helbredstilstand og relevante behandlingsmuligheder.

De samme principper om omhyggelig information gør sig gældende i forhold til en kritisk syg patient, som også har krav på information om det påtænkte terminale behandlingsniveau, herunder om lægerne har vurderet, at genoplivning ved hjertestop skal undlades.

Reglerne om omhu og samvittighedsfuldhed i autorisationslovens § 17 indebærer således, at en læge skal informere patient eller pårørende om sin beslutning.

Konkrete sager

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn traf i 2011 to afgørelser vedrørende spørgsmålet om genoplivning ved hjertestop.

Genoplivning ved hjertestop

Den ene sag handlede om en 74-årig mand med fremskreden lungekræft, nedsat nyrefunktion og KOL, som blev indlagt med åndedrætsbesvær. Under indlæggelsen vurderede en læge på baggrund af patientens tilstand, at der ikke var indikation for kardiologisk overvågning (telemetri), og at patienten heller ikke skulle genoplives i tilfælde af hjertestop eller respirationsstop. Lægen noterede videre, at der heller ikke var indikation for intensiv behandling. Patienten blev ikke orienteret om beslutningen.

Disciplinærnævnet fandt, at beslutningen om det begrænsede behandlingsniveau var en lægelig beslutning, som ikke krævede patientens samtykke. Nævnet fandt endvidere med baggrund i patientens sygdom, at den sundhedsfaglige vurdering vedrørende det begrænsede behandlingsniveau var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Nævnet fandt dog med baggrund i autorisationslovens § 17 grundlag for at kritisere, at lægen ikke havde informeret patienten om beslutningen og baggrunden for denne.

Genoplivning ved hjertestop

Den anden sag handlede om en 59-årig mand, der havde en større kræftsvulst i struben/svælget og metastaser til lungerne, blev indlagt til pleje og sondeanlæggelse, idet han ikke længere kunne synke. Lægen noterede i journalen, at patienten var fuldt orienteret om sin situation, og at familien gav udtryk for interesse i hospice. Lægen noterede videre, at der ikke skulle kaldes et bestemt firecifret lokalnummer, hvilket betød, at der ikke skulle foretages genoplivning ved hjerte- eller respirationsstop.

Ifølge klagen havde patienten og hans familie klart givet udtryk for, at de ønskede genoplivning ved eventuelt hjertestop samt anden livsforlængende behandling og havde på ingen måde givet udtryk for, at de ønskede det modsatte.

Lægen bekræftede i sin udtalelse til sagen, at patienten og hans familie ikke direkte var blevet informeret om beslutningen.

Disciplinærnævnet fandt, at beslutningen om at undlade genoplivning ved eventuelt hjertestop var en lægelig beslutning, der ikke krævede patientens samtykke. Nævnet fandt endvidere med baggrund i patientens terminale sygdom, at den sundhedsfaglige beslutning om at undlade genoplivning ved hjertestop var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Nævnet fandt dog med baggrund i autorisationslovens § 17 grundlag for at kritisere beslutningen om ikke at informere patienten.

5.2 Behandling uden informeret samtykke

De ovenstående sager er eksempler på tilfælde, hvor sundhedspersoner har pligt til at informere om beslutninger om at undlade behandling. Den følgende sag er et eksempel på, at patienter klager over, at sundhedspersonen har behandlet uden at indhente informeret samtykke.

Det er som nævnt en helt grundlæggende regel i sundhedsloven, at ingen behandling må indledes eller fortsætte uden patientens informerede samtykke. Nedenstående afgørelse er et eksempel på en af 22 afgørelser, hvor der var klaget over den samme speciallæge. Det gennemgående tema i klagerne var ukorrekt behandling samt behandling uden informeret samtykke.

Næsten alle klagerne oplyste, at de havde set programmet 'Operation X' på TV2, hvoraf det fremgik, at speciallægen under påskud af at give akupunktur til patienterne gav dem injektioner med binyrebarkhormon, mens de havde vendt ryggen til ham. Sundhedsstyrelsen opfordrede herefter på styrelsens hjemmeside alle patienter til at klage over behandlingen.

Speciallægens advokat oplyste i forbindelse med sagerne blandt andet, at speciallægen havde destrueret journalerne, idet han havde afsluttet sin praksis kort tid efter, at

han havde haft 'besøg' af TV2. Advokaten oplyste, at destruktionsen skyldtes en retsvildfarelse om, at man skulle destruere journalerne, såfremt man afsluttede sin praksis, idet dette fremgik af en tidligere gældende bekendtgørelse fra Sundhedsstyrelsen.

Da der således ikke forelå journalmateriale i nogen af sagerne, og da disciplinærnævnet ikke kunne lægge det enkelte tilfælde i tv til grund i alle sagerne, kunne nævnet ikke tage stilling til behandlingen eller den manglende information. Disciplinærnævnet valgte herefter at tage stilling til den manglende opbevaring af journalerne, herunder at speciallægen havde pligt til at holde sig orienteret om de gældende regler for opbevaring af journaler, og valgte at give kritik med indskærpelse.

I det følgende resumeres en af sagerne.

Informeret samtykke og destruktion af journal

En 55-årig kvinde, der havde opsøgt speciallægen for at blive behandlet mod allergi, klagede over, at speciallægen løbende sprøjtede binyrebarkhormon i hendes ryg uden hendes vidende i stedet for at give hende akupunktur.

Speciallægens advokat anførte, at speciallægen kun behandlede patienten med akupunktur og aldrig med nogen former for injektioner.

Behandling og information

Disciplinærnævnet lagde vægt på, at der ikke forelå nogen journal.

Der forelå således modstridende oplysninger fra patienten og speciallægen om, hvorvidt patienten modtog indsprøjtninger med binyrebarkhormon. Der forelå ikke yderligere oplysninger i sagen, der kunne understøtte den ene forklaring frem for den anden. Disciplinærnævnet havde ikke mulighed for at få sagen yderligere belyst, da journalerne var blevet destrueret, og da der ikke fandtes yderligere journalmateriale vedrørende behandlingen.

Disciplinærnævnet træffer afgørelse på skriftligt grundlag og har i modsætning til domstolene ikke mulighed for at afhøre parter og vidner i forbindelse med behandlingen af sagen.

Disciplinærnævnet lagde vægt på, at kritik af en sundhedsperson er en indgribende reaktion, og nævnet fandt derfor, at tvivlen skulle komme den indklagede til gode.

Disciplinærnævnet havde derfor ikke grundlag for at fastslå, at patienten i perioden fra den 1. juli 2005 til ultimo marts 2010 var blevet behandlet med binyrebarkinjektion.

Disciplinærnævnet havde derfor heller ikke mulighed for at behandle den del af patientens klage, der vedrørte manglende information og samtykke til

behandling med binyrebarkhormon.

Opbevaring af patientens journal

Det fremgik af speciallægens advokats udtalelse til sagen, at speciallægen destruerede alle patientjournalerne i forbindelse med sit praksisophør under henvisning til § 15, stk. 1, i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser. Det fremgik af denne bekendtgørelse, at en læges pligt til at opbevare journalen ophører efter, at lægen ophører med at praktisere.

Videre anførte advokaten i sin udtalelse, at det fremgik af Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning nr. 118 af 13. oktober 2003 om lægers journalføring, at journaler ved ophør af praksis kunne destrueres.

Det fremgik videre af advokatens udtalelse, at speciallægen ophørte med at drive praksis primo 2010 og var uvidende om, at reglerne var ændret med virkning fra 1. januar 2007.

Disciplinærnævnet fandt, at speciallægen havde handlet væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin manglende videregivelse af patientens journal vedrørende behandlingen i perioden fra den 1. juli 2005 til ultimo marts 2010 til Sundhedsstyrelsen.

Disciplinærnævnet oplyste, at det fremgår af § 25, stk. 1, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, at patientjournalen skal opbevares i mindst 10 år efter den seneste optegnelse i journalen.

Disciplinærnævnet oplyste videre, at det fremgår af § 12 i Sundhedsstyrelsens gældende bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om blandt andet lægers patientjournaler, at opbevaringsperioden fortsat gælder, selv om en sundhedsperson er ophørt med at drive praksis. Det fremgår videre af § 16, at når en sundhedsperson ophører med at drive praksis, og praksis ikke er overdraget til fortsat drift, skal patientjournalerne videregives til Sundhedsstyrelsen ved embedslægeinstitutionen i regionen til fortsat opbevaring indenfor opbevaringsperioden jf. § 12.

Det var derfor disciplinærnævnets opfattelse, at speciallægen burde have videregivet patientens journal til Sundhedsstyrelsen i overensstemmelse med § 25 stk. 1, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed samt § 16 i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers patientjournaler.

Det var tillige disciplinærnævnets opfattelse, at speciallægen havde pligt til at holde sig bekendt med gældende lovgivning.

Som det ses, illustrerer denne sag nok så meget pligten til opbevaring af journaler som pligten til at indhente informeret samtykke. Nedenfor gennemgås yderligere nogle sager om journalføring og opbevaring af journaler.

5.3 Journalføring og opbevaring af journaler

Ansvar for journalføring

Folketingets Ombudsmand indledte i 2010 en undersøgelse af egen drift af det nu nedlagte Patientklagenævns praksis ved behandling af klager over sygehuslægers journalføring.

Ombudsmanden fandt, at læger – herunder sygehuslæger – har en lovbestemt journalføringspligt, der også indebærer, at lægerne har ansvaret for lægejournalerne. Ombudsmanden fandt endvidere, at en læge ikke kan delegere det lovbestemte ansvar for journalføringen til en sekretær. Dog kan lægen anvende sekretærbistand.

Samlet fandt ombudsmanden grundlag for at kritisere Patientklagenævnets mangeårige praksis vedrørende lægers ansvar for journalføringen. Han henstillede til nævnet at indrette praksis efter den gældende lovgivning. Patientklagenævnet måtte som minimum meddele den pågældende læge, at vedkommende efter loven er ansvarlig for journalføringen, uanset om sundhedspersonen kan siges at have udvist adfærd, som er i strid med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Efter omstændighederne kan Patientklagenævnet således undlade at ledsage konstateringen af en ulovlighed med kritik.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn har taget den retsopfattelse, som Folketingets Ombudsmand har givet udtryk for, til efterretning.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn har kun haft lejlighed til at træffe afgørelse i få sager om manglende eller mangelfuld journalføring som følge af fejl eller lignende hos andre end den behandlende sundhedsperson. Der blev ikke givet kritik i disse sager. Nævnet har i sagerne generelt anført:

"Ifølge § 21, stk. 1 i bekendtgørelse nr. 1350 af 17. december 2008 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed skal læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere og kontaktlinseoptikere føre patientjournaler over deres virksomhed.

Patientjournalen tjener flere formål, idet den både dokumenterer den udførte behandling og pleje, sikrer kontinuitet i behandlingen og plejen, informerer patienten og sikrer udveksling af relevant information mellem fagpersoner, der er involveret i behandlingen af patienten.

Ansvar for journalføringen af behandling (herunder undersøgelse m.v.) påhviler efter lovgivningen den sundhedsperson, der har forestået behandlingen. Ansvar kan ikke delegeres til andre, f.eks. en lægesekretær.

Sundhedspersonen kan benytte sekretærbistand til at føre journalen. Sundhedspersonen er imidlertid efter lovgivningen ansvarlig for journalføringen, uanset om sund-

hedspersonen har benyttet sekretærbistand. Ansvarer indebærer dog ikke, at sundhedspersonen i hvert enkelt tilfælde, hvor sundhedspersonen har benyttet sekretærbistand til at føre journalen, er forpligtet til at kontrollere journaltilførslen.

Efter disciplinærnævnets opfattelse må sundhedspersonen dog under visse konkrete omstændigheder have pligt til at kontrollere journaltilførslen, herunder hvis der foreligger konkrete omstændigheder, der svækker formodningen for, at sekretærfunktionen er udført fagligt korrekt. Efter disciplinærnævnets opfattelse må sundhedspersonen endvidere have pligt til at reagere, hvis sundhedspersonen er blevet bekendt med, at journaltilførslen er mangelfuld.

Det beror således på en konkret vurdering, om en sundhedspersons manglende kontrol af journaltilførslen i det enkelte tilfælde skal give anledning til kritik.”

Opbevaring af journaler mm.

I 2011 traf Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn afgørelse i en sag, hvor der blev klaget over, at en patient, der havde skåret sig i låret med en hobbykniv, kun blev overfladisk tilset af en sygeplejerske ved ankomst til hospitalet. Til brug for sagens behandling var det ikke muligt at fremskaffe den midlertidige skadejournal, som blev udfyldt ved patientens ankomst. På denne baggrund tog nævnet også stilling til manglende opbevaring af de midlertidige skadesedler.

Det fremgår af autorisationslovens § 17, at en autoriseret sundhedsperson under udøvelsen af sin virksomhed er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser, at pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, forudsætter ordnede optegnelser af planlagt og udført sygepleje.

Nedenstående sag illustrerer, at den ledende oversygeplejerske har et ansvar for, at sygeplejerskerne på en afdeling efterlever opbevaringspligten, eksempelvis ved at udarbejde retningslinjer i overensstemmelse med opbevaringspligten.

Retningslinjer i forbindelse med opbevaringspligten

I 2010 henvendte en 49-årig mand sig på hospitalet efter at have fået en dyb flænge i låret, hvor han oplyste, at han var i blodfortyndende behandling. Den indledende vurdering af patientens behandlingsbehov blev foretaget af en sygeplejerske. Det var i klagen anført, at sygeplejerskens undersøgelse var for overfladisk.

Da det ikke var muligt at indhente den midlertidige skadeseddel, til brug for sagens behandling, blev sygeplejerskens udtalelse og patientens ord lagt til grund.

Det kunne på denne baggrund konstateres, at sygeplejersken ikke havde løftet den komprimerende bandage, som patienten havde anlagt hjemmefra for at stoppe blødningen.

Sygeplejersken oplyste til sagen, at dette skyldtes, at patienten ikke ønskede bandagen løftet.

Der var imidlertid modstridende oplysninger fra patienten og sygeplejersken om, hvorvidt sygeplejersken ved den indledende undersøgelse oplyste, at det var imod hendes råd og vejledning, at bandagen ikke blev løftet, således at såret kunne blive tilset.

Da det ikke var muligt at komme nærmere, hvad der var sagt i forbindelse med undersøgelsen, og henset til at kritik af en sundhedsperson er en indgribende reaktion, og at tvivlen skal komme den indklagede til gode, blev der ikke fundet grundlag for at fastslå, at sygeplejersken handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Da det ikke havde været muligt at indhente den midlertidige skadeseddel, tog disciplinærnævnet herefter spørgsmålet om opbevaring af de midlertidige skadesedler op.

Den ledende oversygeplejerske oplyste til sagen, at man først senere samme år var begyndt at opbevare de midlertidige skadesedler, hvorpå sygeplejerskerne dokumenterede deres indledende vurderinger.

Disciplinærnævnet fandt grundlag for at kritisere den ledende oversygeplejerske for ikke at sikre, at det sygeplejefaglige personale efterfulgte journalopbevaringspligten, herunder eventuelt ved udfærdigelse af retningslinjer herom.

Disciplinærnævnet lagde vægt på, at de midlertidige skadesedler, som udfærdiges ved patienters ankomst til skadestuen, og hvoraf fremgår, hvilken vurdering der er foretaget, er at betragte som en del af journalen.

Disciplinærnævnet lagde videre vægt på, at sygeplejerskers forpligtigelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed omfatter en pligt til at føre ordnede optegnelser om patientens tilstand, pleje- og observationsbehov, således at de efterfølgende sygeplejersker kan udføre en forsvarlig sygepleje.

Endelig lagde disciplinærnævnet vægt på, at det påhviler den ledende oversygeplejerske på skadestuen at instruere personalet i, at de midlertidige skadesedler opbevares som en del af journalen.

5.4 Indhentning af elektroniske helbredsoplysninger i forbindelse med behandling af patienter

Helbredsoplysninger er fortrolige oplysninger. Sundhedspersonalets tavshedspligt er en afgørende forudsætning for det helt nødvendige tillidsforhold mellem patient og sundhedsperson. Sundhedsloven indeholder derfor regler om, i hvilket omfang sundhedspersoner kan videregive helbredsoplysninger til andre.

Den efterhånden udstrakte brug af elektroniske databaser i sundhedsvæsenet har imidlertid gjort det nødvendigt at fastsætte regler om, i hvilket omfang sundhedspersoner må indhente oplysninger i disse databaser. Bestemmelsen i sundhedslovens § 42 a regulerer sundhedspersoners adgang til både med og uden patientens samtykke at indhente sådanne helbredsoplysninger i forbindelse med behandling ved opslag i elektroniske databaser.

Indhentning af oplysninger, som ikke sker ved opslag i elektroniske systemer, er ikke reguleret i sundhedsloven.

Sundhedslovens § 42 a er senest ændret med virkning fra 1. september 2011. Herefter har læger, tandlæger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, radiografer og ambulancebehandlere med særlig kompetence, når betingelserne er opfyldt, lovligt adgang til at foretage opslag i elektroniske systemer.

Det er blandt andet en betingelse, at opslaget er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienten. Sundhedspersonen kan foretage opslaget uden samtykke fra patienten, når sundhedspersonen må forstå, at patienten har givet samtykke til *behandlingen*.

En patient kan frabejde sig, at sundhedspersonen indhenter elektroniske oplysninger, jævnfør § 42 a, stk. 7.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn har kompetence til at behandle klager over, at sundhedspersoner har overtrådt reglerne om elektronisk indhentning af helbredsoplysninger, i henhold til klage- og erstatningslovens § 2. Ligeledes har Patientombuddet kompetence til at behandle klager over, at sygehuse, klinikker med flere har indhentet elektroniske helbredsoplysninger i strid med sundhedsloven, jævnfør klage- og erstatningslovens § 1.

I det følgende resumeres en afgørelse, som er truffet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i 2011, vedrørende sundhedslovens § 42 a.

Indhentning af journal og epikrise

En 44-årig kvinde, der lider af betændelse i rygmarven med manglende bevægelseskoordinering med varigt tab af balancen, søgte sin bopælskommune om støtte til bil. Kommunen bad om en speciallægeundersøgelse ved en speciallæge i ortopædkirurgi.

Forud for speciallægeundersøgelsen indhentede speciallægen nogle sygehusjournaler og epikriser vedrørende patienten. Han sendte disse oplysninger til kommunen sammen med speciallægeerklæringen.

Der blev blandt andet klaget over, at speciallægen uden patientens samtykke indhentede sygehusjournaler og epikriser og videregav disse til kommunen.

Speciallægen havde blandt andet indhentet en journal fra et neurologisk ambulatorium, som var blevet sendt til ham med fax. Disciplinærnævnet havde ikke kompetence til at behandle denne del af klagen over indhentningen, da speciallægen ikke havde fået adgang til denne journal ved opslag i et elektronisk system.

Speciallægen havde ved opslag i elektroniske systemer indhentet en epikrise fra en hæmatologisk afdeling, en skadestuejournal og en epikrise fra en genoptræningsafdeling.

Disciplinærnævnet fandt, at indhentningen skete i forbindelse med aktuel behandling af en patient. Det var således disciplinærnævnets opfattelse, at en undersøgelse til brug for en speciallægeerklæring var omfattet af definitionen af behandling i sundhedslovens § 5, hvorved forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Endvidere fandt disciplinærnævnet, at det ikke var i strid med sundhedslovens § 42 a, stk. 1, at speciallægen havde skønnet, at der kunne findes relevante oplysninger til brug for undersøgelsen af patienten i de elektroniske systemer.

Disciplinærnævnet kunne hertil oplyse, at en læge kan foretage opslag i et elektronisk system, når han har formodning om, at systemet indeholder oplysninger, som kan være relevante for aktuel behandling. Det er ikke en forudsætning, at lægen på forhånd ved, at der findes relevante oplysninger. Lægen skal begrænse sit opslag til den del af det elektroniske system, som må forventes at indeholde relevante oplysninger.

På denne baggrund fandt disciplinærnævnet ikke grundlag for at kritisere speciallægen for den elektroniske indhentning af helbredsoplysninger. Disciplinærnævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere, at speciallægen havde videregivet de indhentede oplysninger til patientens bopælskommune.

Disciplinærnævnet lagde herved vægt på, at patienten havde givet samtykke til, at kommunen kunne indhente helbredsoplysninger om hende. Samtykket fremgik af den anmodning, som kommunen sendte til speciallægen. Disciplinærnævnet lagde desuden vægt på, at der var tale om en medicinsk kompleks sag, som omfattede nervesystemet og bevægeapparatet, hvorfor det efter nævnets opfattelse var relevant at videregive oplysningerne til kommunen, herunder også oplysninger om biokemi, som kan have betydning for balanceevnen.

6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

6.1 Sager ved Folketingets Ombudsmand

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn er oprettet med hjemmel i klage- og erstatningsloven. I lovforslagets almindelige bemærkninger anføres, at 'Klager over konkrete sundhedspersoners faglige virksomhed skal som hidtil afgøres af et *uafhængigt domstolslignende nævn* (fremhævet her, red.), der fremover benævnes Disciplinærnævnet'. Der kunne derfor opstå tvivl om, hvorvidt Folketingets Ombudsmand ville anse sig kompetent til at behandle klager over disciplinærnævnets afgørelser. Folketingets Ombudsmand udtalte den 21. juni 2011 i forbindelse med en konkret sag, at ombudsmanden anser disciplinærnævnet for omfattet af hans kompetence (FOB j.nr. 2011-0320-4200/LY1).

Folketingets Ombudsmand har i 2011 behandlet en række klager over Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Ingen af disse har givet anledning til kritik.

6.2 Retssager mod Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

Der var ingen verserende retssager pr. 1. januar 2011.

Disciplinærnævnet modtog den 19. december 2011 en stævning i en sag, hvor Patientklagenævnet havde truffet afgørelse. Sagen resumeres nedenfor.

En 59-årig mand, som led af en alvorlig nyre- og hjertesygdom, blev i august 2004 skrevet op til nyretransplantation. Der blev foretaget nyretransplantation i november 2004, hvorefter patienten blev sat i immundæmpende behandling. Herefter udviklede patienten imidlertid en såkaldt CMV-sygdom, som er sygdom forårsaget af et humant herpesvirus. Patientens tilstand blev herefter gradvist forværret, og i maj 2005 blev den transplanterede nyre bortopereret. Patienten afgik ved døden den 22. juli 2005.

Der blev klaget over, at der skete et såkaldt CMV-mismatch ved nyretransplantationen, og at den immundæmpende behandling ikke blev givet relevant. Der blev endvidere klaget over, at der gik for lang tid, inden den transplanterede nyre blev bortopereret, og at patienten ikke blev tilstrækkeligt informeret om sin tilstand.

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 28. april 2010 ikke grundlag for at kritisere de involverede læger for behandling og information af patienten. Nævnet fandt derimod grundlag for at kritisere en overlæge for ikke at have journalført, hvilken information patienten havde fået. Patientklagenævnet kunne i øvrigt ikke tage stilling til, hvorvidt den antivirale behandling ikke blev iværksat hurtigt nok efter transplantationen, da den læge, der var ansvarlig herfor, var afgået ved døden.

Klager lagde den 29. oktober 2011 sag an mod Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og det behandelende sygehus. Sagsøger har blandt andet fremsat påstand om, at disciplinærnævnet skal tage stilling til hele klagen, at disciplinærnævnet skal anerken-

de, at behandlingen var under den faglige standard, at patienten ikke blev tilstrækkeligt informeret og medindraget i beslutninger, og at den transplanterede nyre ikke blev fjernet, selv om patienten ønskede dette.

Patientombuddet havde ved udgangen af 2011 endnu ikke afgivet svarskrift på vegne af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.



7 Læring

Nævnets afgørelser bruges på adskillige måder til at forbedre patientsikkerhed og kvalitet i sundhedssektoren.

Nævnets afgørelser sendes naturligvis til sagens parter. Der er ingen tvivl om, at den sundhedsperson, der får kritik for sin faglige virksomhed, vil være særligt agtpågivende i tilsvarende situationer i fremtiden.

Afgørelserne sendes også til orientering til sundhedspersonens arbejdsgiver, oftest regionen. På mange sygehuse er der faste rutiner for at følge op på nævnets afgørelser, således at det bliver overvejet, om sagen giver anledning til at ændre instrukser, rutiner eller lignende.

Sundhedsstyrelsen får en kopi af alle nævnets afgørelser.

Sundhedsstyrelsen bruger nævnets afgørelser i tilsynet med sundhedspersoner. Sundhedsstyrelsen sætter en sundhedsperson under skærpet overvågning, hvis hun har fået kritik af nævnet for fejl, som styrelsen bedømmer som så alvorlig, at en gentagelse af fejlen vil føre til konkrete overvejelser om at udstede pålæg eller påbud til sundhedspersonen. Hvis der i de følgende 12 måneder ikke kommer yderligere afgørelser fra nævnet med kritik, tilbageføres sundhedspersonen til den almindelige overvågning.

Sundhedsstyrelsen bruger også afgørelserne fra disciplinærnævnet i det generelle tilsyn med sundhedsvæsenet. Afgørelserne kan være med til at henlede styrelsens opmærksomhed på forhold i sundhedsvæsenet, hvor der er grund til at udsende nationale anbefalinger.

Patientombuddet benytter også nævnets afgørelser – sammen med rapporteringer af utilsigtede hændelser og afgørelser fra Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet - til at identificere områder, hvor der er behov for udmeldinger til sundhedssektoren. Afgørelserne fra nævnet er derfor et vigtigt element i Patientombuddets læringsaktiviteter. I 2011 indgik afgørelser fra disciplinærnævnet i to temarapporter, nemlig temarapport om meningitis og temarapport om Cardiotocografi (elektronisk overvågning af fostrets hjertefrekvens og den fødendes ve-aktivitet). Endvidere indgik afgørelser fra disciplinærnævnet i en OBS-meddelelse om forveksling af lægemidlet Truxal med anden medicin.

Patientombuddet stiller herudover afgørelser fra nævnet til rådighed for sundhedsvæsenets indsats for kvalitetsudvikling ved at offentliggøre et udsnit af nævnets afgørelser i anonymiseret stand. I denne årsberetning og i nyhedsbreve offentliggøres yderligere en række afgørelser. Endelig udarbejder Patientombuddet sammenfatninger af nævnets praksis på udvalgte områder, og disse sammenfatninger vil indeholde resuméer af afgjorte sager.

Nævnet skal også – uden anonymisering af sundhedspersonens navn - offentliggøre afgørelser med kritik, der har et indhold af alvorlighed eller gentagelse samt sager med kritik vedrørende kosmetiske indgreb.

8 Forventninger til fremtiden

Vi forventer, at antallet af sager til afgørelse i disciplinærnævnet vil falde i de kommende år.

Det skyldes især, at patienter har fået mulighed for at lade deres klage afgøre af Patientombuddet, og vi regner med, at en større andel af patienterne i de kommende år vil vælge at lade deres klage afgøre af ombuddet. Hertil kommer, at disciplinærnævnet i 2011 afgjorde en stor del af de sager, som nævnet havde overtaget fra Patientklagenævnet, hvoraf hovedparten af de resterende ventes afgjort i 2012.

Når antallet af sager til disciplinærnævnet falder, vil antallet af nævnsmøder også blive reduceret. Der er derfor grund til at overveje, om antallet af udpegede nævnsmedlemmer står i fornuftigt forhold til antallet af nævnsmøder.

Patientombuddet vil i løbet af 2012-13 gå over til fuld elektronisk sagsbehandling. Det skaber mulighed for, at materiale til nævnsmøder kan udsendes til nævnsmedlemmerne i elektronisk form, således som det allerede sker for andre nævn, som ombuddet sekretariatsbetjener.



Bilag

Bilag 1 Forretningsorden

Bekendtgørelse om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

I medfør af § 13, stk. 3, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 24 af 21. januar 2009, som ændret ved § 1 i lov nr. 706 af 25. juni 2010, fastsættes:

Kapitel 1

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns opgaver og sammensætning

§ 1. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn behandler klager fra patienter over sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed og forhold omfattet af sundhedslovens kapitel 4-7 og 9, jf. § 2 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og regler fastsat i medfør heraf.

Stk. 2. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn behandler desuden sager om sundhedsfaglig virksomhed indbragt af Sundhedsstyrelsen eller Lægemiddelstyrelsen, jf. § 2 a i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

§ 2. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn består af en formand og et af indenrigs- og sundhedsministeren fastsat antal næstformænd samt et af indenrigs- og sundhedsministeren fastsat antal beskikkede medlemmer, jf. § 14 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Kapitel 2

Forberedelse af sagerne

§ 3. Formanden afgør, om en klage falder inden for nævnets kompetence, om klageren har tilstrækkelig retlig interesse i sagen, og om en klage skal afvises på grund af en overskridelse af klagefristen, jf. § 4 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Stk. 2. Skønner formanden, at en klage eller en indberetning fra Sundhedsstyrelsen eller Lægemiddelstyrelsen vil kunne føre til en straffesag mod en eller flere sundhedspersoner, kan formanden beslutte, at sagen sendes til politimæssig efterforskning før nævnsbehandling.

Stk. 3. Formanden kan bemyndige sekretariatet, jf. § 4, stk. 1, til at træffe beslutninger efter stk. 1.

§ 4. Patientombuddet stiller sekretariatsbistand til rådighed for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, jf. § 13, stk. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Stk. 2. Sekretariatet bestemmer rækkefølgen for behandling af de indkomne klager, jf. dog stk. 5 og § 3, stk. 2.

Stk. 3. Sekretariatet er ansvarligt for oplysning af sagen, indhentelse af fornøden sagkyndig vurdering og udarbejdelse af forslag til afgørelse.

Stk. 4. Sekretariatet kan under sagsforberedelsen forelægge en sag for Retslægerådet og Sundhedsstyrelsen.

Stk. 5. Nævnets formand kan fastlægge generelle eller konkrete retningslinjer for sekretariatets virksomhed.

Kapitel 3

Afholdelse af møde m.v.

§ 5. Nævnet udøver sin virksomhed i møder, herunder telefonmøder eller lignende, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Formand og næstformænd kan træffe afgørelser i sager, som efter den af nævnet fulgte praksis ikke skønnes at give anledning til tvivl, herunder afvise anmodninger om genoptagelse af sager, jf. dog § 14, stk. 3. Dette gælder dog ikke sager, som skønnes at give anledning til at udtale kritik over for den pågældende sundhedsperson, jf. § 13, nr. 3-6.

Stk. 3. Sager, som formanden eller vedkommende næstformand skønner egnet til skriftlig votering, kan sendes til medlemmerne med indstilling om afgørelse.

§ 6. Ved afgørelsen af en sag sammensættes Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn af

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) to lægmandsmedlemmer beskikket efter § 14, stk. 3, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet,
- 3) to sundhedsfagligt uddannede medlemmer beskikket efter § 14, stk. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet inden for den eller de sundhedsfaglige områder, sagen vedrører.

§ 7. Formanden afgør, hvilke medlemmer, jf. § 6, der skal indkaldes til et nævnsmøde.

Stk. 2. Formanden fastsætter tid, sted og dagsorden for nævnsmøderne.

Stk. 3. Vedrører en sag flere sundhedsfaglige områder, deltager de sundhedsfagligt uddannede medlemmer, jf. § 6, stk. 1, nr. 3, alene ved afgørelsen af de delspørgsmål, som vedrører de pågældendes eget fagområde.

Stk. 4. Nævnsmøderne indkaldes med mindst 14 dages varsel. Indkaldelsen vedlægges en dagsorden over de sager, der skal behandles på mødet, et forslag til nævnets afgørelse af hver af sagerne, og det sagsmateriale, der er nødvendigt, for at nævnet kan træffe afgørelse i hver enkelt sag.

Stk. 5. Formanden kan bemyndige sekretariatet til at varetage formandens opgaver efter stk. 1-4.

§ 8. Formanden eller vedkommende næstformand leder og tilrettelægger mødet.

Stk. 2. Nævnet er ved afgørelsen af sager i møder beslutningsdygtigt, når formanden eller vedkommende næstformand samt et medlem omfattet af § 6, stk. 1, nr. 2, og et medlem omfattet af § 6, stk. 1, nr. 3, er til stede.

§ 9. Nævnets møder er ikke offentlige.

Stk. 2. Nævnets formand eller vedkommende næstformand kan bestemme, at særligt sagkyndige eller andre kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af en sag.

Kapitel 4

Afgørelser m.v.

§ 10. Nævnets afgørelser, jf. § 6, træffes ved stemmeflertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens eller vedkommende næstformands stemme udslagsgivende.

Stk. 2. Nævnets afgørelser indføres i en beslutningsprotokol, som underskrives af formanden eller vedkommende næstformand. Et medlem kan kræve en kort begrundelse for sit standpunkt tilført protokollen.

Stk. 3. Afgørelser udfærdiges skriftligt, med begrundelse og med angivelse af, om det er et enigt nævn eller et flertal af nævnets medlemmer, der har truffet afgørelse. I afgørelsen angives navnene på de nævnsmedlemmer, der har deltaget i afgørelsen. Et medlems eventuelle særstandpunkt anføres kort i afgørelsen med angivelse af medlemmets navn.

§ 11. Nævnets afgørelse sendes til klageren samt de personer, hvis faglige virksomhed afgørelsen vedrører.

Stk. 2. Afgørelsen sendes endvidere til Sundhedsstyrelsen, jf. § 16, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovens § 12, stk. 3, 1. pkt.

Stk. 3. Afgørelsen kan desuden sendes til myndigheder, der er arbejdsgiver eller lignende i forhold til den eller de berørte personer inden for sundhedsvæsenet og andre med berettiget interesse.

§ 12. Nævnets afgørelser offentliggøres i anonymiseret form, hvis de er af principiel betydning eller har almen interesse og er egnede som vejledning om nævnets praksis.

§ 13. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn kan, jf. § 3 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, benytte følgende reaktioner i sine afgørelser:

- 1) sagen giver ikke grundlag for kritik af sundhedspersonens sundhedsfaglige virksomhed,
- 2) sagen giver ikke grundlag for kritik, idet sundhedspersonen ikke har handlet i strid med sundhedslovens kapitel 4-7 eller 9,
- 3) sagen giver grundlag for kritik af sundhedspersonens sundhedsfaglige virksomhed, idet sundhedspersonen ikke har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed, jf. § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed,
- 4) sagen giver grundlag for kritik, idet sundhedspersonen har handlet i strid med sundhedslovens kapitel 4-7 og 9,
- 5) sagen giver grundlag for kritik, jf. nr. 3 og 4, og yderligere grundlag for at indskærpe sundhedspersonen at være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit fremtidige virke,
- 6) sagen giver grundlag for kritik, jf. nr. 3 og 4, og yderligere grundlag for berettiget mistanke om, at sundhedspersonen ved sin sundhedsfaglige virksomhed kan have gjort sig skyldig i et strafbart forhold. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn kan på den baggrund anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

§ 14. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn er i sin virksomhed uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse, jf. § 13, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Stk. 2. Nævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed, jf. § 13, stk. 2, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Stk. 3. Fremkommer der i en sag, som er afgjort af nævnet, nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, tager nævnet sagen op til fornyet behandling og afgørelse. Det samme gælder, hvis der er begået væsentlige fejl i sagsbehandlingen.

Kapitel 5

Forskellige bestemmelser

§ 15. Nævnets medlemmer er ved udøvelsen af deres virksomhed for nævnet underlagt tavshedspligt, jf. forvaltningslovens § 27.

§ 16. Nævnets medlemmer er ved udøvelsen af deres virksomhed for nævnet omfattet af forvaltningslovens regler om inhabilitet.

Stk. 2. Et nævnsmedlem har pligt til at underrette nævnet om forhold, som kan medføre vedkommendes inhabilitet, ligesom ethvert af nævnets andre medlemmer, der er bekendt med sådanne forhold, har pligt til at oplyse nævnet herom.

Stk. 3. Et nævnsmedlem må ikke medvirke ved behandlingen af en konkret sag i blandt andre følgende situationer:

- 1) hvis nævnsmedlemmet har nære personlige relationer til en af sagens parter,

- 2) hvis nævnsmedlemmet har deltaget i behandlingen af samme sag i en anden institution, eksempelvis Retslægerådet eller Patientforsikringen,
- 3) hvis klager på noget tidspunkt er blevet undersøgt eller behandlet af nævnsmedlemmet,
- 4) hvis klager i forbindelse med det påklagede forhold er blevet undersøgt eller behandlet på den sygehusafdeling, klinik m.v., hvor nævnsmedlemmet er beskæftiget,
- 5) hvis den indklagede sundhedsperson er ansat på den sygehusafdeling, klinik m.v., hvor nævnsmedlemmet er beskæftiget,
- 6) hvis et nævnsmedlem har været beskæftiget på den indklagede sundhedspersons sygehusafdeling, klinik m.v. på det tidspunkt, hvor den påklagede virksomhed har fundet sted,
- 7) hvis der i øvrigt foreligger konkrete omstændigheder, som kan være egnede til at vække tvivl om den pågældendes uvildighed.

Stk. 4. Hvis et nævnsmedlem er i tvivl om sin habilitet, kan spørgsmålet drøftes med sekretariatet.

Stk. 5. Nævnet afgør, om et nævnsmedlem kan deltage i behandlingen af en sag. Nævnsmedlemmet må ikke deltage i behandlingen og afgørelsen af spørgsmålet om vedkommendes inhabilitet. I tilfælde af stemmelighed er formandens eller vedkommende næstformands stemme afgørende.

§ 17. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn afgiver en årsrapport om sin virksomhed, som sendes til indenrigs- og sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen samt regioner og kommuner, jf. § 16, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovens § 12, stk. 4, 1.-3. pkt. Årsrapporten forberedes af sekretariatet.

Kapitel 6

Ikrafttræden

§ 18. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2011.

Stk. 2. Samtidig bortfalder bekendtgørelse nr. 885 af 4. november 2003 om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 15. december 2010

Bertel Haarder

/ Mogens Jørgensen

Bilag 2 Sammensætning af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

Formand for nævnet:

Landsdommer Henrik Gunst Andersen

Næstformænd for nævnet:

Dommer Lene Hjerrild

Landsdommer Ole Michael Kistrup

Dommer Carsten Michelsen

Medlemmer udpeget af Danske Handicaporganisationer

Vivi Bjørnmose

Karen Thomsen

Elsemarie Kraul

Lisbeth Holmgaard

Hans Paulsen

Freddy Nielsen

Janus Tarp

Per Jacobsen

Niels Jensen

Medlemmer udpeget af Forbrugerrådet

Elisabeth Berg

Jakob Bjerre

Klaus Melvin Jensen

Per Jensen

Rut Jørgensen

Jacob Egevang

Inge Pallesen

Sine Jensen

Regitze Buckwaldt

Medlemmer udpeget af patientforeningernes paraplyorganisation Danske Patientier

Anne Petersen

Kaja Brolykke Elding

Birthe Byskov Holm

Lisbet Due Madsen

Gina Øbakke

Jesper Thaarup

Mette Christensen

Inger Duus Nielsen

Marianne Guldager Nielsen

Medlemmer udpeget af Lægeforeningen

Aksel Otkjær

Mogens Hüttel

Anja Mitchell

Mogens Tangø
Poul Anders Hansen
Kasper Peiter Jensen
Jette Skjøde Hoffmann-Petersen
Marianne Ingerslev Holt
Jakob Lykke
Lise Forsom
Steen Hartvig Hansen
Lis Haack Olsen
Anne-Birgit Olsen
Hans Arne Pescettini
Gustav Gerstrøm

Medlemmer udpeget af Tandlægeforeningen

Marianne Walentin Jensen
John Orloff

Medlemmer udpeget af Tandlægenes Nye Landsforening

Erik Sørensen
Birgit Susanne Jagd Klausen

Medlemmer udpeget af Dansk Sygeplejeråd

Anne Bondesen
Birthe Runoberg Nielsen
Karen Lundager Vilsgaard
Niels Aagaard
Tove Fisker
Anne Gerth Sahl
Telse Brix

Medlemmer udpeget af Jordemoderforeningen

Christina Flems
Hanne Engelund
Alice Borgen
Charlotte Egholm Lyngsø

Medlemmer udpeget af Ergoterapeutforeningen

Gunner Gamborg
Ulla Garbøl

Medlemmer udpeget af Danske Fysioterapeuter

Vibeke Laumann Jørgensen
Brian Errebo-jensen

Medlemmer udpeget af Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter

Pia Sølvsten Andersen
Ulla Engelstoft

Medlemmer udpeget af Foreningen af Kliniske Diætister

Ginny Rhodes

Anette Damsgaard Koch

Medlemmer udpeget af Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere

Flemming Mogens Finøen

Medlemmer udpeget af Tandteknikerforeningen

Carsten Berggren Flindt

Medlemmer udpeget af Dansk Kiropraktor Forening

Grethe Thøstesen

Hanne Nøddeskou-Fink

Medlemmer udpeget af Optikerfagets Fællesudvalg

Birger Borch Larsen

Peter Smaakjær

Medlemmer udpeget af Dansk Psykolog Forening

Birgitte Bräuner

Louise Brückner Wiwe

Medlemmer udpeget af Dansk Tandplejerforening

Elisabeth Gregersen

Helle Svensson

Medlemmer udpeget af S.I.K.

Ruth Møller Jensen

Jakobine Jensen

Medlemmer udpeget af Foreningen af Radiografer i Danmark

Charlotte Graungaard Bech

Karen Lisbeth Brædstrup

Medlemmer udpeget af Danmarks Apotekerforening

Lene Hübertz Olesen

Inga Vilstrup

Medlemmer udpeget af Farmakonomforeningen

Susanne Engstrøm

Inge-May Petersen

Medlemmer udpeget af Pharmadanmark

Linda Jeffery

Lene Hurup Kristoffersen

Medlemmer udpeget af Danske Bioanalytikere

Karin Nørgaard

Else-Marie Fischer

Medlemmer udpeget af 3F – Fagligt Fælles Forbund

John Larsen

Karsten Jakobsen

Medlemmer udpeget af Danske Bandagister

Gert Bräutigam

Thomas Kaiser

Medlemmer udpeget af FOA – Fag Og Arbejde

2 plejere:

Hanne Halskov

Helle Heilmann

2 sygehjælpere:

Karen Stæhr

Marianne Lübbers Søndberg

2 plejehjemsassistenter:

Jean Petersen

Anders Jensenius Møller

4 social- og sundhedsassistenter:

Dorrit Knudsen

Annie Schacht

Gitte Oustrup Dyhr

Marianne Jensen

2 ambulancebehandlere:

Henrik Rahé

Jacob Lynge Jensen