

Fastlæggelsen af lægers professionsnorm – betydningen af Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.

The determination of the standard of care for physicians – the significance of guidelines etc. issued by the Danish health authority Sundhedsstyrelsen

af MAJA WÜRGLER HANSEN

Lægers professionsnorm følger af autorisationslovens § 17, hvorefter læger under udøvelsen af deres virksomhed, er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Bestemmelsen indebærer, at læger skal udøve sundhedsfaglig virksomhed i overensstemmelse med den til enhver tid værende almindeligt anerkendte faglige standard. Sundhedsstyrelsen er en af flere aktører, der bidrager til at fastlægge professionsnormen, idet Sundhedsstyrelsen med hjemmel i sundhedslovens § 214, vejleder om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver. Sundhedsstyrelsen har i dag udstedt sundhedsfaglige retningslinjer m.v. på mange områder i form af bl.a. kræftpakkeforløb og nationale kliniske retningslinjer.

Denne afhandling undersøger, hvorledes lægers professionsnorm fastlægges i det enkelte tilfælde, særligt med henblik på at analysere og vurdere betydningen af Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. samt disse retningslinjers samspil med den individuelle lægefaglige vurdering.

Afhandlingens konklusion er, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. er vigtige for fastlæggelsen af lægers professionsnorm. Denne konklusion er baseret på en større analyse af afgørelser fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, som ofte inddrager Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. – dog i højere grad i processuelle, frem for kliniske spørgsmål. Udgangspunktet er, at retningslinjerne m.v. efterleves, men Disciplinærnævnet anvender dog retningslinjerne som vejledende, således at de reelt - efter omstændighederne – kan fraviges af lægen. Retningslinjerne spiller tilsyneladende en mere tilbagetrukket rolle ved de danske domstole, hvor der dog er eksempler på, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. anvendes såvel direkte i rettens begrundelse, som indirekte via Retslægerådets vurderinger.

INDHOLDSFORTEGNELSE

ABSTRACT	3
1. INDLEDNING	3
1.1. PRÆSENTATION AF EMNET	3
1.2. PROBLEMFORMULERING	4
1.3. STRUKTUR	4

1.4. AFGRÆNSNING.....	5
1.5. METODE OG RETSKILDER	5
1.6. FORKORTELSER.....	6
2. FREDBERG-SAGEN	6
2.1. SAMMENDRAG	6
2.2. JURIDISKE PROBLEMSTILLINGER, SOM SAGEN REJSER	7
3. PROFESSIONSNORMEN - AUTORISATIONSLOVENS § 17	8
3.1. AUTORISATIONSLOVEN.....	8
3.2. INDHOLD.....	8
3.3. PLIGTSUBJEKT	9
3.4. RETTIGHEDSSUBJEKT	9
3.5. RETLIG KARAKTER.....	10
4. FASTLÆGGELSEN AF LÆGERS PROFESSIONSNORM	10
4.1. DE FORSKELLIGE AKTØRER.....	10
4.1.1. Lægen	10
4.1.2. Sundhedsstyrelsen	11
4.1.3. Styrelsen for Patientsikkerhed	12
4.1.4. Faglige selskaber.....	12
4.1.5. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	12
4.1.6. Domstolene	13
4.2. SUNDHEDSSTYRELSENS RETNINGSLINJER M.V.	14
4.2.1. Introduktion.....	14
4.2.2. Retlig karakter.....	14
4.2.2.1. Interne regler.....	14
4.2.2.2. Vejledende	15
4.2.2.3. Fravige retningslinjerne	15
4.2.3. Den erklærede betydning af Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.	16
4.2.3.1. Sundhedsministeriet.....	16
4.2.3.2. Sundhedsstyrelsen.....	17
4.2.4. Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. i prøvelsespraksis	20
4.2.4.1. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn	20
4.2.4.2. Domstolene	28
4.2.5. Forholdet mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer og det lægefaglige skøn.....	32
4.2.5.1. Metodefrihed.....	32
4.2.5.2. Pligtmæssigt skøn	33
4.2.5.3. Sundhedsstyrelsen, om retningslinjernes forhold til det lægefaglige skøn.....	34
4.2.5.4. Disciplinærnævnet, om retningslinjernes forhold til det lægefaglige skøn	34
4.2.5.5. Domstolene, om retningslinjernes forhold til det lægefaglige skøn	35

4.2.5.6. Delkonklusion	36
5. OPSAMLING OG KONKLUSION	37
BIBLIOGRAFI	38
BILAG 1	43
BILAG 2	47

Abstract

According to § 17 in the Danish Authorisation Act, physicians must practice their profession with due care and conscientiousness. This master thesis investigates how the standard of care for physicians is determined, focusing on analyzing and assessing the significance of guidelines etc. issued by the Danish health authority, Sundhedsstyrelsen. “Guidelines etc.” is used as a broad term incl. published guidelines and recommendations as well as non-published contributions and statements sent to individual parties. The paper also investigates the relations between the guidelines and the discretion of physicians.

Sundhedsstyrelsen plays a particular role in determining the standard of care because § 214 in the Danish Health Act states that Sundhedsstyrelsen provides guidance on the performance of health professional tasks and offers advice to the authorities in health professional matters. Physicians are obliged to use guidance issued from Sundhedsstyrelsen but not necessarily to comply with it in every situation as it is not legally binding.

An analysis of verdicts from the administrative complaints body, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, shows that the guidelines play an important role when the standard of care is determined – however, they are predominantly used in procedural rather than clinical matters. In the Danish courts, the guidelines seemingly play a more resigned role. They are sometimes applied – either directly in the reasons for judgment or indirectly through statements from the advisory body, Retslægerådet.

Independent from any guidelines, the physician is both entitled and obliged to make an individual assessment based on the patient’s symptoms and medical history. The physician’s discretion is pivotal when Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn and the Danish Courts determine the standard of care in each case.

1. Indledning

1.1. Præsentation af emnet

Lægers professionsnorm fremgår af autorisationslovens § 17, der fastslår, at en autoriseret sundhedsperson under udøvelsen af sin virksomhed er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Det følger af denne bestemmelse, at læger er forpligtet til at udøve sundhedsfaglig virksomhed i overensstemmelse med den til enhver tid værende almindeligt

anerkendte faglige standard på området.¹ Det kan imidlertid give anledning til tvivl, hvad professionsnormen i det enkelte tilfælde er. Der er forskellige aktører, der bidrager til fastlæggelsen heraf. Sundhedsstyrelsen har i medfør af sundhedslovens § 214, stk. 1, hjemmel til at vejlede om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver, og i medfør af § 214, stk. 2, hjemmel til at yde rådgivning i sundhedsfaglige spørgsmål. Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. kan herved bidrage til fastlæggelsen af lægers professionsnorm. I denne afhandling skal det undersøges, hvordan lægers professionsnorm fastlægges og hvilken betydning Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. har herfor.

Det lægefaglige skøn indebærer, at lægen foretager en konkret vurdering af, hvilken behandling, undersøgelse m.v. patienten skal modtage, set ud fra en samlet vurdering af patientens symptomer m.v. Forholdet mellem det lægefaglige skøn og Sundhedsstyrelsens retningslinjer behandles tillige i denne afhandling.

Emnevalget er motiveret af den såkaldte Fredberg-sag, hvor ledende overlæge Ulrich Fredberg blev afskediget fra sin stilling på Regionshospitalet Silkeborg i april 2020. Afskedigelsen blev bl.a. begrundet med, at en række patienter ikke var blevet tilbudt den rigtige skanning for lungekræft, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer.² Sagsforløbet er sidenhen blevet kritiseret i medierne pga. uenighed om hvordan Sundhedsstyrelsens retningslinjer skulle fortolkes og fordi flere eksperter var af den opfattelse, at de berørte patienter netop havde modtaget en fagligt forsvarlig behandling.³

1.2. Problemformulering

Denne afhandling undersøger, hvorledes lægers professionsnorm fastlægges i det enkelte tilfælde, særligt med henblik på at analysere og vurdere betydningen af Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. samt disse retningslinjers samspil med den individuelle lægefaglige vurdering.

1.3. Struktur

Indledningsvis gives et sammendrag af Fredberg-sagen, som er motivationen bag denne afhandling, og som rejser nogle juridiske problemstillinger. Dernæst følger et afsnit, som redegør for professionsnormen i autorisationslovens § 17, herunder bestemmelsens indhold, den omfattede personkreds og dens retlige karakter. Derpå følger et afsnit om, hvorledes professionsnormen fastlægges. Indledningsvis beskrives de forskellige aktører og deres muligheder for at bidrage til fastlæggelsen af professionsnormen. Herefter går afhandlingen i dybden med Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. Først undersøges retningslinjernes retlige karakter, herunder hvad det indebærer, at der er tale om interne regler, at de er vejledende og muligheden for at fravige dem. Dette følges af en analyse og vurdering af den erklærede betydning af Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. ifølge Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Dernæst foretages en analyse og vurdering af, hvordan retningslinjerne anvendes i administrativ praksis fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn samt ved domstolene. Endelig analyseres forholdet mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. og det lægefaglige skøn. Til sidst opsummeres afhandlingens resultater og der konkluderes på problemformuleringen.

¹ Jf. FT 2005-06, tillæg A, L 111 som fremsat, s. 3215-3216, til § 17.

² Hospitalsenhed Midt, "Samarbejdsproblemer i patientsikkerhedssag fører til påtænkt afskedigelse". Bilag 1.

³ Niskanen, "Et år senere: Historien om Fredberg-fyringen og det rigtige kræftforløb".

1.4. Afgrænsning

Autorisationslovens § 17 gælder for alle de i loven oplystede autoriserede sundhedspersoner, men denne afhandling vedrører lægeprofessionen. Afhandlingen har fokus på lægens perspektiv og retsstilling, men patientens retsstilling vil også kortfattet blive inddraget. Afhandlingen vedrører de retlige aspekter af professionsnormens fastlæggelse, og søger ikke at fastlægge det specifikke sundhedsfaglige indhold af professionsnormen. Domme og afgørelser inddrages således alene med henblik på at forstå, hvorledes professionsnormen fastlægges og hvilken betydning Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. har herfor. Specialet omhandler ”Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.”, hvilket anvendes som samlebetegnelse for såvel offentliggjorte publikationer, vejledninger, kræftpakkeforløb og anbefalinger, som ikke-offentliggjorte fortolkningsbidrag, udtalelser og erklæringer tilsendt et enkelt sygehus, en enkelt læge m.v. Der inddrages alene administrativ praksis fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, idet dette klagenævn behandler klager over autoriserede sundhedspersoners (herunder lægers) sundhedsfaglige virksomhed. Afhandlingen vedrører fastlæggelsen af professionsnormen i den konkrete lægelige vurdering af den enkelte patient ifm. undersøgelse, diagnosticering, behandling og lignende. De ansættelsesretlige konsekvenser ved lægens tilsidesættelse af en tjenestebefaling vil ikke blive behandlet, ligesom de erstatnings- og strafferetlige aspekter ved tilsidesættelse af professionsnormen alene inddrages i det omfang, de bidrager til at belyse fastlæggelsen af professionsnormen.

1.5. Metode og retskilder

I denne afhandling anvendes den retsdogmatiske metode, som består i at beskrive, fortolke og systematisere gældende ret.⁴ Afhandlingen omfatter alene dansk ret. Der inddrages forskellige lovregler, hvor særligt autorisationslovens § 17 og sundhedslovens § 214, stk. 1, er relevante. Der foretages en traditionel fortolkning af lovreglerne, hvilket indebærer en ordlydsfortolkning samt inddragelse af lovbemærkninger og bredere betragtninger om reglernes formål og kontekst.⁵ Retspraksis inddrages i det omfang, der findes relevante domme, og fokus vil her være på dommens præmisser, som er rettens begrundelse for domsresultatet og dermed den vigtigste del af dommen.⁶ Domme har en højere præjudikatværdi end administrative afgørelser, idet domstolene ikke er bundet af administrative afgørelser.⁷ Retsområdet er dog kendetegnet ved, at professionsnormen i høj grad fastlægges i administrativ praksis, jf. nærmere herom afsnit 4.1.5. Af denne grund, inddrages et stort antal afgørelser fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Da afhandlingen fokuserer på Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v., vil også disse retningslinjer indgå, selvom de ikke i traditionel forstand udgør retskilder.⁸ Ligeledes vil ministersvar og lignende inddrages til belysning af retsområdet. Endelig inddrages argumentation fra den juridiske litteratur som fortolkningsbidrag, selvom dette heller ikke udgør traditionelle retskilder. Fredberg-sagen har hverken givet sig udslag i en dom eller en afgørelse fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, og sagen anvendes således alene som et praktisk eksempel på de problemstillinger, der kan være forbundet med, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. bidrager til fastlæggelsen af lægers professionsnormen.

⁴ Der henvises blandt andre til Evald, *Juridisk teori, metode og videnskab*, s. 209 f.

⁵ Jf. Evald, *Juridisk teori, metode og videnskab*, s. 47.

⁶ Ibid. s. 123.

⁷ Dette følger af domstolenes berettigelse til at påkende ethvert spørgsmål om øvrighedsmyndighedens grænser, jf. § 63, stk. 1, 1. pkt. i lov nr. 169 af 5. juni 1953, Danmarks Riges Grundlov.

⁸ Jf. om retskildebegrebet Evald, *Juridisk teori, metode og videnskab*, s. 34 og 207.

1.6. Forkortelser

Hvis ikke andet fremgår af afhandlingen, er de kursiverede forkortelser udtryk for de angivne lovbekendtgørelser med senere ændringer.

<i>Autorisationsloven</i>	Lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019
<i>Sundhedsloven</i>	Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019
<i>Klage- og erstatningsloven</i>	Lovbekendtgørelse nr. 995 af 14. juni 2018

2. Fredberg-sagen

2.1. Sammendrag

D. 28. april 2020 indgik Ulrich Fredberg, ledende overlæge på Diagnostisk Center på Regionshospitalet Silkeborg, en fratrædelsesaftale med hospitalsledelsen i Hospitalsenhed Midt.⁹ Aftenen forinden havde hospitalsledelsen udstedt en usædvanlig pressemeddelelse, hvori det fremgik, at man påtænkte at afskedige Fredberg ”på grund af omfattende samarbejdsproblemer i en sag, hvor en række patienter ikke er blevet tilbudt den rigtige skanning for lungekræft, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer”.¹⁰ Det fremgik videre, at der var patienter, hvis sikkerhed havde været bragt i fare.¹¹ Efter massiv kritik blev pressemeddelelsen trukket tilbage og korrigeret, men ledelsens hovedbudskab var det samme: patientsikkerheden havde været bragt i fare.¹²

Dette er kulminationen på en længere problematik om brugen af *lavdosis CT-skanning* i Silkeborg. Diagnostisk Center har siden år 2016 givet praktiserende læger mulighed for at henvise patienter til lavdosis CT-skanning ved "mistanke om lungekræft på grund af ikke-specifikke, vage symptomer, rygning mv, hvor henvisningskriteriet til lungekræftpakken ikke er opfyldt".¹³ Problematikken i Fredberg-sagen går på, om man herved har fraveget Sundhedsstyrelsens retningslinjer, idet man har tilbudt lavdosis CT-skanning ved vag mistanke om kræft i stedet for at tilbyde *CT-skanning med kontrast*, som giver et mere præcist resultat og derfor indgår i kræftpakken.

I et tv-interview¹⁴ forklarer Fredberg, at lavdosis CT-skanning er et tilbud, der gives til alment praktiserende læger, når symptomerne ikke er tilstrækkelige til henvisning til kræftpakken. Andre steder i landet har man i denne situation henvist til almindelig røntgen, som har vist sig at forsinke kræftdiagnosen sammenlignet med, når man bruger lavdosis CT. Undersøgelsen skal derfor ikke ses som et alternativ til CT-skanning med kontrast, men derimod et bedre alternativ til røntgen. Ifølge Fredberg, har Silkeborgs tilbud medført, at man har været i stand til at finde flere lungekræftstilfælde på et tidligere stadie.

⁹ Hospitalsenhed Midt, ”Ulrich Fredberg indgår fratrædelsesaftale med hospitalsledelsen i Hospitalsenhed Midt”.

¹⁰ Hospitalsenhed Midt, ”Samarbejdsproblemer i patientsikkerhedssag fører til påtænkt afskedigelse”. Bilag 1.

¹¹ Ibid.

¹² Ledelsen korrigerer således kun pressemeddelelsens udsagn om, at Fredberg har undladt at følge Sundhedsstyrelsens retningslinjer, selvom han har oplyst hospitalsledelsen, at retningslinjerne blev overholdt.

¹³ Region Midtjylland, ”Hospitalsenhed Midt sender afsluttende redegørelse i sag om lavdosis-CT til Styrelsen for Patientsikkerhed”.

¹⁴ TV2 Østjylland, ”Onsdag d. 29. apr. 2020 - 19:30. Nyhedsudsendelse”, 06:28-13:33.

Sundhedsstyrelsens lungekræftpakke fra år 2018 skriver, at ved visse symptomer på lungekræft ”bør lægen overveje at henvise til CT-skanning med kontrast”.¹⁵ I december 2019 udsteder Dansk Lunge Cancer Gruppe en udtalelse, hvori der anlægges en forholdsvis streng fortolkning af dette punkt i kræftpakken.¹⁶ Det fremgår, at Sundhedsstyrelsen ikke skelner mellem lille og stor mistanke om lungekræft, og det anbefales, at lægen ved klinisk mistanke om lungekræft, uanset om den er lille eller stor, skal henvise til CT skanning med kontrast. D. 28. februar 2020 tiltræder Sundhedsstyrelsen denne fortolkning over for Region Midtjylland: ”Hvis patienten har uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, bør patienten udredes i diagnostisk pakkeforløb. Hvis der derudover er den mindste mistanke om kræft (low risk but not no risk) bør patienterne også henvises til diagnostisk pakkeforløb [...]”.¹⁷

Hospitalsledelsen lægger derfor til grund, at den praktiserende læge skal henvise patienten til CT-skanning med kontrast ved enhver mistanke.¹⁸ Denne ”nye” fortolkning får som konsekvens, at man i Silkeborg ophører med at bruge lavdosis CT ved vag mistanke og genindkalder patienter til fornyet undersøgelse.¹⁹ Ifølge Fredberg, er denne strenge fortolkning, hvorefter man ikke kan gradbøje mistanken om lungekræft, i strid med Sundhedsstyrelsens officielle lungekræftpakke.²⁰ Han henviser til et notat fra Sundhedsstyrelsen fra december 2019, hvori det fastslås, at den konkrete lægefaglige vurdering af, om der er mistanke om kræft altid vil bero på et skøn, og der vil være tale om forskellige grader af mistanke.²¹ På trods af den tilsyneladende uoverensstemmelse i de forskellige fortolkningsbidrag afgivet af Sundhedsstyrelsen, fastslår sundhedsminister Magnus Heunicke i et ministersvar fra oktober 2020,²² at der ikke er modstrid - uden at han dog klart be- eller afkræfter om mistanken rent faktisk kan gradbøjes.

Der blev sat et foreløbigt punktum i sagen i oktober 2020, da regionsrådet på baggrund af en undersøgelse af forløbene for 625 patienter, vedtog, at der ikke er mistanke om svigt i patientsikkerheden.²³ Styrelsen for Patientsikkerhed afsluttede sagen i maj 2021.²⁴

2.2. Juridiske problemstillinger, som sagen rejser

Fredberg-sagen giver anledning til en række juridiske overvejelser: Hvilken retlig karakter har Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.? Hvilken betydning har retningslinjerne for fastlæggelsen af lægers professionsnorm? Kan og skal læger i visse situationer fravige retningslinjerne? Hvad er sammenspillet mellem retningslinjerne og det lægefaglige skøn? Disse spørgsmål søges besvaret i det følgende, med henblik på endeligt at besvare afhandlingens problemformulering.

¹⁵ Sundhedsstyrelsen, ”Pakkeforløb for lungekræft”, pkt. 2.1.1.

¹⁶ Dansk Lunge Cancer Gruppe: ”Vedrørende brug af lavdosis CT ved mistanke om lungekræft”.

¹⁷ Sundhedsstyrelsen, ”Vedr. henvendelse til Sundhedsstyrelsen af 20. februar 2020”.

¹⁸ Region Midtjylland, ”Brist i patientsikkerheden ved lungekræft-skanninger på Regionshospitalet Silkeborg”.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Fredberg, ”Du er nået til breaking point, Anders Kühnau”.

²¹ Ibid. med henvisning til Sundhedsstyrelsen, ”Notat vedr. henvisning og visitation til sygehusbehandling, med særligt fokus på kræft”, s. 8.

²² SUU, Alm. del, samling 2019-20, svar på spørgsmål 1888.

²³ Region Midtjylland, ”Beslutning om lavdosis CT”.

²⁴ Hospitalsenhed Midt, ”Styrelsen for Patientsikkerhed afslutter lavdosis-CT”.

3. Professionsnormen - autorisationslovens § 17

3.1. Autorisationsloven

Autorisationsloven har ifølge lovens § 1, stk. 1, til formål, at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem autorisation af nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor andres virksomhed på det pågældende virksomhedsområde kan være forbundet med fare eller særlig fare for patienter. Den første autorisationslov trådte i kraft d. 1. januar 2007 og samlede hermed 14 autorisationslove for forskellige professioner i én lov.²⁵ Lægers pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed fremgik således tidligere af lægelovens § 6,²⁶ men skal i dag findes i autorisationslovens § 17, som gælder for en "autoriseret sundhedsperson". En autoriseret sundhedsperson er i denne sammenhæng en person, der har gennemført en af uddannelserne i lovens afsnit II, f.eks. lægeuddannelsen, og modtaget autorisation fra Styrelsen for Patientsikkerhed, jf. lovens § 2, stk. 1.

3.2. Indhold

Lægers professionsnorm fremgår af autorisationslovens § 17, som er den første bestemmelse i lovens kap. 5 om 'Pligter m.v.'. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

"En autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v."

Udtrykket "omhu og samvittighedsfuldhed" findes helt tilbage fra lægeloven, der blev vedtaget i 1934.²⁷ Lovbemærkningen hertil er ganske kortfattet; det fremgår, at "Det er en naturlig Følge af selve Lægekaldet: at være Befolkningens Hjælper i Sygdomstilfælde, at en Læge altid bør udvise den størst mulige Omhu og Samvittighedsfuldhed".²⁸ I lovbemærkningerne til autorisationslovens § 17, uddybes det, at bestemmelsen er en videreførelse af de tilsvarende bestemmelser i de hidtil gældende autorisationslove og at bestemmelsen fastsætter sundhedspersonens faglige forpligtelse ved udøvelsen af dennes virksomhed.²⁹ Det fremgår videre, at sundhedspersonen skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed, hvilket vil sige at sundhedspersonen skal handle i overensstemmelse med den til enhver tid værende almindelige anerkendte faglige standard på området.³⁰ Professionsnormen er altså udtryk for en faglig standard, som lægen har pligt til at leve op til under udøvelsen af sin virksomhed. Det følger ikke nødvendigvis heraf, at lægen skal yde den bedst mulige behandling.³¹

Forpligtelsen gælder for lægens faglige virksomhed i forbindelse med patientbehandling i bred forstand, f.eks. undersøgelse, diagnosticering og behandling.³² Derudover skal f.eks.

²⁵ Jf. § 92, stk. 1 og 2 i lov nr. 451 af 22. maj 2006.

²⁶ Lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001.

²⁷ Jf. § 6, stk. 1 i lov nr. 72 af 14. marts 1934.

²⁸ Rigsdagstidende, tillæg A, Forelagte Lovforslag m.m., 84. ordentlige Samling, 1931-32, II, sp. 4021-4022, til § 6.

²⁹ FT 2005-06, tillæg A, L 111 som fremsat, s. 3215-3216, til § 17.

³⁰ Ibid.

³¹ Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 129.

³² Ibid. s. 128-129.

informationsniveau³³ og journalføring³⁴ også leve op til den faglige standard. En læge, der aldrig har patientkontakt, er ikke omfattet af bestemmelsen. Bestemmelsen finder f.eks. ikke anvendelse for læger, som er ansat i centralforvaltningen.³⁵

Lægens pligter er i flere tilfælde normeret direkte i lovgivningen, særligt i sundhedsloven og autorisationsloven, og bekendtgørelser fastsat med hjemmel heri. Sundhedslovens § 15 om, at der skal indhentes informeret samtykke inden en behandling indledes, er et eksempel herpå. Nogle lovbestemmelser overlader i højere grad end andre et skøn til lægen, f.eks. sundhedslovens § 16, hvorefter lægen skal foretage en konkret vurdering af, hvor meget og hvilken information patienten skal have, forud for patientens afgivelse af samtykke. I få tilfælde, er det fastsat hvilken behandling, der skal iværksættes. Et eksempel herpå er abort, som skal tilbydes, hvis patienten ønsker dette og sundhedslovens betingelser i øvrigt er opfyldt.³⁶ Hvis lovgivningen intet fastsætter om, at der skal iværksættes en bestemt behandling, må lægen ud fra et fagligt skøn og begrænset af autorisationslovens § 17, vurdere, hvilken behandling m.v., den enkelte patient skal tilbydes.

3.3. Pligtsubjekt

Det følger udtrykkeligt af ordlyden i autorisationslovens § 17, at professionsnormen forpligter autoriserede sundhedspersoner. Bestemmelsen omfatter både offentligt- og privat-ansatte læger. U 1985.368 H (Odder sygehus-dommen), illustrerer dog, at § 17 også forpligtiger de driftsansvarlige sundhedsmyndigheder, dvs. regioner og kommuner, jf. sundhedslovens § 3, stk. 1.³⁷ I den pågældende sag, var sygehuset indstævnet med påstand om betaling af erstatning for uforsvarligt tilsyn af en nyopereret patient. Patienten var fundet bevidstløs på opvågningsstuen og forblev bevidstløs indtil sin død ca. 5,5 år senere. Vestre Landsrets flertal dømte sygehuset til at betale erstatning, fordi tilsynet med patienten ikke var tilstrækkeligt betryggende. Mindretallet frifandt derimod sygehuset, og det samme gjorde en enig Højesteret, med den begrundelse, at tilsynet svarede til, hvad der var normalt på det sagsøgte sygehus og andre lignende sygehuse, samt at tilsynet under de givne forhold var lægeligt forsvarligt. Dommen viser, at de driftsansvarlige sundhedsmyndigheder har pligt til at sørge for, at deres sygehuse m.v. er indrettet og organiseret således, at der kan tilbydes en fagligt forsvarlig behandling. Dette er i dag udtrykkeligt fastslået i sundhedslovens § 3 a, stk. 1, som også forpligtiger private virksomheder.³⁸ Set fra patientens perspektiv, udtrykker professionsnormen en mindstestandard for det serviceniveau, som patienten har krav på.³⁹

3.4. Rettighedssubjekt

Professionsnormen forpligtiger som nævnt læger, når de udøver faglig virksomhed i forbindelse med patientbehandling i bred forstand. Hvor lægen på den ene side har pligt til at yde en fagligt forsvarlig undersøgelse, behandling m.v., har patienten på den anden side ret til at modtage en sådan.⁴⁰ Dette illustreres blandt andet med Odder Sygehus-dommen,

³³ Madsen, *Sundhedsret*, s. 219.

³⁴ Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 129; Madsen, *Sundhedsret*, s. 120.

³⁵ Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 128-129; Madsen, *Sundhedsret*, s. 120.

³⁶ Jf. sundhedslovens afsnit VII.

³⁷ Madsen, *Sundhedsret*, s. 119-120 og 194-195.

³⁸ Indsat ved § 3, nr. 2 i lov nr. 1555 af 18. december 2018.

³⁹ Der henvises til Madsen, *Sundhedsret*, kap. 7, afsnit 5.

⁴⁰ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 159.

jf. ovenfor afsnit 3.3. Hvis patienten er utilfreds med sit forløb hos lægen, kan patienten klage over lægens sundhedsfaglige virksomhed til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn - eller over behandlingsstedet til Styrelsen for Patientklager.⁴¹ Disse klageorganer kan udtale kritik af, at der ikke er udvist omhu og samvittighedsfuldhed.⁴² Professionsnormen er således primært rettet mod patienterne som rettighedssubjekt.⁴³

3.5. Retlig karakter

Det er illustreret ovenfor med Odder Sygehus-dommen, at domstolene i sidste ende fastlægger den faglige standard. I dommen blev det således slået fast, at tilsynet med den nyopererede patient var fagligt forsvarligt. Som et nyere eksempel, kan nævnes FED 2017.96, hvor en patient blev tilkendt erstatning for tabt forsikringsdækning pga. en radiologs manglende diagnosticering af brystkræft. I dommen tiltrådte byretten – senere stadfæstet af Østre Landsret – Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns vurdering af, at lægen ikke havde udvist omhu og samvittighedsfuldhed i behandlingen af patienten. Da det er domstolene, der har det sidste ord, når standarden skal fastlægges, er der tale om en retsstandard.⁴⁴ Juridisk Ordbog definerer ”retsstandard”, som en form for retsregel, der ikke binder rets-anvendelsen ved nøje udformede forskrifter, men indskrænker sig til at give domstolene et direktiv, en moralsk eller social målestok, som de må udfylde og give indhold efter hver tids retsopfattelse.⁴⁵ Professionsnormen er ikke statisk, men forandrer sig konstant i takt med ny forskning, teknologier, behandlingsmetoder og samfundsudviklingen i øvrigt.⁴⁶ For at leve op til professionsnormen, må lægen sørge for at holde sig opdateret på sit felt, så undersøgelse, diagnosticering og behandling m.v. af patienten, udtrykker den til enhver tid værende almindelige anerkendte faglige standard. Hvad der levede op til den faglige standard for 10 år siden, er ikke nødvendigvis fagligt forsvarligt i dag. Autorisationslovens § 17 er en vag og elastisk lovbestemmelse,⁴⁷ hvorfor det præcise indhold af professionsnormen ikke kan udledes direkte af bestemmelsens ordlyd, men må fastlægges ad anden vej. Der er flere forskellige aktører der bidrager hertil, jf. nedenfor afsnit 4.1.

4. Fastlæggelsen af lægers professionsnorm

4.1. De forskellige aktører

I første omgang, er det lægen, der i det konkrete tilfælde må vurdere, hvilken behandling m.v. patienten skal modtage og i sidste ende er det domstolene. Derudover er der også øvrige aktører, som spiller en rolle; Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, faglige selskaber og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Disse aktører, og deres muligheder for at fastlægge professionsnormen, behandles i det følgende.

4.1.1. Lægen

Som det fremgår af afsnit 3.2, er lægen overladt et fagligt skøn med hensyn til hvilken behandling m.v. den enkelte patient skal modtage. Dette skøn begrænses af autorisations-

⁴¹ Jf. lovbekendtgørelse nr. 995 af 14. juni 2018, § 2, stk. 1 og § 1, stk. 1.

⁴² Ibid. hhv. § 3, stk. 1, 1. pkt. og § 1, stk. 2. Se også nedenfor afsnit 4.1.5.

⁴³ Jf. også Henriksen, Rønsholdt og Blume: *Forvaltningsretlige perspektiver*, ved Hartlev, s. 500.

⁴⁴ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 119.

⁴⁵ Jf. Eyben, *Juridisk Ordbog*, s. 393 med henvisning til Knoph, *Åndsretten*, s. 520.

⁴⁶ Jf. Murphy og Dons, *Autorisationsloven med kommentarer*, s. 91.

⁴⁷ Jf. Madsen, ”Retliggørelse af sygehusydelsen”, afsnit 3.9.

lovens § 17, der forpligter lægen til at yde en behandling, der lever op til professionsnormen. Det er derfor lægen, som i første omgang skal træffe en kvalificeret beslutning om, hvad professionsnormen tilsiger i det enkelte tilfælde.

4.1.2. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen er en styrelse under sundheds- og ældreministeren (i det følgende sundhedsministeren), jf. sundhedslovens § 212, stk. 1. Sundhedsstyrelsen besidder sundhedsfaglig viden, idet sundhedslovens § 212, stk. 2, forpligter Sundhedsstyrelsen til at følge de sundhedsmæssige forhold og holde sig orienteret om den til enhver tid værende faglige viden på sundhedsområdet. Det følger af sundhedslovens § 214, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen vejleder om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver efter sundhedsloven. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

”Sundhedsstyrelsen vejleder om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver efter denne lov og om udvalgte social- og plejefaglige opgaver på ældreområdet efter lov om social service. Stk. 2. Sundhedsministeren og ældreministeren og andre myndigheder har adgang til direkte rådgivning og anden bistand fra Sundhedsstyrelsen i sundhedsfaglige spørgsmål og vedrørende social- og plejefaglige indsatser på ældreområdet.”

Som konsekvens af den formelle lovs princip, må der ikke være diskrepans mellem de i medfør af denne bestemmelse udstedte retningslinjer og lovgivningen i øvrigt (herunder love, almindelige retsgrundsætninger og bekendtgørelser), idet retningslinjerne rangerer under lovgivningen.⁴⁸ Dette er også udtryk for princippet om lex superior, hvorefter trin-højere normer går forud for trinlavere.⁴⁹ Retningslinjer udstedt i medfør af § 214, stk. 1, skal derfor holde sig inden for lovens rammer.⁵⁰

Også uden § 214, stk. 1, ville Sundhedsstyrelsen kunne udstede vejledninger,⁵¹ men en naturlig forståelse af ordet ”vejleder” i § 214, stk. 1, medfører, at der er tale om en pligtbestemmelse, dvs. at Sundhedsstyrelsen ikke alene kan, men skal vejlede. Samtidig har de relevante sundhedsaktører, dvs. de driftsansvarlige sundhedsmyndigheder og sundhedspersoner, herunder også privatansatte læger, pligt til at lade sig vejlede heraf.⁵² Sundhedsstyrelsen besidder således et generelt styringsmiddel på sundhedsområdet⁵³ og kan herved bidrage til at fastlægge lægers professionsnorm. Sundhedsstyrelsen kan dog ikke uden lovhjemmel afgive tjenestebefalinger til de driftsansvarlige sundhedsmyndigheder, idet kommuner og regioner er selvstændige forvaltningsmyndigheder, der ikke står i et underordningsforhold til Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.⁵⁴ Det følger ligeledes af legalitetsprincippet, at det kræver lovhjemmel for Sundhedsstyrelsen at afgive bindende retsakter over for sundhedspersonale og private behandlingssteder.⁵⁵

⁴⁸ Der henvises til Christensen, Jensen J.A. og Jensen M.H., *Dansk Statsret*, s. 148 og Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 150 ff.

⁴⁹ Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 152, note 10.

⁵⁰ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 35.

⁵¹ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 36; Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 26.

⁵² Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 37 og 44.

⁵³ Se om administrative forskrifter som generelle styringsmidler, Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 25-27.

⁵⁴ Madsen, *Sundhedsret*, s. 45.

⁵⁵ Ibid.

Det følger af sundhedslovens § 214, stk. 2, at sundhedsministeren og ældreministeren og andre myndigheder har adgang til direkte rådgivning og anden bistand fra Sundhedsstyrelsen i sundhedsfaglige spørgsmål og vedrørende social- og plejefaglige indsatser på ældreområdet. Både § 214, stk. 1 og 2, er ifølge lovbemærkningerne til hovedloven⁵⁶ en videreførelse af centralstyrelseslovens § 3.⁵⁷ Ordlyden af den dagældende § 3 i centralstyrelsesloven⁵⁸ er næsten identisk med sundhedslovens § 214, stk. 2 og bestemmelsen indebærer ifølge lovbemærkningerne, at såvel centrale som kommunale [samt i dag formentlig også regionale] myndigheder har adgang til direkte, at indhente sundhedsfaglig rådgivning m.v. fra Sundhedsstyrelsen.⁵⁹

4.1.3. Styrelsen for Patientsikkerhed

Styrelsen for Patientsikkerhed er en styrelse under sundhedsministeren, jf. sundhedslovens 212 a, stk. 1. Udover at føre tilsyn på sundhedsområdet, jf. sundhedslovens § 213, stk. 1, og med sundhedspersoner, jf. autorisationslovens § 5, vejleder styrelsen om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver inden for styrelsens område, jf. § 212 a, stk. 3. Dette område er ifølge § 212 a, stk. 1, den centrale forvaltning af forhold vedrørende patienters sikkerhed og forhold vedrørende læring i sundhedsvæsenet. Styrelsen besidder således også sundhedsfaglig viden og har med udgangspunkt i ovenstående kompetencer, mulighed for at bidrage til fastlæggelsen af professionsnormen.

4.1.4. Faglige selskaber

Der findes mange sundhedsfaglige selskaber, som udsteder lægefaglige rapporter, anbefalinger, resultater af undersøgelser m.v. Nævnes kan f.eks. Kræftens Bekæmpelse, Dansk Cardiologisk Selskab og Dansk Lunge Cancer Gruppe (som indgår i Fredberg-sagen). Uanset at selskaberne består af sagkyndige eksperter, er bidragene ikke retligt bindende og der foreligger heller ikke en lovbestemt pligt til, at læger lader sig vejlede heraf.⁶⁰ Bidragene kan dog udtrykke professionsnormen, og de vil i så fald være bindende på grund af dette, jf. autorisationslovens § 17. I øvrigt kan det nævnes, at Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer bl.a. udarbejdes af en arbejdsgruppe, hvis medlemmer udpeges af relevante faglige videnskabelige selskaber.⁶¹ Herved kan selskaberne bidrage til at fastlægge professionsnormen på et bestemt område.

4.1.5. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn behandler bl.a. klager fra patienter over autoriserede sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed, jf. klage- og erstatningslovens § 2, stk. 1, 1. pkt. Nævnet afgiver en udtalelse om, hvorvidt lægens sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel, jf. § 3, stk. 1, 1. pkt. Det fremgår af lovbemærkningerne til lovændringen, som erstattede Sundhedsvæsenets Patientklagenævn med Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn,⁶² at det hidtige nævns målestok for, hvornår der udtales kritik, videreføres.⁶³

⁵⁶ Lov nr. 546 af 24. juni 2005.

⁵⁷ Jf. FT 2004-05, 2. samling, tillæg A, L 74 som fremsat, s. 3251, til § 215.

⁵⁸ Lovbekendtgørelse nr. 790 af 10. september 2002.

⁵⁹ FT 1986-87, 1. samling, tillæg A, L 58 som fremsat, sp. 1174, til § 4.

⁶⁰ Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 44.

⁶¹ Sundhedsstyrelsen, "Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer", afsnit 1.3.

⁶² Jf. § 1, pkt. 1 i lov nr. 706 af 25. juni 2010.

⁶³ FT 2009-10, tillæg A, L 130 som fremsat, s. 31, ad § 2.

Dvs. at Disciplinærnævnet først og fremmest vurderer, om lægen har tilsidesat autorisationslovens krav om, at der skal udvises omhu og samvittighedsfuldhed.⁶⁴ Hvis lægen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard vil autorisationslovens krav være opfyldt, og så er der ikke grundlag for at udtale kritik.⁶⁵ Det fremgår også ofte som en standardkommentar i Disciplinærnævnets offentliggjorte afgørelser, at nævnet ved sin vurdering af sagen tager stilling til, om en sundhedsperson har handlet i overensstemmelse med ”normen for almindelig anerkendt faglig standard”.⁶⁶ På dette grundlag kan det fastslås, at Disciplinærnævnet fastlægger lægens professionsnorm i det enkelte tilfælde og kan underkende eller tiltræde lægens vurdering heraf.⁶⁷ Disciplinærnævnets afgørelser kan i øvrigt fungere som rettesnor for fremtidige lignende situationer.⁶⁸ Administrative afgørelser har ikke samme præjudikatværdi som domme, men på sundhedsområdet, hvor Disciplinærnævnet behandler et stort antal sager,⁶⁹ må nævnets afgørelser tillægges en vis retskildemæssig værdi ved fastlæggelsen af lægers professionsnorm.⁷⁰ Disciplinærnævnets afgørelser kan desuden ikke indbringes for anden administrativ myndighed, jf. klage- og erstatningslovens § 13, stk. 2, og de er derfor udtryk for den endelige administrative fastlæggelse af lægers professionsnorm.

4.1.6. Domstolene

Som det er behandlet i afsnit 3.5, tager domstolene endeligt stilling til professionsnormen. Dommerne besidder ikke selv lægefaglig viden, men kan få denne viden tilført fra blandt andet Retslægerådet.⁷¹ Der vil ofte være tale om erstatningssager og i visse tilfælde straffesager efter autorisationslovens § 75. For at en læge kan idømmes straf efter § 75, skal lægen dog have gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sin virksomhed. Forarbejderne til lægelovens⁷² § 18 (i dag autorisationslovens § 75), skriver, at der ikke er foreslået nogen særlig straffebestemmelse for overtrædelser af lægelovens § 6 (i dag autorisationslovens § 17) og henviser til, at her kan Sundhedsstyrelsen (i dag Disciplinærnævnet) udtale sin misbilligelse.⁷³ Der er med andre ord ikke sammenfald mellem tilsidesættelse af professionsnormen og strafansvar. Anderledes forholder det sig tilsyneladende med tilsidesættelse af professionsnormen og culpa. I FED 2017.96 lagde byretten – senere stadfæstet af Østre Landsret - således til grund, at da radiologen havde modtaget kritik fra Disciplinærnævnet for at have overtrådt autorisationslovens § 17, havde han handlet culpøst. Det samme kan udledes af FED 2005.141, hvor byretten, senere stadfæstet af Vestre Landsret, fastslog, at der var begået en ansvarspådragende fejl. Som grundlag herfor, henviste byretten til Retslægerådets udtalelse om, at det er en fejl ikke at følge alment anerkendt praksis med at henvise et kronisk ansigtssår til dermatolog eller anden diagnostik. Når domstolene tager stilling til sådanne sager, fastlægges professionsnormen i det enkelte tilfælde.

⁶⁴ Ibid. s. 10, afsnit 2.1.1.

⁶⁵ Ibid. s. 10, afsnit 2.1.1. og s. 31, ad § 2.

⁶⁶ Se f.eks. sagsnr. 20DNU13, 181401 og 19DNU05.

⁶⁷ Madsen, *Sundhedsret*, s. 633 med henvisning til s. 623; Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 447.

⁶⁸ Se Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 301.

⁶⁹ Se Styrelsen for Patientsikkerhed, ”Årsberetning 2017 Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn”, pkt. 4.2, hvor det fremgår, at Disciplinærnævnet i år 2017 afgjorde 1.824 sager.

⁷⁰ Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 44; Evald, *Juridisk teori, metode og videnskab*, s. 52.

⁷¹ Jf. § 1, 1. pkt. i lov nr. 60 af 25. marts 1961.

⁷² Lov nr. 72 af 14. marts 1934.

⁷³ Rigsdagstidende, tillæg A, Forelagte Lovforslag m.m., 84. ordentlige Samling, 1931-32, II, sp. 4036-4037, til § 18.

4.2. Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.

4.2.1. Introduktion

Sundhedsstyrelsens retningslinjer kan stå alene eller de kan have manifesteret sig i lokale instrukser på de enkelte sygehusafdelinger og lægepraksisser. I sidstnævnte tilfælde får retningslinjerne karakter af en generel tjenestebefaling i form af ledelsens nærmere fortolkning af Sundhedsstyrelsens retningslinjer, hvorved de bliver bindende for lægen i kraft af over-/underordningsforholdet.⁷⁴ Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om udfærdigelse af instrukser,⁷⁵ er afvigelser fra afdelingens instrukser dog ikke nødvendigvis udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed. I begge situationer kan det således være aktuelt for lægen at lade sig vejlede af Sundhedsstyrelsens retningslinjer og dermed også relevant at fastslå, hvilken retlig karakter disse retningslinjer har.

4.2.2. Retlig karakter

4.2.2.1. Interne regler

Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v., som udstedes i medfør af sundhedslovens § 214, kan karakteriseres som ”interne regler”, idet de udstedes fra forvaltningen (Sundhedsstyrelsen) til forvaltningen⁷⁶ - samt privatansatte læger. De kundgøres ikke ligesom love og bekendtgørelser i medfør af lovtidendelovens § 2,⁷⁷ og de henvender sig dermed ikke eksternt til patienterne - hverken i forhold til at skabe pligter eller rettigheder. Retningslinjerne skal vejlede om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver og er derfor særligt rettet mod de sundhedspersoner, som skal foretage undersøgelsen, behandlingen, diagnosticeringen m.v. I øvrigt kan retningslinjerne dog vanskeligt siges at være interne, idet de i vidt omfang offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og Retsinformation.⁷⁸

Giver en intern regel sig udslag i en fast administrativ praksis, kan patienten påberåbe sig denne i kraft af lighedsprincippet.⁷⁹ Dette er illustreret i U 2008.70 Ø, hvor en færøsk patient fik erstattet sine udgifter til behandling i Danmark, fordi en fast administrativ praksis om, at henvise færøske patienter til behandling i Danmark, ikke var blevet fulgt. Her kræver en fravigelse af den interne regel en saglig begrundelse. I U 2009.1835 H, fik de pårørende til en patient, der havde taget sit eget liv under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, tilkendt erstatning på grund af sundhedspersonalets manglende iagttagelse af sygehuse retningslinjer for tilsyn med patienter. Selvom interne regler altså ikke har samme karakter som love eller bekendtgørelser, indgår de i domstolenes bedømmelsesgrundlag og kan til en vis grad udstrække patienters rettigheder, og dermed også sundhedspersoners pligter. Når interne regler i disse situationer lægges til grund ved domstolene, kan det dog ikke anskues som en ren fastlæggelse af den gældende professionsnorm. Det kan f.eks. - som U 2008.70 Ø - være udtryk for, at fast administrativ praksis binder forvaltningen og at der ikke må ske usaglig forskelsbehandling. Hertil skal det dog bemærkes, at fast administrativ praksis formentlig ofte udtrykker professionsnormen.

⁷⁴ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 37.

⁷⁵ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9001 af 20. november 2000.

⁷⁶ Jf. Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 128.

⁷⁷ Lovbekendtgørelse nr. 1098 af 8. oktober 2016.

⁷⁸ Sundhedsstyrelsen, Udgivelser: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser>

⁷⁹ Jf. Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 264-265.

4.2.2.2. Vejledende

Som nævnt i afsnit 4.1.2, har Sundhedsstyrelsen ikke i medfør af sundhedslovens § 214, stk. 1, hjemmel til at udstede tjenestebefalinger til landets læger. Det kan i øvrigt af bestemmelsens ordlyd, jf. ordet ”vejleder”, udledes, at de retningslinjer m.v., som Sundhedsstyrelsen udsteder i medfør af bestemmelsen, alene er vejledende. Der skelnes ikke mellem hvad retningslinjerne kaldes; anbefaling, vejledning, retningslinje, notat, fortolkningsbidrag, pakkeforløb, national klinisk retningslinje m.v., eller om vejledningen giver sig udslag i offentliggjorte publikationer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside eller Retsinformation, eller i konkrete fortolkningsbidrag tilsendt et enkelt sygehus eller lægepraksis. Den vejledende karakter fremgår desuden af ordvalget i de enkelte retningslinjer, som f.eks. den vage formulering ”bør overveje” (jf. lungekræftpakken, som nævnt i afsnit 2.1 om Fredberg-sagen), ”det anbefales at” eller ”bero på en individuel vurdering”.⁸⁰

Ifølge Mette Hartlev, Ulla Hybel og Peter Bak Mortensen, må Sundhedsstyrelsens rolle og kompetence på sundhedsområdet dog tages i betragtning og der henvises her til den ret og pligt, som vejledningsforpligtelsen indebærer for Sundhedsstyrelsen til at fastsætte regler af betydning for sundhedspersoners virke.⁸¹ Selvom retningslinjerne alene er vejledende, så har lovgivningsmagten bestemt, at de relevante sundhedsaktører, herunder læger, har pligt til at lade sig vejlede. Ifølge Helle Bødker Madsen indebærer dette, at sundhedspersonen ikke kan se bort fra vejledningen, men som udgangspunkt skal lægge den til grund.⁸² Læger er således pålagt en pligt til at benytte sig af og tage stilling til Sundhedsstyrelsens retningslinjer i forbindelse med behandling m.v. af patienter, og retningslinjerne er derfor tillagt en potentiel stor rolle ved fastlæggelsen af professionsnormen.

4.2.2.3. Fravige retningslinjerne

Sundhedsstyrelsens retningslinjer kan dog fraviges. Ifølge Helle Bødker Madsen kan de ”efter omstændighederne fraviges i det enkelte tilfælde”,⁸³ ifølge Mette Hartlev, Ulla Hybel og Peter Bak Mortensen, kan det ”i en konkret situation være berettiget, at en sundhedsperson afviger fra vejledningen, hvis der er vægtige faglige grunde hertil”⁸⁴ og ifølge Ulla Hybel, Peter Bak Mortensen og Anne Lindhardt, er udgangspunktet at ”en vejledning skal følges – med mindre der er saglige grunde til at handle i modstrid med vejledningen”.⁸⁵ Selvom retningslinjerne er retligt uforbindende, viser disse citater, at der i den sundhedsretlige litteratur er en opfattelse af, at udgangspunktet er, at retningslinjerne følges, medmindre det konkret kan godtgøres, at der er grund til at fravige dem. Denne opfattelse støttes af formuleringen i journalføringsbekendtgørelsens § 10, stk. 2, nr. 2, litra e,⁸⁶ hvoraf det fremgår, at hvis oplysning herom vurderes relevant og nødvendig, skal patientjournalen indeholde ”[...] udførlig begrundelse, hvis Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger eller behandlingsstedets interne instrukser fraviges.”

⁸⁰ Se f.eks. Sundhedsstyrelsen, ”Pakkeforløb for lungekræft” og ”Urininkontinens hos kvinder”. I Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 131, er det dog anført, at udtryk som ”bør” og ”anmodes” i interne regler, ofte vil blive opfattet som om der stod ”skal”. På dette område, hvor der ikke hjemmel til, at Sundhedsstyrelsen afgiver tjenestebefalinger, spiller den sproglige fortolkning dog en underordnet rolle.

⁸¹ Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 40 f.

⁸² Madsen, *Sundhedsret*, s. 37. Se også Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 131.

⁸³ Madsen, *Sundhedsret*, s. 37.

⁸⁴ Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 41.

⁸⁵ Hybel, Mortensen og Lindhardt, *Lægen og loven*, s. 22.

⁸⁶ Bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018.

Der eksisterer således en forventning om, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer følges, medmindre lægen konkret kan godtgøre en saglig grund til at fravige dem.

4.2.3. Den erklærede betydning af Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.

I det følgende foretages en analyse af, hvilken betydning Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. har for fastlæggelsen af lægers professionsnorm ifølge Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

4.2.3.1. Sundhedsministeriet

Sundhedsministeren har det øverste ansvar for sundhedssektoren, herunder også de retningslinjer m.v., som Sundhedsstyrelsen udsteder i medfør af sundhedslovens § 214, til vejledning for landets læger. Sundhedsministeren besidder ikke lægefaglig viden, men svarer blandt andet på spørgsmål fra folketingsmedlemmer og udvalg, jf. hhv. § 20 og § 8, stk. 6 i Folketingets forretningsorden.⁸⁷

I bilag 2 til betænkning til sundhedsloven,⁸⁸ er gengivet et spørgsmål fra Forbrugerrådet, som udtrykker sin bekymring over, at gravides rettigheder er fastsat i Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som kun er anbefalinger, der ikke garanterer de gravide ret til en bestemt ydelse.⁸⁹ Forbrugerrådet efterspørger regler i bekendtgørelsesform. Ministeren svarer, at retningslinjerne er faglige anbefalinger, som regeringen fuldt ud støtter og forventer, at de driftsansvarlige decentrale myndigheder i størst muligt omfang realiserer. Ifølge ministeren, vil yderligere regulering i form af minimumsstandards reducere muligheden for optimal arbejdstilrettelæggelse på afdelingerne, ligesom det ikke harmonerer med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at differentiere indsatsen hos den enkelte kvinde.

Spørgsmålet og svaret har et tydeligt patientfokus, men har dog også relevans for den enkelte læge, idet de illustrerer det modsætningsforhold, der er mellem på den ene side klare regler i love og bekendtgørelser, som lægen ubetinget skal følge, og på den anden side, anbefalinger, som ikke sikrer patienten en bestemt ydelse, men som til gengæld giver mulighed for konkret at tilpasse ydelsen. Ifølge ministeren, har Sundhedsstyrelsens retningslinjer således en vis fleksibilitet.

Professionsnormen, som den er fastlagt i retningslinjerne, er til en vis grad upræcis og den mere præcise fastlæggelse heraf, er overladt til de decentrale sundhedsmyndigheder. Det er dog samtidig ministerens holdning, at retningslinjerne i størst muligt omfang skal realiseres. Den nærmere decentrale fastlæggelse forudsætter derfor en ”loyal” fortolkning af retningslinjerne. Som tidligere nævnt, er lægen i kraft af over-/underordningsforholdet, bundet af afdelingens/lægepraksissens instrukser. Instrukserne kan dog være mere eller mindre præcise, hvorfor lægen stadig skal foretage et skøn over, om behandlingen opfylder Sundhedsstyrelsens anbefalinger og den gældende professionsnorm. Selvom den præcise fastlæggelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer ifølge ministersvaret er overladt til de decentrale sundhedsmyndigheder og afdelinger, kan lægen derfor også spille en rolle heri i det konkrete læge-patient-forhold.

⁸⁷ Bekendtgørelse nr. 9444 af 23. maj 2019.

⁸⁸ Lov nr. 546 af 24. juni 2005.

⁸⁹ FT 2004-05, 2. samling, tillæg B, L 74, bilag 2, s. 1171-1173, svar på spm. nr. 198.

Sundhedsministeren svarede i år 2017 på et spørgsmål om, hvorvidt Styrelsen for Patientsikkerheds vejledning om kriteriet for medikamentel palliation i terminalfasen er juridisk bindende.⁹⁰ Til brug for besvarelsen henholdt ministeren sig til et bidrag indhentet fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Det fremgår heraf, at faglige vejledninger fra Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed i sit udgangspunkt er ”bindende retningslinjer for, hvordan sundhedspersonen skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed”.⁹¹ Samtidig anerkendes dog et spillerum for den autoriserede sundhedsperson, idet det fremgår, at en sundhedsperson kan fravige en vejledning i det enkelte tilfælde, men kun hvis dette ”på grund af helt særlige omstændigheder”⁹² er velbegrundet i den konkrete situation. En afvigelse fra en vejledning vil således ikke nødvendigvis være udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed, men det vil bero på en konkret vurdering af de givne særlige omstændigheder, hvorvidt sundhedspersonen ved overholdelse af eller afvigelse fra en vejledning har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.⁹³

Ministersvaret er i overensstemmelse med den juridiske teoris opfattelse af vejledningers retlige karakter, jf. ovenfor afsnit 4.2.2.3 – om end muligheden for at fravige retningslinjerne udlægges en smule mere strengt end i litteraturen. Ifølge svaret, udtrykker retningslinjerne den gældende professionsnorm og de tillægges dermed stor betydning for fastlæggelsen heraf. Da der ikke er hjemmel til at udstede ”bindende” retsakter i medfør af sundhedslovens § 214, jf. ovenfor afsnit 4.1.2. og 4.2.2.2., og det ifølge teksten heller ikke er styrelsens opfattelse, at vejledningerne aldrig kan fraviges, er det uhensigtsmæssigt med brug af ordet ”bindende”. En traditionel ordlydsfortolkning af dette ord indebærer nemlig, at vejledningerne ikke kan fraviges. I betænkningen ovenfor betegner ministeren da også retningslinjerne som ”anbefalinger”.

4.2.3.2. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsens pligt til at følge de sundhedsmæssige forhold og holde sig orienteret om den til enhver tid værende faglige viden på sundhedsområdet samt at vejlede og rådgive om sundhedsfaglige forhold, medfører, at der løbende udstedes nye retningslinjer og foretages ændringer i allerede udstedte retningslinjer. Disse tilkendegiver sommetider Sundhedsstyrelsens opfattelse af, hvilken rolle retningslinjerne er tiltænkt i praksis.

Kræftpakker

Kræftpakkeforløbene (i det følgende kræftpakker) hviler på en aftale fra oktober 2007 mellem Danske Regioner og Regeringen, om udarbejdelse af pakkeforløb for udvalgte kræftformer.⁹⁴ Kræftpakkerne findes i tre versioner: en retningslinje til fagfolk, en retningslinje til brug i almen praksis og en patientpjece. Sundhedsstyrelsen har på tidspunktet for denne

⁹⁰ SUU, Alm. del, samling 2016-17, svar på spørgsmål 699.

⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Regeringen og Danske Regioner, ”Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter”.

afhandling offentliggjort kræftpakker for 28 kræftformer på sin hjemmeside.⁹⁵ Sundhedsstyrelsen har udgivet en vejledning om kræftpakkerne,⁹⁶ som definerer begreber samt beskriver kræftpakkernes formål. Ifølge vejledningens pkt. 2, er et kræftpakkeforløb: "[...] et samlet tilrettelagt standardforløb for udredning, initial behandling og opfølgning af patienter med kræft eller begrundet mistanke om kræft med angivelse af ansvarsplacering og forløbstider." Kræftpakkerne har en bred målgruppe, idet de henvender sig til sundhedsfagligt personale, herunder læger, men også administratorer og beslutningstagere, jf. vejledningens pkt. 2.

Det fremgår ikke eksplicit af vejledningen, at kræftpakkerne ikke er bindende, men dette kan udledes af flere passager. For det første, indikerer selve ordet "standardforløb", at kræftpakkerne ikke ubetinget finder anvendelse på det enkelte patientforløb, men at der kan være behov for tilpasning. Derudover står der i pkt. 2, at pakkeforløbene beskriver *rammerne* for udredning, behandling og opfølgning af patienter med kræft eller begrundet mistanke om kræft. I pkt. 6, fremgår det, at standardforløbstiderne ikke hviler på konkrete lovgivne patientrettigheder, men er faglige *rettesnore* for sygehusafdelingernes planlægning og gennemførelse af udrednings- og behandlingsforløb. Kræftpakkerne giver således rum til en nærmere decentral planlægning og gennemførelse.

Vejledningen udtaler sig ikke klart om hvorvidt kræftpakkerne fastlægger professionsnormen. Det fremgår dog i pkt. 6 om standardforløbstiderne, at de er fastlagt ud fra den forventede tid, der går til et veltilrettelagt standardpatientforløb *uden komplikationer* samt at de er begrundet i faglige forhold *uden hensyntagen til lokale kapacitets- og ressourceforhold*. Der er således lagt op til, at standardforløbstiderne kan være bedre end hvad den faglige standard tilsiger. Forløbstiderne kan i så fald variere fra region til region, så længe de blot holder sig inden for den almindeligt anerkendte faglige standard.⁹⁷ Uanset sådanne pakkeforløb og lokale variationer, har den enkelte læge en selvstændig pligt til at yde en fagligt forsvarlig behandling, jf. autorisationslovens § 17.

At Sundhedsstyrelsen forudsætter, at der skal foretages en konkret lægefaglig vurdering, der kan afvige fra standardforløbet, kan bl.a. udledes af pkt. 2.1, hvor det fremgår, at selv om pakkeforløbene er standardforløb, så skal den enkelte patient opleve et individuelt forløb, hvor der tages højde for konkrete forhold. I pkt. 6 står der, at der altid skal planlægges et konkret udrednings- og behandlingsforløb for den enkelte patient. I pkt. 6.2.1, står der, at der kan være brug for ekstra tid, for at patientforløbet kan foregå på en faglig forsvarlig måde. Disse passager viser, at kræftpakkerne hverken kan eller skal anvendes alene, idet der konkret kan være behov for, at lægen fraviger disse, for at leve op til professionsnormen.

⁹⁵ Sundhedsstyrelsen, Kræft – pakkeforløb:
<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/Udgivelse%20serie=%7BA79C71A8-E378-48CA-B5B2-17363ECF1C4D%7D>

⁹⁶ Sundhedsstyrelsen, "Pakkeforløb og opfølgningsprogrammer. Begreber, forløbstider og monitorering".

⁹⁷ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 195.

Nationale kliniske retningslinjer (NKR)

Der findes på tidspunktet for denne afhandling 64 offentliggjorte nationale kliniske retningslinjer (i det følgende NKR) på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.⁹⁸ NKR defineres af Sundhedsstyrelsen, som systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.⁹⁹ Det er ifølge Sundhedsstyrelsen ikke en A til Z lærebog, men et evidensbaseret beslutningsstøtteværktøj målrettet klinikere.¹⁰⁰ De er altså, ligesom kræftpakkerne, ikke juridisk bindende retningslinjer. NKR er faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen til de relevante fagpersoner. Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem flere kliniske retningslinjer, er det ifølge Sundhedsstyrelsen, det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for hvilken ydelse, patienten skal modtage.¹⁰¹ Der lægges med andre ord størst vægt på lægens vurdering, fremfor den ene eller anden retningslinje. I de enkelte NKR findes indledningsvis en ansvarsfraskrivelse, som fastslår retningslinjernes vejledende karakter:

”De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode, som ikke er anbefalet, være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.”¹⁰²

Rent interne bidrag fra Sundhedsstyrelsen

Som tidligere nævnt kan Sundhedsstyrelsens retningslinjer både være offentliggjorte publikationer eller decideret interne bidrag tilsendt den enkelte læge, afdeling, sygehus m.v. Sidstnævnte kan f.eks. optræde, hvor der opstår tvivl om, hvordan Sundhedsstyrelsens offentliggjorte retningslinjer skal fortolkes eller hvordan lægen i øvrigt skal forholde sig, og lægen derfor kontakter Sundhedsstyrelsen for at modtage direkte vejledning. Som med Sundhedsstyrelsens retningslinjer i øvrigt, er der tale om ikke-juridisk bindende vejledning. Lægen har i sidste ende selv ansvaret for at yde en behandling m.v., der lever op til professionsnormen og skal derfor vurdere, om anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen konkret skal efterleves. I lægelige tvivlstilfælde kan det dog særligt tænkes, at Sundhedsstyrelsens fortolkningsbidrag vil være udslagsgivende for, hvordan lægen konkret og fremadrettet vil agere i en behandlingssituation. Som nævnt i afsnit 4.2.2.3. er udgangspunktet, at retningslinjerne efterleves, medmindre der konkret er grund til at fravige dem. Da Sundhedsstyrelsens bidrag således udtrykker det faglige udgangspunkt, kan det være en oplagt og sikker løsning for lægen at følge disse – også med henblik på at undgå kritik i en eventuel senere klagesag. Det skal hertil bemærkes, at der kan være den forskel på offentliggjorte generelle retningslinjer og ikke-offentliggjorte specifikke bidrag fra Sundhedsstyrelsen, at førstnævnte er gennearbejdet af adskillige eksperter, hvorimod sidstnævnte kan være udtryk for en enkelt medarbejders vurdering.

⁹⁸ Sundhedsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer:

www.sst.dk/da/Udgivelser?Udgivelse%20serie=%7B7507318F-CE46-401F-A601-F4CDE755FF42%7D

⁹⁹ Sundhedsstyrelsen, ”Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer”, afsnit 1.2.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Ibid. afsnit 1.5.

¹⁰² Jf. Sundhedsstyrelsen, ”Behandling af angstlidelser hos voksne”, s. 2.

Da Sundhedsstyrelsens specifikke fortolkningsbidrag tilsendt det enkelte sygehus, læge m.v. ikke offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, er det ikke muligt at foretage en mere generel analyse af disse. Fredberg-sagen er dog et eksempel på, at sådanne bidrag kan spille en vigtig rolle, jf. herom afsnit 2.1.

4.2.4. Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. i prøvelsespraksis

Det er i afsnit 4.2.2.2. konstateret, at sundhedslovens § 214 tillægger Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. en potentiel stor rolle ved fastlæggelsen af lægers professionsnorm. I det følgende skal der derfor foretages en nærmere analyse af, hvordan retningslinjerne faktisk anvendes af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og domstolene.

4.2.4.1. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

I det følgende foretages en analyse og vurdering af, hvilken rolle Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. spiller i Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns (i det følgende Disciplinærnævnet) fastlæggelse af lægers professionsnorm. Undersøgelsen, der ligger til grund herfor, omfatter i alt 500 afgørelser, herunder vejledende og principielle afgørelser fra perioden 17. juni 2011 til d. 8. marts 2021 omhandlende læger samt alle afgørelser med navn omhandlende læger.¹⁰³ Søgningen påbegyndtes d. 11. marts 2021 og afsluttedes d. 16. marts 2021. Indledningsvis skal der kort redegøres for Sundhedsstyrelsens kompetence i sager for Disciplinærnævnet.

Sundhedsstyrelsens kompetence

Disciplinærnævnet er nedsat af sundhedsministeren, men er uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse.¹⁰⁴ Dette indebærer, at Sundhedsstyrelsen ikke kan træffe beslutning om den enkelte sags udfald. Centralstyrelsesloven af 1987 indførte en regel om, at Sundhedsstyrelsen skulle indbringe sager for nævnet, som styrelsen fandt ville kunne give grundlag for kritik eller anden sanktion over for personer inden for sundhedsvæsenet.¹⁰⁵ En ændring af klage- og erstatningsloven i 2016, afskaffede dog Sundhedsstyrelsens mulighed for at indbringe sager for Disciplinærnævnet.¹⁰⁶ Grundet Sundhedsstyrelsens tidligere kompetence findes der afgørelser, hvori der er gengivet dele af Sundhedsstyrelsens begrundelse for, hvorfor sagen er indbragt.¹⁰⁷ Kompetencen er i dag overgået til Styrelsen for Patientsikkerhed, som konsekvens af, at det i dag er Styrelsen for Patientsikkerhed, der er tilsynsmyndighed.¹⁰⁸ Afgørelserne er derfor ikke udtryk for den kompetence til at vejlede, som Sundhedsstyrelsen har i medfør af sundhedslovens § 214. Med centralstyrelsesloven af 1987, blev det indført, at nævnet *skulle* indhente en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, før nævnet traf afgørelse,¹⁰⁹ men med en ændring af centralstyrelsesloven i 1993,¹¹⁰ blev pligten erstattet med en *mulighed* for, at forelægge en sag for Sundhedsstyrelsen. Denne forelæggelsesmulighed blev endeligt afskaffet med ændringen af klage- og erstatningsloven i 2016.¹¹¹

¹⁰³ Alle 500 afgørelser fremgår af bilag 2 med sagsnummer og offentliggørelsesdato.

¹⁰⁴ Jf. § 13, stk. 1 i lovebekendtgørelse nr. 995 af 14. juni 2018.

¹⁰⁵ Jf. § 12, stk. 2 i lov nr. 397 af 10. juni 1987.

¹⁰⁶ Jf. § 3, nr. 5 i lov nr. 656 af 8. juni 2016.

¹⁰⁷ Se f.eks. sag nr. 1293510.

¹⁰⁸ Jf. FT 2015-16, tillæg A, L 184 som fremsat, s. 130, til § 3, nr. 5.

¹⁰⁹ Jf. § 19, stk. 1 i lov nr. 397 af 10. juni 1987.

¹¹⁰ Jf. § 1, nr. 1 i lov nr. 503 af 30. juni 1993.

¹¹¹ Jf. § 3, nr. 6 i lov nr. 656 af 8. juni 2016.

424 vejledende og principielle afgørelser

På undersøgelsens startdato fandtes der 424 offentliggjorte afgørelser i kategorien "Vejledende og principielle afgørelser", "Læger". Styrelsen for Patientklagers hjemmeside, som indeholder afgørelserne fra Disciplinærnævnet, undergik imidlertid en større ændring inden undersøgelsen blev afsluttet. Ændringen medførte, at der d. 15. marts 2021, kun fandtes 410 afgørelser i den pågældende kategori. Dette skyldes blandt andet, at 17 sager fra perioden 01.12.2020 - 08.02.2021 er blevet slettet,¹¹² samt at der er tilføjet to nye sager. På trods heraf, kommer det samlede antal vejledende og principielle afgørelser i undersøgelsen op på 424, idet undersøgelsen medtager langt de fleste afgørelser, som fremkom under den oprindelige søgning (422 ud af 424. Det skal bemærkes, at en af sagerne fremgår identisk to gange på hjemmesiden og med samme sagsnummer¹¹³ og er således kun medtaget én gang i undersøgelsen). Derudover er de to nytilkomne afgørelser medtaget. I alt 424.

76 afgørelser med navn

Udover de 424 vejledende og principielle afgørelser, omfatter undersøgelsen alle afgørelser, som d. 16. marts 2021 fremkom i kategorien "Afgørelser med navn", "Læger". Dette omfatter 76 afgørelser fra perioden 19. marts 2019 - 28. oktober 2020.

Fremgangsmåde

Der er ikke foretaget en gennemlæsning af alle 500 afgørelser, men for hver afgørelse, er der søgt efter 10 forskellige ord: "vejledning", "anbefaling", "cirkulære", "retningslinje", "retningslinie", "kræftpakke", "national klinisk retningslinje", "NKR", "sundhedsstyrelsen" og "guideline". Disse ord er udvalgt, fordi de kan afspejle, at Disciplinærnævnet anvender Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. Hvis søgningen efter disse ord har givet et positivt resultat, er der herefter foretaget en konkret vurdering af, om ordet faktisk er udtryk for, at Disciplinærnævnet inddrager Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Et positivt søgeresultat for ordet "retningslinje" vil f.eks. ikke blive taget til indtægt for, at Disciplinærnævnet har anvendt Sundhedsstyrelsens retningslinjer, hvis en nærmere læsning af afgørelsen viser, at det er en henvisning til *afdelingens* retningslinjer. Det samme gør sig gældende, hvis det positive resultat skyldes, at en af parterne påberåber sig en bestemt retningslinje fra Sundhedsstyrelsen, uden at Disciplinærnævnet inddrager denne. For hvert eneste positive resultat på et af søgeordene, er der foretaget en sådan afklarende vurdering. Denne fremgangsmåde har ikke nødvendigvis afdækket alle de gange Sundhedsstyrelsens retningslinjer har været anvendt i de 500 sager, men formentlig en stor del heraf. Selvom kategorien "Læger" er valgt, kan afgørelserne omfatte andre sundhedspersoner, idet der ikke er foretaget en udskillelse af de dele af afgørelsen, hvori Disciplinærnævnet tager stilling til andre sundhedspersoner end læger.

137 afgørelser indeholdende Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.

Ud af de 500 afgørelser, som undersøgelsen omfatter, har den ovenfor beskrevne fremgangsmåde frembragt 137 afgørelser, hvori Sundhedsstyrelsens retningslinjer, anbefalin-

¹¹² Det er uklart, hvorfor sagerne er blevet slettet. Trods forespørgsel herom, har Styrelsen for Patientklager ikke svaret på dette.

¹¹³ Sag nr. 1293510.

ger, vejledninger, notater m.v. udtrykkeligt indgår i Disciplinærnævnets bedømmelsesgrundlag.¹¹⁴ Det vil sige, at i 27,4 % af afgørelserne - mere end en fjerdedel - indgår Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.¹¹⁵ I 12 af de 137 afgørelser, indgår der mere end én af Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.¹¹⁶ Som nævnt ovenfor, kan afgørelserne dog også vedrøre andre sundhedspersoner end læger. For eksempel inddrager Disciplinærnævnet i 15¹¹⁷ ud af de 137 afgørelser, Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser,¹¹⁸ som ikke vedrører læger. Fem af disse afgørelser,¹¹⁹ henviser dog også til andre af Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

I 130 af de 137 afgørelser, er der henvist til en formaliseret retningslinje, som er offentligt tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside eller Retsinformation. Det kan f.eks. være en vejledning, en national klinisk retningslinje eller en kræftpakke. I fem af de resterende afgørelser fremgår det ikke klart, hvilken slags retningslinje fra Sundhedsstyrelsen, der er tale om.¹²⁰ I sag nr. 153702, står der for eksempel, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der tages et hjertekardiogram før behandling, uden at det fremgår, hvorfra denne anbefaling stammer. I sag nr. 134609 står der blot i overskriften, at lægens ordination ”skal følge SST’s vejledning” og i sag nr. 1292901, er der henvist til ”sundhedsstyrelsens vejledning”. De sidste to afgørelser¹²¹ vedrører en redegørelse fra Sundhedsstyrelsen tilsendt regionerne vedrørende lægers beføjelser og pligter med hensyn til forudgående fravalg af genoplivningsmuligheder m.v. Samlet set kan det konkluderes, at når Disciplinærnævnet udtrykkeligt inddrager Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v., så er det stort set kun i form af de officielle formaliserede bidrag, som er gjort tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside eller Retsinformation.

Retningslinjer generelt

Ud over de 137 afgørelser, hvor Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. eksplicit indgår i bedømmelsesgrundlaget, er der i mange af afgørelserne henvist til retningslinjer mere generelt. Det er uklart om disse retningslinjer stammer fra Sundhedsstyrelsen, idet der blot henvises til f.eks. gældende retningslinjer,¹²² nationale retningslinjer¹²³ eller danske retningslinjer.¹²⁴

¹¹⁴ Disse 137 afgørelser er markeret med rød i bilag 2.

¹¹⁵ 137 divideret med 500 multipliceret med 100 = 27,4.

¹¹⁶ Sagsnr. 20DNU10, 164401, 155101, 151606, 151605, 150320, 150308, 150306, 141801, 1081707P, 1081706P og 183739N.

¹¹⁷ Sagsnr. 165003, 142902, 151606, 150306, 131114, 133009, 1293711, 1084816P, 1190002P, 1186924P, 1188607P, 1293703P, 1081706P, 20DNM55 og 183739N.

¹¹⁸ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 og vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013.

¹¹⁹ Sagsnr. 183739N, 151606, 150306, 1293703P og 1081706P.

¹²⁰ Sagsnr. 153702, 134609, 1292901, 20DNM73 og 151605.

¹²¹ Sagsnr. 150302 og 1292920.

¹²² Se f.eks. sagsnr. 21DNU05, 162603, 161301, 134602, 1084814P, 1190327, 1189515 og 1188713.

¹²³ Se f.eks. sagsnr. 21DNU02, 161101 og 142401.

¹²⁴ Se f.eks. sagsnr. 20DNU54.

Processuelle og kliniske vejledninger

Der er visse vejledninger, der dominerer billedet. Ud af de 137 afgørelser med Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v., indgår vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. i 56.¹²⁵ I 8 af disse, indgår dog også andre af Sundhedsstyrelsens retningslinjer.¹²⁶ Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser indgår som nævnt i 15 afgørelser. Derudover indgår vejledning om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen i seks afgørelser,¹²⁷ vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. indgår i tre,¹²⁸ vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser indgår i fire¹²⁹ og vejledning om ordination og håndtering af lægemidler indgår i otte.¹³⁰ Der er således en overvægt af anvendte vejledninger vedrørende de mere processuelle pligter i form af f.eks. journalføring, information, samtykke, underretning og epikriser m.v., frem for kliniske vejledninger vedrørende selve undersøgelsen, diagnosticeringen og behandlingen af patienten. Af vejledninger med et mere klinisk sigte kan bl.a. nævnes vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, som indgår i 10 afgørelser,¹³¹ vejledning om behandling af patienter med akutte atypiske brystsmarter, som indgår i syv¹³² og vejledning om diagnostik af torsio testis, som indgår i fem.¹³³

Fordelingen er interessant, idet der ofte klages over både f.eks. utilstrækkeligt informationsniveau og den kliniske del, f.eks. ukorrekt behandling. Der er en tendens til, at behandlingsspørgsmål i højere grad bliver bedømt ud fra Disciplinærnævnets konkrete vurdering frem for en vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Vendinger som ”disciplinærnævnet kan oplyse” og ”det er disciplinærnævnets vurdering” indgår konsekvent i afgørelserne og ofte vil behandlingsspørgsmål alene hvile på sådanne overvejelser fra Disciplinærnævnet. At Sundhedsstyrelsens vejledninger ikke indgår lige så ofte i Disciplinærnævnets vurdering af, om der er sket korrekt behandling m.v., kan måske forklares med, at der ganske enkelt ikke findes nogen vejledning, som regulerer den konkrete situation. Det kan også skyldes, at der findes en vejledning, men at denne ikke er udtømmende eller at den opstiller så generelle kriterier, at bedømmelsen af den enkelte behandling forudsætter en helt konkret vurdering. Sagt på en anden måde, vil en retlig subsumption føre til, at de faktiske forhold i det konkrete tilfælde ikke indeholder de momenter, der betinger retningslinjens anvendelse på forholdet.¹³⁴ I tilfælde af, at Disciplinærnævnet ikke har nogen retningslinjer fra

¹²⁵ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 161 af 16. september 1998. De 56 afgørelser er markeret med stjerne * i bilag 2.

¹²⁶ Sagsnr. 20DNU10, 164401, 151606, 151605, 150320, 150308, 150306 og 141801.

¹²⁷ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9350 af 18 april 2006 (historisk). Sagsnr. 172302, 171103, 170901, 145101, 150320 og 140806.

¹²⁸ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 (historisk). Sagsnr. 150601, 1293703P og 1188102.

¹²⁹ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9207 af 31. maj 2011, som hovedsagligt vedrører udarbejdelse af lokale instrukser. Indgår i sag nr. 150603, 152902, 142204 og 140808.

¹³⁰ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015, som i høj grad vedrører ansvarsfordeling, udarbejdelse af instrukser, journalføring, information og indberetning. Indgår i sag nr. 173603, 1187410P, 1188611P, 1191521P, 1081706P, 1083014P, 1084615P og 183739N.

¹³¹ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9009 af 27. december 2013 (historisk). Sagsnr. 20DNU24, 19DNU04, 182102, 151602, 151601, 140805, 1189423, 20DNM17, 20DNM16 og 19DNM22.

¹³² Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9056 af 8. februar 2010. Sagsnr. 144401, 142401, 142202, 141401, 131007, 20DNM66 og 19DNM16.

¹³³ Sundhedsstyrelsen, vejledning nr. 9026 af 5. februar 2009. Sagsnr. 20DNU11, 181201, 175002, 142201 og 140201.

¹³⁴ Forklaring af ordet ”subsumption” i Eyben, *Juridisk Ordbog*, s. 435.

Sundhedsstyrelsen at støtte sin vurdering på, må nævnet fastlægge professionsnormen alene ud fra en konkret vurdering eller med støtte i andre retningslinjer, f.eks. fra faglige selskaber.¹³⁵

I mangel af Sundhedsstyrelsens retningslinjer

I flere af de 500 afgørelser er der lagt vægt på, at der ikke er nogen relevante retningslinjer.¹³⁶ Disciplinærnævnet henviser her til, at der ikke foreligger retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen eller nogen nationale retningslinjer, officielle retningslinjer, nationale guidelines, faste retningslinjer osv. Selvom flere af disse afgørelser således ikke eksplicit henviser til fravær af *Sundhedsstyrelsens* retningslinjer, belyser de nogle aspekter af retningslinjernes rolle for fastlæggelsen af lægers professionsnorm, som også har relevans for denne afhandling.

I sag nr. 150601 klagede en patient over en operation for forhudsforstumpning, blandt andet med henvisning til, at der ikke var en klinikassistent til stede under operationen. Disciplinærnævnet udtalte, at det var i overensstemmelse med professionsnormen, at indgrebet blev udført uden en tilstedeværende assistent og lagde i den forbindelse vægt på, ”at der ikke foreligger retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, der kræver, at der er en assistent til stede ved en operation for forhudsforstumpning.” Man kan omvendt sige, at hvis der faktisk havde været en retningslinje, der opstillede et sådant krav til operationen, så havde Disciplinærnævnet måske været mere tilbøjelig til at udtale kritik af lægen, for at have tilsidesat professionsnormen.

Denne opfattelse støttes af resultatet i sag nr. 151610, hvor der blev klaget over en behandling modtaget hos en speciallæge i børnepsykiatri. Lægen havde anbefalet en bestemt terapiform, som ifølge Disciplinærnævnet ikke var alment accepteret. På trods af dette fastslog Disciplinærnævnet, at behandlingen levede op til professionsnormen, med følgende udtalelse: ”Der er på den anden side ikke officielle retningslinjer, der fraråder holdingterapi. Der er således intet der tilsiger, at denne behandlingsform ikke bør benyttes.”

I sag nr. 1189620, klagede en patient over, at hun ikke blev tilbudt inseminationsbehandling til at blive gravid, men alene reagensglasbehandling. Disciplinærnævnet fastslog, at lægernes behandling af kvinden opfyldte professionsnormen, og udtalte hertil, at ”[...] der ikke findes internationalt eller nationalt definerede klare retningslinier for, hvornår der bør tilbydes insemination eller IVF-behandling. Valget beror på et skøn [...]”. I mangel af retningslinjer, måtte Disciplinærnævnet i denne sag derfor foretage en konkret vurdering.

Nævnes kan også sag nr. 1188905, hvor de pårørende klagede over, at der ikke blev iværksat genoplivning af en 74-årig patient med hjertestop. Disciplinærnævnet vurderede, at det var relevant af lægerne at beslutte, at der ikke skulle genoplives ved hjertestop. Nævnet henviste blandt andet til, at der ikke kunne udstikkes faste retningslinier for dette, hvorfor det måtte vurderes individuelt.

¹³⁵ Se f.eks. sagsnr. 20DNU38, 145103, 141801, 131107, 1191718 og 20DNM35.

¹³⁶ Se f.eks. sagsnr. 20DNU13, 150601, 151610, 134603, 1293112, 1188905, 1189620 og 20DNU41.

Sagerne illustrerer, at læger tilsyneladende har større frihed i forbindelse med patientbehandling, når der ikke foreligger en retningslinje, der udtaler sig om en bestemt behandlingsform. Foreligger der derimod en retningslinje, vil denne indgå i Disciplinærnævnets fastlæggelse af lægers professionsnorm. Sagerne efterlader således læseren med det indtryk, at Disciplinærnævnet konsekvent starter med at se på, om der foreligger en retningslinje på området. Retningslinjerne, herunder Sundhedsstyrelsens retningslinjer, er derfor et vigtigt instrument, når Disciplinærnævnet skal fastlægge den gældende professionsnorm for læger.

I ovenstående sager udtales der ikke kritik af lægerne. Fravær af en retningslinje, er dog ikke ensbetydende med, at Disciplinærnævnet ikke vil udtale kritik af den i sagen anvendte fremgangsmåde. Det er f.eks. tidligere nævnt, at der kan være situationer, hvor der ganske enkelt ikke er nogle retningslinjer, der finder anvendelse. Som eksempel herpå, kan nævnes sag nr. 20DNU41, hvor Disciplinærnævnet kritiserede en overlæge for at have udskrevet en patient med rygmerter i stedet for at lade patienten indlægges. Disciplinærnævnet udtalte: "[...] selvom der ikke foreligger en instruks eller retningslinje, der beskriver, hvornår en patient med rygmerter bør indlægges, er det almindelig anerkendt faglig standard, at man ved akutte tilstande vurderer, om patienten kan klare sig i hjemmet uden særlige foranstaltninger." Det er altså ikke afgørende for Disciplinærnævnets fastlæggelse af lægers professionsnorm, at der foreligger en retningslinje på området, som støtter afgørelsens udfald. Udtalelsen fra Disciplinærnævnet viser dog samtidig, at nævnet som udgangspunkt ser på, om der foreligger en sådan retningslinje.

Sager, hvor Sundhedsstyrelsens retningslinjer fraviges

Dette afsnit omhandler afgørelser, hvor Disciplinærnævnet fastslår at lægens behandling m.v. lever op til professionsnormen, selvom lægen har fraveget Sundhedsstyrelsens retningslinjer. I langt de fleste afgørelser inddrages retningslinjerne til støtte for, at professionsnormen er overholdt eller ikke er overholdt, men i få af sagerne, er Disciplinærnævnets fastlæggelse af professionsnormen i det enkelte tilfælde ikke overensstemmende med Sundhedsstyrelsens retningslinjer på området.

I sag nr. 150311, klagede et forældrepar over, at deres 15-årige datter fik udskrevet ritalin af sin alment praktiserende læge mod sin ADHD. Disciplinærnævnet inddrog vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, hvoraf det fremgik, at det er en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, om et barn eller en ung under 18 år har behov for medikamentel behandling af en psykisk lidelse. Det fremgik videre, at den praktiserende læge kan overtage vedligeholdelsesbehandlingen, hvis det sker efter konkret aftale med speciallægen, og i akutte tilfælde, kan andre læger end speciallæger, starte den medikamentelle behandling efter konference med en speciallæge. I sagen havde den alment praktiserende læge udskrevet ritalin uden nogen aftale eller konference med speciallægen. På trods heraf fastlog Disciplinærnævnet: "[...] at det under de konkrete omstændigheder var fagligt forsvarligt, at lægen [...] ordinerede mindste pakningsstørrelse Ritalin [...]". Sagen er et eksempel på, at en fravigelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer ikke ubetinget vil blive taget til indtægt for en tilsidesættelse af professionsnormen. Disciplinærnævnet foretog en konkret vurdering af sagens omstændigheder, hvilket førte til konklusionen, at der var handlet fagligt forsvarligt af den alment praktiserende læge.

I sag nr. 142203, var der klaget over, at vagtlægen tilsidesatte Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling af patienter med akutte atypiske brystmerter, idet vagtlægen ikke stillede relevante spørgsmål til afklaring af, om patientens symptomer skyldtes en blodprop i hjertet. Senere samme dag døde patienten - formentlig af en blodprop i hjertet. Disciplinærnævnet inddrog vejledningen, og fastslog på den baggrund, at vagtlægen handlede relevant i forbindelse med telefonkonsultationen, idet der ikke var konstateret symptomer, som tydede på en akut behandlingskrævende tilstand. Mindretallet var dog af den opfattelse, at det var i strid med vejledningen, at vagtlægen ikke spurgte ind til, om patienten havde risikofaktorer, der kunne disponere til blodprop i hjertet. Det var derfor mindretallets vurdering, at vagtlægen havde overtrådt autorisationslovens § 17. Flertallet gav ikke selv udtryk for, at vejledningen var fraveget, men ifølge mindretallet, havde lægen altså handlet i strid med vejledningen, hvilket blev udslagsgivende for mindretallets vurdering af, at behandlingen ikke levede op til professionsnormen.

I sag nr. 1189620, blev spørgsmålet rejst, om der var givet tilstrækkelig information i forbindelse med behandling for barnløshed. Disciplinærnævnet inddrog Sundhedsstyrelsens vejledning om lægers anvendelse af kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling, hvorefter, der skulle gives information om sandsynligheden for levedefødsel under hensyn til forhold hos kvinden/manden, som havde betydning for den individuelle prognose. Kvinden modtog skriftlig standardinformation, hvor der var redegjort for, hvorledes graviditetschancen påvirkes af kvindens alder samt graviditetschancer for forskellige aldersgrupper. På trods af at vejledningen udtrykkeligt skrev, at det ikke var tilstrækkeligt at oplyse gennemsnitlige succesrater for en større patientpopulation, fastslog Disciplinærnævnet, at informationsniveauet levede op til professionsnormen. Nævnet udtalte, at forpligtelsen til at oplyse om den individuelle prognose ikke skulle tages mere bogstaveligt, end det var muligt at opfylde ved behandlingens start.

Sagerne illustrerer, at når en læge fraviger Sundhedsstyrelsens retningslinjer, er det ikke nødvendigvis en fravigelse af professionsnormen. Om end det ikke sker ofte, vil Disciplinærnævnet efter omstændighederne nå frem til, at professionsnormen ikke er tilsidesat, selvom lægen har fraveget en retningslinje. Sagerne er derfor også udtryk for, at retningslinjerne alene er vejledende og derfor konkret kan fraviges af lægen.

En selvstændig vurdering

I sag nr. 155101, klagede en kræftpatient over ikke at have modtaget korrekt behandling, blandt andet med henvisning til, at forløbet havde været for langsomt. Disciplinærnævnet bemærkede også det langsomme forløb, men fastslog, at de involverede læger ikke havde praktisk mulighed for at være tovholder på de ambulante udredningsforløb, som de hver især initierede. Disciplinærnævnet udtalte derimod kritik af centerchefen fra en af de involverede afdelinger, for ikke at have sikret relevante og tilstrækkelige retningslinjer vedrørende opfølgning på prøvesvar. Afgørelsen vedrører således ikke lægers professionsnorm i den enkelte patientbehandling, men ansvaret for at der forefindes de nødvendige instrukser. Alligevel er sagen relevant: Ifølge afdelingens retningslinjer, havde lægen pligt til at gennemse svar to gange ugentligt, men dette levede ifølge Disciplinærnævnet ikke op til lægers professionsnorm, idet nævnet lagde vægt på, at der ifølge kræftpakkeforløbene burde reageres på svar indenfor 1-2 arbejdsdage. Centerchefen gjorde gældende at

forløbstiderne ikke er nogen rettighed, men alene skal anvendes som rettesnor for tidsforløbet.¹³⁷ Hertil bemærkede nævnet, at afdelingens retningslinjer ikke var sundhedsfagligt forsvarlige, og at nævnet ikke lagde nogen selvstændig vægt på forløbstiderne vedrørende udredning for blærekræft i henhold til Sundhedsstyrelsen. Denne bemærkning fra Disciplinærnævnet understreger, at fastlæggelsen af professionsnormen i princippet er uafhængig af hvad Sundhedsstyrelsens retningslinjer fastslår. At der er sammenfald mellem afgørelse og retningslinje, skal således ikke tages til indtægt for, at nævnet ikke foretager en selvstændig vurdering af, hvad professionsnormen er. Sagt på en anden måde, er Disciplinærnævnet af den opfattelse, at kræftpakkeforløbet udtrykker professionsnormen, og derfor er den relevant for nævnets vurdering.

Disciplinærnævnets afgørelse følger forløbstiderne, som fastlagt i kræftpakkeforløbet, og i lyset af centerchefens indsigelse, finder nævnet det derfor relevant at tage stilling til kræftpakkeforløbets betydning for fastlæggelsen af professionsnormen. Det kan udledes af denne stillingstagen, at Disciplinærnævnet anerkender, at forløbstiderne alene er vejledende og at de ikke spiller en større rolle, end at Disciplinærnævnet ville været nået frem til det samme resultat uden retningslinjerne. Afgørelsen belyser således de retlige betragtninger vedrørende interne regler, som er anført ovenfor i afsnit 4.2.2, herunder at de alene er vejledende og konkret kan fraviges. Der er tillige argumenteret for i afsnit 4.2.3.2, at forløbstiderne, som de fremgår af krætpakkerne, kan variere fra region til region, så længe de blot holder sig inden for den almindeligt anerkendte faglige standard. I sagen holdt forløbstiderne sig dog ikke inden for den almindeligt anerkendte faglige standard, og derfor udtalte Disciplinærnævnet kritik. Undersøgelsen har ikke afdækket andre afgørelser, hvori Disciplinærnævnet på denne måde eksplicit udtaler sig om, hvilken rolle Sundhedsstyrelsens retningslinjer spiller for nævnets fastlæggelse af professionsnormen.

Opsamling og delkonklusion

Undersøgelsen har vist, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. udtrykkeligt indgår i 137 ud af 500 afgørelser – mere end en fjerdedel. Dette indebærer på den anden side også, at der i størstedelen af afgørelserne ikke er henvist til Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. I langt de fleste af de 137 afgørelser indgår retningslinjer, som i denne afhandling karakteriseres som processuelle, dvs. som ikke vedrører selve den lægelige undersøgelse, diagnose, behandling m.v. I klager over behandling m.v., foretager Disciplinærnævnet i stedet en vurdering, som baserer sig på de konkrete forhold, eventuelt i kombination med andre relevante bidrag, f.eks. fra faglige selskaber. Rammerne for, hvilken behandling m.v. lægen må udføre, når der ikke er udstedt retningslinjer herom, er tilsyneladende bredere end hvis der er retningslinjer på området. Fravær af Sundhedsstyrelsens retningslinjer forhindrer dog på den anden side ikke Disciplinærnævnet i at fastslå, at professionsnormen er tilsidesat. Disciplinærnævnet inddrager relevante retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen i sine afgørelser, men hvis lægen har fraveget en retningslinje, udløser det ikke nødvendigvis kritik. Nævnet foretager nemlig en selvstændig vurdering, som kan føre til, at lægens professionsnorm i det konkrete tilfælde ikke er sammenfaldende med Sundhedsstyrelsens retningslinjer på området.

Det kan konkluderende fastslås, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. spiller en vigtig rolle i Disciplinærnævnets fastlæggelse af lægers professionsnorm, og de indgår særligt

¹³⁷ Hvilket også fremgår af afsnit 4.2.3.2. om den erklærede betydning af Sundhedsstyrelsens krætpakker.

hvor klagegenstanden vedrører en processuel pligt. De anvendte retningslinjer støtter som regel Disciplinærnævnets fastlæggelse af professionsnormen. Samtidig er Disciplinærnævnet dog bevidst om, at retningslinjerne ikke er retligt bindende, således at en fravigelse heraf konkret kan være fagligt forsvarlig.

4.2.4.2. Domstolene

Da det er domstolene, der endeligt fastlægger professionsnormen, jf. herom afsnit 3.5, er det centralt for besvarelsen af denne afhandlings problemformulering at se nærmere på, om domstolene anvender Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. – og i så fald hvordan. I det følgende skal der derfor foretages en analyse og vurdering af, hvilken rolle Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. spiller i domstolenes fastlæggelse af lægers professionsnorm. Først foretages en afgrænsning af, hvilke retsområder analysen omfatter samt en beskrivelse af Sundhedsstyrelsens rolle i domme.

Afgrænsning og Sundhedsstyrelsens rolle

Domme, som indeholder bidrag fra Sundhedsstyrelsen i kraft af en nu udgået beføjelse, er søgt frasorteret. Dette omfatter Sundhedsstyrelsens rolle som klageinstans indtil centralstyrelsesloven af 1987 trådte i kraft og introducerede et særligt klagenævn.¹³⁸ Derudover omfatter det Sundhedsvæsenets Patientklagenævns pligt til i perioden 1988-1993, at indhente en udtalelse/forelægge sagen for Sundhedsstyrelsen,¹³⁹ samt klagenævnets mulighed for i perioden 1994-2016, at forelægge sager for Sundhedsstyrelsen.¹⁴⁰ Endelig omfatter det Sundhedsstyrelsens mulighed for i perioden 1988-2016, at indbringe sager for klagenævnet.¹⁴¹

Straffesager er fravalgt til fordel for erstatningssager. Dette er begrundet i antagelsen om, at domme vedrørende erstatning baseret på culpa mere præcist illustrerer professionsnormen end straffesager, jf. herom afsnit 4.1.6. I øvrigt vil det formentlig hovedsagligt være Styrelsen for Patientsikkerhed, som fremadrettet udtaler sig i straffesager.¹⁴² Et eksempel herpå er Svendborg-sagen,¹⁴³ hvor alle tre instanser inddrager Sundhedsstyrelsens (nu Styrelsen for Patientsikkerhed) brev til politiet, hvori der redegøres for, hvorfor den tiltalte læge har overtrådt autorisationslovens § 75. Mange domme vedrørende erstatning hviler på patienterstatningsordningen, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, som ikke forudsætter et culpagrundlag. Der kan med andre ord foreligge et erstatningskrav, selvom der ikke er begået fejl i form af tilsidesættelse af professionsnormen. En enkelt af disse domme inddrages i analysen, men i øvrigt er de udeladt.

¹³⁸ Jf. § 12, stk. 1 i lov nr. 397 af 10. juni 1987 samt FT 1986-87, 1. samling, tillæg A, L 58 som fremsat, spalte 1159. Se for eksempel U 1989.1007 H, U 1996.215 H og FED 1996.669, hvor Sundhedsstyrelsens svar på patientens klage indgår i dommen.

¹³⁹ Jf. § 19, stk. 1 i lov nr. 397 af 10. juni 1987 indtil ændringen med § 1, nr. 1 i lov nr. 503 af 30. juni 1993. Se f.eks. FED 1998.1452, FED 1998.1688, U 1997.135 H og FED 1996.743, hvor Sundhedsstyrelsens bidrag i dommen stammer fra klagenævnets obligatoriske forelæggelse for Sundhedsstyrelsen.

¹⁴⁰ Jf. § 1, nr. 1 i lov nr. 503 af 30. juni 1993 indtil muligheden blev afskaffet med § 3, nr. 6 i lov nr. 656 af 8. juni 2016.

¹⁴¹ Jf. § 12, stk. 2 i lov nr. 397 af 10. juni 1987 indtil ændringen med § 3, nr. 5 i lov nr. 656 af 8. juni 2016. Se f.eks. FED 1996.1083, hvor Sundhedsstyrelsens bidrag i dommen stammer fra Sundhedsstyrelsens indstilling til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

¹⁴² Jf. Anklagemyndigheden, RM 10/2007 revideret 30. marts 2016, pkt. 3.1.1. og 3.1.2. Tidligere havde Sundhedsstyrelsen disse beføjelser, jf. f.eks. den tidligere version af RM 10/2007 revideret 16. juli 2014, pkt. 3.1.1.

¹⁴³ Jf. U 2018.2073 H. Nævnes kan også U 2011.1872/2 Ø.

Det fremgår af sundhedslovens § 214, stk. 2, at sundhedsministeren og ældreministeren og andre myndigheder har adgang til direkte rådgivning og anden bistand fra Sundhedsstyrelsen i sundhedsfaglige spørgsmål m.v., jf. herom afsnit 4.1.2. Det fremgår ikke af lovbemærkningerne, om rådgivning og bistand til domstolene er omfattet af bestemmelsen.¹⁴⁴ Uanset om dette er tilfældet, medfører den fri bevisførelse, at parterne i en retssag kan inddrage Sundhedsstyrelsens bidrag til støtte for bedømmelsen af, om professionsnormen er tilsidesat.¹⁴⁵ Rettens frie bevisbedømmelse indebærer, at retten ikke er bundet heraf.¹⁴⁶ Det skal i øvrigt bemærkes, at forhandlingsprincippet, som indebærer, at domstolenes kompetence er afgrænset til det af parterne tilvejebragte processtof,¹⁴⁷ ikke finder anvendelse på retsreglerne og deres fortolkning m.v.¹⁴⁸ Her skal retten blot holde sig inden for rammerne af parternes anbringender, og retten kan således inddrage regler og fortolkning af regler, som parterne ikke selv har anført.¹⁴⁹

FED 1996.214

Sagen drejer sig om en patient, der blev opereret for en knystdannelse på sin storetå. I månederne efter operationen fik patienten tiltagende smerter i foden og måtte tilses og opereres flere gange. Det fremgår af dommen, at patienten i 1991, inden der blev anlagt sag, havde påklaget forløbet til Patientklagenævnet, men at sagen blev afvist. Patienten anlagde sag ved byretten i februar 1992 mod Københavns Amt med påstand om, at amtet skulle anerkende at være erstatningsansvarlig for de varige mén, som forløbet havde påført patienten. I dommen indgår bl.a. en erklæring fra Sundhedsstyrelsen af 11. april 1994. Det fremgår af byretsdommen, at sagen har ”været forelagt Sundhedsstyrelsen”. Taget i betragtning, at Sundhedsstyrelsens erklæring blev afgivet efter at sagen blev påklaget (og afvist) ved Patientklagenævnet og efter, at der blev anlagt sag ved byretten, må det lægges til grund, at erklæringen ikke blev afgivet til brug for den administrative klagesag, men til brug for selve dommen - formentlig i kraft af § 3 i centralstyrelsesloven,¹⁵⁰ som i dag er videreført i sundhedslovens § 214, jf. herom afsnit 4.1.2.

Ifølge Sundhedsstyrelsens erklæring, var der ikke grundlag for at udtale kritik af lægernes håndtering af operationens efterforløb, herunder at der ikke blev foretaget en egentlig resistensbestemmelse efter fund af få stafylokokker. Retslægerådet, som også udtalte sig i sagen, anførte dog, at hvis relevant antibiotisk behandling var blevet indledt tidligere, så havde betændelsen i sagsøgers storetå udviklet sig mindre alvorligt. Blandt andet med henvisning hertil, afsagde byretten dom i overensstemmelse med sagsøgers påstand, således at Københavns Amt ifaldt et erstatningsansvar. Østre Landsret frikendte derimod amtet med henvisning til Retslægerådets udtalelse om, at der var udvist passende omhu og ikke var begået lægelige fejl i forbindelse med behandlingen af infektionen. Sundhedsstyrelsens erklæring indgik hverken i byrettens eller landsrettens bemærkninger – dette på trods af at

¹⁴⁴ Jf. FT 1986-87, 1. samling, tillæg A, L 58 som fremsat, sp. 1174 samt FT 2004-05, 2. samling, tillæg A, L 74 som fremsat, s. 3251.

¹⁴⁵ Jf. Bang-Pedersen, Christensen og Petersen, *Den civile retspleje*, s. 501.

¹⁴⁶ Ibid. s. 508 f.

¹⁴⁷ Ibid. s. 98.

¹⁴⁸ Ibid. s. 101.

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ Lov nr. 397 af 10. juni 1987.

erklæringen støttede landsrettens resultat. Erklæringen spillede ikke en vigtig rolle for domsresultatet, idet der blev lagt vægt på Retslægerådets udtalelser.

FED 2001.2505

Twisten i sagen gik på, om et sygehus var erstatningsansvarlig, fordi lægerne havde undladt at oplyse patienten om forøget risiko for meningitis og muligheden for at blive vaccineret efter en bortoperation af patientens milt. I dommen indgik tre af Sundhedsstyrelsens bidrag: 1) skrivelse af juni 1995 fra Sundhedsstyrelsen til Landslægen på Færøerne, 2) skrivelse af april 1996, hvor Sundhedsstyrelsen besvarer spørgsmål fra overlægen på sygehuset og 3) skrivelse af juni 1996, hvor Sundhedsstyrelsen besvarer spørgsmål fra en advokat. Det fremgår ikke, hvad hjemlen for de forskellige skrivelser er. Skrivelse nr. 1 er tilsyneladende udtryk for § 3 i centralstyrelsesloven,¹⁵¹ som i dag er videreført i sundhedslovens § 214, stk. 2. Skrivelse nr. 2 er udtryk for vejledningsbeføjelsen, som i dag fremgår af sundhedslovens § 214, stk. 1. Det samme gør sig muligvis gældende for skrivelse nr. 3.

Byretten frifandt sygehuset på baggrund af Sundhedsstyrelsens og Retslægerådets udtalelser i sagen. I denne forbindelse fremhævedes lægens informationsforpligtelse, som den fremgik af Sundhedsstyrelsens cirkulære om information og samtykke. Byretten fastslog videre, at da der ikke forelå retningslinjer fra sundhedsmyndighederne om det nødvendige i at informere og vaccinere tidligere patienter med fjernet milt, og da der ikke blandt sygehuse i Danmark var en fast praksis herom, kunne det ikke bebrejdes sagsøgte, at tidligere patienter med fjernet milt ikke blev indkaldt og informeret herom.

Østre Landsret stadfæstede, men henviste alene til Retslægerådets udtalelser. Sundhedsstyrelsens udtalelser indgik således ikke direkte i landsrettens bemærkninger, men dette er ikke ensbetydende med, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. ikke spillede en rolle. I Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 12, som udtrykkeligt blev lagt til grund i landsretten, udtalte Retslægerådet: ”Indførelse af en ny praksis på baggrund af ny viden, som f.eks. pneumococvaccination efter fjernelse af milten, er en proces, der strækker sig over en periode. Da der ikke fra de centrale sundhedsmyndigheders side foreligger en vejledning eller anbefaling til indkaldelse af patienter, der tidligere har fået fjernet milten, med henblik på vaccination, er det et ledelsesmæssigt ansvar på den enkelte kirurgiske afdeling at vurdere den foreliggende dokumentation og på baggrund heraf tage stilling til afdelingens politik.” Selvom landsretten ikke eksplicit henviste til sundhedsmyndighedernes retningslinjer m.v., indgik de således i rettens bedømmelse via Retslægerådets udtalelse. Det har således betydning for rettens fastlæggelse af lægernes professionsnorm, om der foreligger retningslinjer fra de centrale sundhedsmyndigheder (herunder Sundhedsstyrelsen) – særligt på et område, hvor professionsnormen aktuelt er under udvikling.

FED 1995.1476

I denne dom indgik Sundhedsstyrelsens cirkulære om information og samtykke fra 1982. Sagsøger havde nedlagt påstand om, at Københavns kommune var erstatningsansvarlig for en skade påført sagsøger i forbindelse med en operation på et sygehus. Det var blandt andet omtvistet, om patienten havde modtaget tilstrækkelig information forud for operationen. Retslægerådet udtalte til sagen, at sagsøger var blevet informeret om operationen samt om mulige risici og komplikationer til denne, samt at den foreliggende vejledning opfyldte

¹⁵¹ Ibid.

indholdet i Sundhedsstyrelsens cirkulære. Byretten frifandt sagsøgte og bemærkede, at der efter bevisførelsen ikke var tilstrækkeligt grundlag for at antage, at den givne informationsindhold var i uoverensstemmelse med de fastsatte retningslinier og lagde i den forbindelse ”betydelig vægt” på Retslægerådets udtalelse til sagen. Østre Landsret stadfæstede dommen i henhold til de grunde, der var anført af byretten.

Dommen er et eksempel på, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer indgår i domstolenes vurdering af, om lægen har handlet fagligt forsvarligt. Ligesom i landsrettens dom i FED 2001.2505, var det dog via Retslægerådets udtalelse, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer påvirkede domsresultatet. Retslægerådets vurderinger tillægges generelt stor vægt ved rettens fastlæggelse af professionsnormen,¹⁵² så når Retslægerådet inddrager Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v., vil de indirekte påvirke rettens endelige fastlæggelse af professionsnormen.

U 2008.2813 H

En patient blev indlagt på sygehuset om fredagen med nethindeløsning, og blev opereret herfor om mandagen. Patienten klagede efterfølgende over, at operationen ikke blev foretaget i weekenden, idet patientens syn så med stor sandsynlighed ville være bevaret mere intakt. Ifølge Patientskadeankenævnet, var betingelserne for at yde erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 1, i den daværende patientforsikringslov opfyldt,¹⁵³ idet patienten burde have været sendt til operation på nærmeste specialiserede landsdelsafdeling med døgnberedskab. Ribe Amt forelagde sagen for Sundhedsstyrelsen, som svarede, at det på landsdelsniveau principielt var muligt at operere for nethindeløsning i weekender, men at den operative aktivitet uden for almindelig dagarbejdstid skete på baggrund af fleksibilitet fra det involverede personale. Ud over Retslægerådets og Dansk Oftalmologisk Selskabs udtalelse til sagen, inddrog Vestre Landsret brevet fra Sundhedsstyrelsen, som støttede det resultat, at der ikke var et egentligt beredskab til at operere for nethindeløsning i weekenden. Landsretten slog på den baggrund fast, at det ikke kunne anses for en fejl, at muligheden for at overføre patienten til et andet sygehus ikke blev undersøgt, hvorfor der ikke blev tilkendt erstatning. Højesteret stadfæstede dommen med henvisning til de af landsretten anførte grunde.

Dommen vedrører et krav på erstatning efter den såkaldte specialiststandard, som ikke forudsætter et culpagrundlag i form af tilsidesættelse af professionsnormen. Ikke desto mindre er sagen relevant, idet retten tog stilling til, om der var begået en fejl og til brug for denne vurdering inddrog et brev fra Sundhedsstyrelsen. Det var ikke en egentlig lægefaglig vurdering, som Sundhedsstyrelsen foretog, men alligevel bidrog styrelsen altså til spørgsmålet om, hvorvidt det var en fejl, at patienten ikke blev tilbudt operation på et tidligere tidspunkt. Sagen er således et eksempel på, at Sundhedsstyrelsen bidrager til domstolenes fastlæggelse af lægers professionsnorm – i dette tilfælde via et konkret brevsvare og ikke en publiceret vejledning.

Retningslinjer generelt

Som tilfældet er ved administrative klagesager fra Disciplinærnævnet, jf. ovenfor afsnit 4.2.4.1, er der i flere domme henvist generelt til retningslinjer m.v., uden at der specifikt henvises til Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Et eksempel herpå er FED 2012.48, hvor

¹⁵² Jf. Götze og Hermann, ”Skal Retslægerådet være overdommer?”.

¹⁵³ Lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997.

byretten – senere stadfæstet af Vestre Landsret – begrundede sit resultat med, at der ifølge lægens skønserklæring, ikke var holdepunkter for, at der ved håndledsoperationen blev anvendt en afvigende operationsteknik ”i henhold til det gængs anerkendte og publicerede instrukser”. Et andet eksempel er FED 2006.292, hvor Østre Landsret begrundede sit resultat med, at lægens behandling, ifølge Retslægerådet, var ”i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinier”. Det er uvist, hvilke retningslinjer der her henvises til, men omfattet vil formentlig være en offentliggjort vejledning fra Sundhedsstyrelsen, som anvendes af landets læger. Betegnelsen favner dog bredere, og kan således også vedrøre retningslinjer udstedt af faglige selskaber m.v. Det afgørende må være, om retningslinjen er gængs/almindeligt anerkendt.

Opsamling og delkonklusion

Der er foretaget en analyse og vurdering af et begrænset antal domme. Dette skyldes både den foretagne afgrænsning af domme, samt at der kun er få domme, som belyser, hvilken betydning Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. har for domstolenes fastlæggelse af lægers professionsnorm. Mange sager ender ikke ved domstolene, idet patienterne anvender de administrative klagemuligheder.¹⁵⁴

Domsanalysen kan opsummeres således: i FED 2001.2505, henviste byretten direkte til Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. I FED 2001.2505 (landsretsdommen) og FED 1995.1476, indgik retningslinjer m.v. fra hhv. de centrale sundhedsmyndigheder og Sundhedsstyrelsen indirekte i rettens bemærkninger via Retslægerådets udtalelse. I FED 1996.214 indgik Sundhedsstyrelsens erklæring hverken i byrettens eller landsrettens bemærkninger, på trods af at erklæringen støttede landsrettens resultat. I U 2008.2813 H indgik Sundhedsstyrelsens brev i rettens vurdering af, om der var sket fejl. I FED 2012.48 og FED 2006.292 henviste retten til retningslinjer generelt, uden at henvise til Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

Det kan konkluderes, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. til tider indgår i domstolenes fastlæggelse af lægers professionsnorm. Dette kan ske både direkte i rettens begrundelse for resultatet, men også indirekte via Retslægerådets udtalelser, som i vidt omfang lægges til grund ved domstolene. Når Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. inddrages i en dom, er det ikke ensbetydende med, at retten lægger dem til grund for domsresultatet, jf. FED 1996.214, hvor hverken byret eller landsret baserede sit resultat på Sundhedsstyrelsens erklæring. Om end der vanskeligt kan konkluderes noget generelt på baggrund af analysen, tegnes der et billede af en domspraksis, hvor Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. ikke spiller en stor rolle ved fastlæggelsen af lægers professionsnorm.

4.2.5. Forholdet mellem Sundhedsstyrelsens retningslinjer og det lægefaglige skøn

4.2.5.1. Metodefrihed

Det er beskrevet ovenfor i afsnit 3.2, at lovgivningen i forskellig grad kan overlade et skøn til lægen i forbindelse med den lægefaglige virksomhed. Det fremgår videre, at hvis lovgivningen intet fastsætter om, at der skal iværksættes en bestemt behandling, så må lægen ud fra et fagligt skøn og begrænset af autorisationslovens § 17, vurdere, hvilken behandling m.v., den enkelte patient skal tilbydes. Det følger ofte af den faglige standard, at der er

¹⁵⁴ Jf. Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 44.

flere forsvarlige – dvs. flere ligeværdige – behandlingsmetoder m.v., som lægen kan vælge mellem.¹⁵⁵ Det antages, at læger har metodefrihed i forbindelse med udøvelse af lægefaglig virksomhed, hvilket indebærer, at lægen kan anvende en hvilken som helst behandlingsmetode, så længe den lever op til professionsnormen.¹⁵⁶ Helle Bødker Madsen beskriver dette, som en skønspæret beslutning af overvejende faglig karakter.¹⁵⁷

4.2.5.2. Pligtmæssigt skøn

Når forvaltningen er overladt et skøn, følger det af den forvaltningsretlige grundsætning om pligtmæssigt skøn (forbud mod skøn under regel), at der skal foretages en individuel vurdering af den enkelte sag.¹⁵⁸ Ligesom for de øvrige almindelige forvaltningsretlige grundsætninger, finder grundsætningen både anvendelse for afgørelser i forvaltningslovens forstand¹⁵⁹ og faktisk forvaltningsvirksomhed, f.eks. lægens valg af behandlingsmetode.¹⁶⁰ Ifølge Karsten Revsbech m.fl., gælder der en formodning imod, at skønnet helt kan afskæres, og formentlig også imod egentlige begrænsninger af skønnet.¹⁶¹ Formodningen gælder dog ikke, hvor der er særlige hensyn, f.eks. hensynet til forudsigelighed og lighed, der taler for en begrænsning af skønnet – særligt hvis det samtidig er et område, hvor det er administrativt vanskeligt at foretage en konkret vurdering af hver enkelt sag.¹⁶² Der er ifølge forfatterne intet i vejen for, at interne regler anvendes som et vejledende udgangspunkt for skønnet - så længe de ikke anvendes på en sådan måde, at skønnet reelt afskæres.¹⁶³ Overfører man disse synspunkter til sundhedsvæsenet, indebærer det, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. kan være vejledende for offentligt ansatte lægers faglige skøn, men ikke afskære dette. Særligt lovgivers formål med sundhedsvæsenet, herunder sundhedsfremme og forebyggelse af sygdom samt at sikre respekt for det enkelte menneske og behandling af høj kvalitet,¹⁶⁴ forudsætter, at lægen foretager en individuel vurdering af den enkelte patient.

Der er udbredt enighed i den sundhedsretlige litteratur om, at forvaltningsretlige grundsætninger, herunder grundsætningen om pligtmæssigt skøn, ikke forpligtiger privatansatte læger, f.eks. alment praktiserende læger, der har tilsluttet sig overenskomst med det offentlige.¹⁶⁵ Ifølge Helle Bødker Madsen, kan man dog ud fra monopollignende synspunkter argumentere for, at alment praktiserende læger, der har sluttet overenskomst med det offentlige om behandling af gruppe 1-sikrede, er (eller bør være) omfattet af regler, der fører

¹⁵⁵ Jf. Madsen, *Privatisering og patientrettigheder*, s. 243 ff.

¹⁵⁶ Jf. Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 87. Se også Madsen, *Privatisering og patientrettigheder*, s. 244.

¹⁵⁷ Jf. Madsen, *Privatisering og patientrettigheder*, s. 246.

¹⁵⁸ Revsbech, *Forvaltningspersonalet*, s. 108; Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 274 f.

¹⁵⁹ Jf. § 2, stk. 1 i lovbekendtgørelse nr. 433 af 22. april 2014.

¹⁶⁰ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 41 f.; Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 224 f. og 229 ff.

¹⁶¹ Jf. Revsbech m.fl., *Forvaltningsret. Almindelige Emner*, s. 275.

¹⁶² Ibid. s. 279, som blandt andet henviser til U 1993.307 H vedrørende tildeling af hyrevognsbevillinger.

¹⁶³ Ibid. s. 281 f.

¹⁶⁴ Jf. §§ 1 og 2, nr. 2 i lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 samt § 1, stk. 1 i lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019.

¹⁶⁵ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 76 og 201; Madsen, *Privatisering og patientrettigheder*, s. 359 ff.; Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 43; Hybel, Mortensen og Lindhardt, *Lægen og loven*, s. 25.

til samme resultat som de forvaltningsretlige grundsætninger.¹⁶⁶ Man kan i øvrigt argumentere for, at det må anses for indeholdt i professionsnormen i autorisationslovens § 17, at lægen skal foretage et sådant konkret skøn,¹⁶⁷ idet lægen ellers vanskeligt kan tilbyde en fagligt forsvarlig behandling til den enkelte patient. Autorisationslovens § 17 og den forvaltningsretlige grundsætning om pligtmæssigt skøn rangerer retskildemæssigt over Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. udstedt i medfør af sundhedslovens § 214.¹⁶⁸ Lægen har derfor først og fremmest pligt til at iagttage disse regler, og dette kan efter omstændighederne føre til, at lægen må fravige en retningslinje, jf. herom afsnit 4.2.2.3.¹⁶⁹

Ovenstående synspunkter kan sammenfattes således, at læger har både ret og pligt til, at foretage et konkret skøn over, hvilken behandling m.v. en patient skal tilbydes, og dette skøn kan ikke lovligt afskæres af Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.

4.2.5.3. Sundhedsstyrelsen, om retningslinjernes forhold til det lægefaglige skøn

Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. udtaler sig ofte om, hvilken behandling lægen skal eller bør iværksætte. F.eks. fremgår det af Sundhedsstyrelsens lungekræftpakke fra år 2018, at ved en række oplistede symptomer på lungekræft ”bør lægen overveje at henvise til CT-skanning med kontrast”,¹⁷⁰ jf. herom Fredbergsagen i afsnit 2.1. Fredberg-sagen rejste spørgsmålet om lovligheden af, at lungekræftpakken (eller nærmere den strenge fortolkning heraf) afskar det lægefaglige skøn derved, at lægens vurdering af, om der var mistanke om lungekræft, blev erstattet af en liste med standardsymptomer.

Som nævnt i afsnit 2.1, har Sundhedsstyrelsen i december 2019 udstedt et notat, hvori styrelsen udtaler sig om det kliniske skøn ved mistanke om kræft. Det fremgår heraf, at mistanke om kræft kan rejses af en læge på baggrund af patientens sygehistorie, herunder tidligere sygdom, risikofaktorer, familiære dispositioner, ekspositioner m.v. samt de symptomer, som patienten præsenterer og kliniske fund, som lægen erfarer.¹⁷¹ Mistanke om kræft forudsætter med andre ord, at der foretages en konkret vurdering af den enkelte patients forhold. Det fremgår da også eksplicit af notatet, at den konkrete lægefaglige vurdering af, om der er mistanke om kræft altid beror på et skøn, og at der vil være tale om forskellige grader af mistanke.¹⁷² Sundhedsstyrelsens vejledninger, kræftpakkeforløb og NKR, jf. herom afsnit 4.2.3.2, er udtryk for den samme opfattelse. Sundhedsstyrelsen støtter således det resultat, at retningslinjer m.v. ikke afskærer lægens skøn.

4.2.5.4. Disciplinærnævnet, om retningslinjernes forhold til det lægefaglige skøn

Det er anført ovenfor i afsnit 4.2.4.1, at sager fra Disciplinærnævnet viser, at læger tilsyneladende har større frihed i forbindelse med patientbehandling, når der ikke foreligger en retningslinje, der udtaler sig om en bestemt behandlingsform. Dette skyldes, at retningslinjerne bidrager til Disciplinærnævnets fastlæggelse af professionsnormen og derved kan

¹⁶⁶ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 76 og 204; Madsen, *Privatisering og patientrettigheder*, s. 168 ff.

¹⁶⁷ Jf. Madsen, *Sundhedsret*, s. 209 fsva. proportionalitetsprincippet; Hartlev, Hybel og Mortensen, *Sundhed og Jura*, s. 43; Hybel, Mortensen og Lindhardt, *Lægen og loven*, s. 25.

¹⁶⁸ Jf. herom afsnit 4.1.2.

¹⁶⁹ Der henvises i øvrigt til afsnit 4.1.2. vedrørende lex superior.

¹⁷⁰ Sundhedsstyrelsen, ”Pakkeforløb for lungekræft”, pkt. 2.1.1.

¹⁷¹ Jf. Sundhedsstyrelsen, ”Notat vedr. henvisning og visitation til sygehusbehandling, med særligt fokus på kræft”, s. 7.

¹⁷² Ibid. s. 8.

de indskrænke det spillerum, som lægen har i kraft af sin metodefrihed. Det fremgår dog også af afsnit 4.2.4.1, at fravær af en retningslinje ikke afholder Disciplinærnævnet fra at udtale kritik af den i sagen anvendte fremgangsmåde, ligesom Disciplinærnævnet kan undlade at udtale kritik, selvom en retningslinje er fraveget. Dette skyldes, at Disciplinærnævnet foretager en konkret vurdering af, om lægens behandling m.v. lever op til professionsnormen og at Sundhedsstyrelsens retningslinjer ikke erstatter det lægefaglige skøn. Disse betragtninger er nært knyttet til det i afsnit 4.2.2.2 anførte, om retningslinjernes vejledende karakter.

I afsnit 4.2.4.1 er der gennemgået tre sager, hvor Sundhedsstyrelsens retningslinjer fraviges, uden at Disciplinærnævnet udtaler kritik heraf. Som eksempel kan nævnes sag nr. 142203, hvor mindretallet var af den opfattelse, at lægen havde tilsidesat Sundhedsstyrelsens vejledning, og derfor ville kritisere lægen. Flertallet udtalte derimod ikke kritik, med den begrundelse: "[...] at der kan være mange årsager til brystmerter, og at en blodprop i hjertet kun er én af dem. Derfor vil der altid skulle foretages et konkret skøn i hvert enkelt tilfælde." Lægens konkrete skøn var af afgørende betydning for flertallets afgørelse i sagen. De øvrige to sager viser ligeledes, at det er lægens individuelle vurdering af patienten, der i sidste ende er afgørende og som dermed kan trumfe Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.

4.2.5.5. Domstolene, om retningslinjernes forhold til det lægefaglige skøn

Domme på sundhedsområdet illustrerer ofte det lægefaglige skøn. Som eksempel kan nævnes FED 2001.76, hvor en læge ikke fandtes at have tilsidesat professionsnormen i lægelovens § 6 (nu autorisationslovens § 17), ved at indstille genoplivningen af en mand med hjertestop. Landsretten frifandt amtskommunen, som arbejdsgiver for lægen, blandt andet med henvisning til, at lægen ud fra patientens konkrete tilstand, skønnede, at hjertestoppet havde varet så længe, at videre behandling var udsigtsløs. Dette selvom Patientklagenævnet havde udtalt kritik af behandlingen og selvom lægen - i strid med afdelingens retningslinjer - undlod at give patienten adrenalin og isoprenalin samt acidosebehandling. Lægens konkrete skøn over patientens tilstand blev således af afgørende betydning for sagens udfald.

Et andet eksempel er U 2006.1717 H, hvor de efterladte til en patient, anlagde sag mod Patientklagenævnet og Patientskadeankenævnet, fordi lægen havde foretaget udspænding af patientens ryg, og hvor det efterfølgende konstateredes, at der var sket en afsprængning af torntappen på patientens 7. halshvirvel. Udspændingen blev foretaget inden resultaterne af en foretaget undersøgelse (knoglescintigrafi) forelå. Østre Landsret fandt ikke, at lægen havde tilsidesat professionsnormen, ved at foretage udspænding af patientens ryg inden resultaterne af undersøgelsen forelå. I landsrettens bemærkninger blev der bl.a. henvist til Retslægerådets svar på spørgsmål 3 og 16, om, at det havde været naturligt at forsøge at tilvejebringe resultatet af undersøgelsen, men at der ikke var begået en fejl. Retslægerådet udtalte hertil, at "Behandlingen er blevet udført på basis af et konkret lægeligt skøn [...]". Det bemærkes, at Højesteret afviste sagen fsva. spørgsmålet, om lægens overtrædelse af professionsnormen, idet lægen ikke havde haft mulighed for at varetage sine interesser under retssagen.

Endelig kan nævnes FED 2007.161. Sagen omhandler en af lægerne overset hjerneinfektion, hvor patienten efterfølgende afgik ved døden. Retslægerådet udtalte til sagen, at der

i udgangspunktet havde været tale om et lægeligt fejlskøn, mens der på de givne forudsætninger ikke kunne påpeges nogen lægelig fejl, idet symptomer på kredsløbsforstyrrelse i hjernen og symptomer på lokaliseret betændelse i hjernen kan være meget ensartede. Denne udtalelse indgik i Vestre Landsrets begrundelse for hvorfor, Patientskadeankenævnet frifandtes. Også i denne sag, var det lægefaglige skøn således af stor betydning for sagens udfald.

Det har ikke været muligt at finde en dom, der behandler forholdet mellem det lægefaglige skøn og Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. U 1983.349/2 H – en dom udenfor sundhedsområdet - fastslår dog, at der skal foretages en individuel vurdering på trods af klare interne regler på området. En ung mand havde fået afslag på kontanthjælp hos kommunen, amsankenævnet og Den sociale ankestyrelse. Den sociale ankestyrelse begrundede sit afslag med, at han som uddannelsessøgende ikke havde krav på kontanthjælp efter bistandslovens § 37 i en periode, hvor han var tilmeldt universitetet, jf. bistandslovens § 38 og kontanthjælpscirkulæret. Ifølge cirkulæret kunne uddannelsessøgende kun henføres under bistandslovens § 37 under helt ekstraordinære forhold. Østre Landsret frifandt Den sociale ankestyrelse og fandt ikke, at der var handlet i modstrid med almindelige forvaltningsretlige retsgrundsætninger. Højesterets flertal fastslog derimod, at der ikke var foretaget en samlet vurdering af mandens forhold, hvorfor afgørelsen burde tilsidesættes som ugyldig. Flertallet udtalte ikke eksplicit, at der var foretaget en for strikt anvendelse af cirkulæret, men henviste til Den sociale ankestyrelses begrundelse for afslaget, som netop henviste til cirkulæret. Højesteretsdommen er et eksempel på, at en forvaltningsafgørelse kan tilsidesættes som ugyldig, hvis der ikke er foretaget det pligtige skøn. Dommens præjudikatværdi svækkes dog af en stærk dissens (to ud af fem dommere stemmer for at frifinde ankestyrelsen).¹⁷³ Derudover vedrører dommen et andet retsområde end i denne afhandling, og kan derfor ikke uforbeholdent anvendes her. Dommen illustrerer dog ikke desto mindre Højesterets stillingtagen i en sag om forholdet mellem skøn og retningslinje.

Konklusionen er, at det lægefaglige skøn spiller en vigtig rolle ved domstolenes vurdering af, om professionsnormen er tilsidesat eller ej. Det forhold, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. tilsiger en bestemt behandling eller fremgangsmåde, vil formentlig ikke (og bør ikke) i sig selv bevirke, at skønnet afskæres. Der findes dog ikke domme på sundhedsområdet, som klart forholder sig til dette spørgsmål. I øvrigt skal det bemærkes, at i det omfang Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. bidrager til fastlæggelsen af lægers professionsnorm, og herved indskrænker lægens råderum i den konkrete situation, er der tale om en lovlig begrænsning af skønnet i kraft af professionsnormen, jf. autorisationslovens § 17.

4.2.5.6. Delkonklusion

Læger har både ret og pligt til at foretage et konkret skøn over, hvilken behandling m.v. patienten skal tilbydes. Det anerkendes af Sundhedsstyrelsen, og kan udledes af afgørelser fra Disciplinærnævnet, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. ikke i sig selv kan afskære dette skøn. Der findes ikke domme, som forholder sig klart hertil, men det lægefaglige skøn spiller generelt en vigtig rolle for domstolenes fastlæggelse af professionsnormen, hvilket må antages også at gælde i en situation, hvor Sundhedsstyrelsens retningslin-

¹⁷³ Jf. herom Evald, *Juridisk teori, metode og videnskab*, s. 133.

jer m.v. er i spil. Det må på den baggrund konkluderes, at i den konkrete lægefaglige vurdering af den enkelte patient, vægtes det lægefaglige skøn højere end Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v.

5. Opsamling og konklusion

Lægers professionsnorm fastlægges af forskellige aktører, hvor det i første omgang er lægen, der skal foretage en faglig vurdering og i sidste ende domstolene, som beslutter, om lægens behandling m.v. lever op til professionsnormen. Sundhedsstyrelsen er blot en af de aktører, der bidrager til at fastlægge professionsnormen, men besidder dog en særlig rolle i kraft af en lovhjemlet pligt og beføjelse til at vejlede om sundhedsfaglige opgaver, jf. sundhedslovens § 214, stk. 1. Bestemmelsen indebærer, at læger har pligt til at lade sig vejlede. Samtidig kan myndigheder m.v. indhente direkte rådgivning hos Sundhedsstyrelsen, jf. § 214, stk. 2. Betydningen af § 214 ift. fastlæggelsen af lægers professionsnorm afhænger af, i hvilket omfang Sundhedsstyrelsen udnytter sin vejledningsbeføjelse og om myndighederne indhenter rådgivning fra styrelsen.

Disciplinærnævnet afgør om lægen i sin faglige virksomhed konkret har udvist omhu og samvittighedsfuldhed og bidrager herved til fastlæggelsen af lægers professionsnorm. En analyse af Disciplinærnævnets praksis viser, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. udtrykkeligt indgår i 27,4 % af de 500 gennemgåede afgørelser. Hovedsagligt er der tale om offentliggjorte, formaliserede retningslinjer - især vejledninger. Der er en overvægt af anvendte vejledninger vedrørende processuelle pligter frem for kliniske vejledninger vedrørende selve undersøgelsen, diagnosticeringen og behandlingen af patienten. Selvom Sundhedsstyrelsen i dag har udstedt kliniske vejledninger (f.eks. NKR og kræftpakkeforløb) på forholdsvis mange områder, er der fortsat områder, som ikke er berørt eller som er berørt så generelt, at spørgsmålet om relevant behandling m.v., i høj grad er overladt til lægens faglige skøn i sammenspil med andre relevante bidrag fra fagkundska-ben.

Hvis der findes relevante retningslinjer m.v. fra Sundhedsstyrelsen, vil Disciplinærnævnet inddrage disse i sin vurdering. Ofte inddrages retningslinjerne til støtte for afgørelsens udfald, men der er også enkelte eksempler på afgørelser, som legitimerer lægens fravigelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Også i mangel af retningslinjer, kan Disciplinærnævnet give kritik. Der er dog tilsyneladende bredere rammer for, hvilken behandling m.v. lægen må udføre, når der ikke er udstedt retningslinjer, der udtaler sig herom.

Sammenfattende kan det konkluderes, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. spiller en vigtig rolle for Disciplinærnævnets fastlæggelse af lægers professionsnorm – dog ikke i ligeså høj grad for den kliniske del. Udgangspunktet er, at retningslinjerne m.v. skal efterleves, og Disciplinærnævnet anvender retningslinjerne m.v. som vejledende, således at de reelt - efter omstændighederne – kan fraviges af lægen.

En analyse af *domme* på området, tegner et billede af, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. ikke spiller en stor rolle ved fastlæggelsen af lægers professionsnorm. Dette er en forsigtig konklusion baseret på et begrænset antal domme. Sundhedsstyrelsens tilsyneladende tilbagetrukne rolle skyldes blandt andet, at Retslægerådets vurderinger i stedet tillægges stor vægt ved rettens fastlæggelse af professionsnormen, hvilket igen formentlig skyldes, at Retslægerådet tager stilling til den konkrete situation, hvor Sundhedsstyrelsens

retningslinjer m.v. ofte alene forholder sig generelt til et sundhedsfagligt område. Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. indgår dog i nogle domme – f.eks. gennem Retslægerådets udtalelser – i rettens fastlæggelse af professionsnormen.

Det er hensigten med Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v., at disse skal virke i samspil med det lægefaglige skøn. Lægen kender til patientens individuelle forhold, og skal ud fra disse oplysninger foretage en vurdering af, hvilken behandling m.v. patienten skal tilbydes. Denne vurdering kan – og skal i visse situationer – føre til en fravigelse eller dog en udfyldning af Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Lægen har både ret og pligt til at foretage et konkret skøn i det enkelte tilfælde uagtet Sundhedsstyrelsens retningslinjer på området. Både Sundhedsstyrelsen, Disciplinærnævnet og domstolene støtter en sådan opfattelse.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. spiller en mere fremtrædende rolle i Disciplinærnævnet end ved domstolene. Disciplinærnævnet træffer til gengæld afgørelser i et stort antal sager om lægers professionsnorm. Samlet set kan det derfor konkluderes, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. er vigtige for fastlæggelsen af lægers professionsnorm. Både ved Disciplinærnævnet og domstolene, lægges der i sidste ende afgørende vægt på lægens vurdering af de konkrete omstændigheder i sagen og udøvelsen af det lægefaglige skøn. Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. er således et vigtigt redskab, som lægen forudsættes at benytte sig af, men som hverken kan eller skal afløse det lægefaglige skøn.

Bibliografi

Love og bekendtgørelser

Bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018
Bekendtgørelse nr. 9444 af 23. maj 2019
Lovbekendtgørelse nr. 1098 af 8. oktober 2016
Lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997
Lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001
Lovbekendtgørelse nr. 433 af 22. april 2014
Lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019
Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019
Lovbekendtgørelse nr. 995 af 14. juni 2018
Lov nr. 1555 af 18. december 2018
Lov nr. 169 af 5. juni 1953
Lov nr. 397 af 10. juni 1987
Lov nr. 451 af 22. maj 2006
Lov nr. 503 af 30. juni 1993
Lov nr. 546 af 24. juni 2005
Lov nr. 60 af 25. marts 1961
Lov nr. 656 af 8. juni 2016
Lov nr. 72 af 14. marts 1934

Lovforarbejder

FT 1986-87, 1. samling, tillæg A, L 58 som fremsat
FT 2004-05, 2. samling, tillæg A, L 74 som fremsat

FT 2004-05, 2. samling, tillæg B, udvalgsbetænkning, L 74, bilag 2
FT 2005-06, tillæg A, L 111 som fremsat
FT 2009-10, tillæg A, L 130 som fremsat
FT 2015-16, tillæg A, L 184 som fremsat
Rigsdagstidende, tillæg A, Forelagte Lovforslag m.m., 84. ordentlige Samling, 1931-32,
II

Retningslinjer m.v.

Anklagemyndigheden. RM 10/2007 revideret 30. marts 2016
Anklagemyndigheden. RM 10/2007 revideret 16. juli 2014
Styrelsen for Patientsikkerhed. "Årsberetning 2017 Sundhedsvæsenets
Disciplinærnævn". Juni 2018
Sundhedsstyrelsen. "Behandling af angstlidelser hos voksne", 2021
Sundhedsstyrelsen. "Model. Metodehåndbogen. Model for udarbejdelse af nationale
kliniske retningslinjer". Udgivet december 2017. Version 3, 2018.
Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer:
<https://www.sst.dk/da/Udgivelser?Udgivelse%20serie=%7B7507318F-CE46-401F-A601-F4CDE755FF42%7D> (besøgt d. 23. april 2021)
Sundhedsstyrelsen. "Notat vedr. henvisning og visitation til sygehusbehandling, med
særligt fokus på kræft". 11. december 2019. Sagsnr. 05-0400-56.
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Henvisning-hospital/Notat-vedr-henvisning-og-visitation-til-sygehusbehandling-med-saerligt-fokus-paa-kræft.ashx?la=da&hash=EDE68A43192157DB53DE2BEE2A338EDCF490A537> (besøgt d. 22. marts 2021)
Sundhedsstyrelsen. "Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer. Begreber, forløbstider og
monitorering. For fagfolk". 2018
Sundhedsstyrelsen. "Pakkeforløb for lungekræft. For fagfolk". Udgivet juni 2018.
Version 2.1.
Sundhedsstyrelsen. Udgivelser. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser> (besøgt d. 1. marts 2021)
Sundhedsstyrelsen. Udgivelser, Serie: Kræft – pakkeforløb.
<https://www.sst.dk/da/Udgivelser?Udgivelse%20serie=%7BA79C71A8-E378-48CA-B5B2-17363ECF1C4D%7D> (besøgt d. 22. april 2021)
Sundhedsstyrelsen. "Urininkontinens hos kvinder. For fagfolk". 2020. 2. udgave.
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og
samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af
instrukser (til landets sygehuse m.v.)
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9009 af 27. december 2013 om ordination af
afhængighedsskabende lægemidler
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige
optegnelser
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9026 af 5. februar 2009 om diagnostik af torsio testis
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9056 af 8. februar 2010 om behandling af patienter
med akutte atypiske brystsmærter
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering
af lægemidler

Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9207 af 31. maj 2011 om håndtering af parakliniske undersøgelser
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser
Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9350 af 18 april 2006 om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen

Ministersvar

SUU, Alm. del, samling 2016-17, svar på spørgsmål 699
SUU, Alm. del, samling 2019-20, svar på spørgsmål 1888

Litteratur

Bang-Pedersen, Ulrik Rammeskow, Lasse Højlund Christensen og Clement Salung Petersen. *Den civile retspleje*. 4. udg. Hans Reitzels Forlag, 2017
Christensen, Jens Peter, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen. *Dansk Statsret*. 2. udg. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016
Evald, Jens. *Juridisk teori, metode og videnskab*. 2. udg. København: Djøf Forlag, 2020
Eyben, Bo von. *Juridisk Ordbog*. 14. udg. København: Karnov Group, 2016
Gøtze, Michael og Janne Rothmar Hermann. ”Skal Retslægerådet være overdommer?”. *Advokaten*, 2009, bind 88, nr. 6: s. 16-19
Hartlev, Mette, Ulla Hybel og Peter Bak Mortensen. *Sundhed og Jura. Sundhedsretlige perspektiver på sundhedsvæsen, sundhedspersoner og patientrettigheder*. 2. udg., 2. oplag. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2017
Henrichsen, Carsten, Steen Rønsholdt og Peter Blume (red.). *Forvaltningsretlige perspektiver*. Ved Mette Hartlev. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2006
Hybel, Ulla, Peter Bak Mortensen og Anne Lindhardt. *Lægen og loven*. København: Munksgaard, 2015
Knoph, Ragnar. *Åndsretten*. Oslo: Nationaltrykkeriet, 1936
Madsen, Helle Bødker. *Privatisering og patientrettigheder*. København Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2010
Madsen, Helle Bødker. ”Retliggørelse af sygehusydelsen”. *Ugeskrift for Retsvæsen*, 2005 B, s. 249.
Madsen, Helle Bødker. *Sundhedsret*. 4. udg. København: Djøf Forlag, 2018
Murphy, Anna og Anne Mette Dons. *Autorisationsloven med kommentarer*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2011
Revsbech, Karsten, Jens Garde, Jørgen Albæk Jensen, Orla Friis Jensen, Helle Bødker Madsen og Søren Højgaard Mørup. *Forvaltningsret. Almindelige Emner*. 6. udg. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016
Revsbech, Karsten. *Forvaltningspersonalet*. 3. udg. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2012

Domme

FED 1995.1476
FED 1996.1083

FED 1996.214
FED 1996.669
FED 1996.743
FED 1998.1452
FED 1998.1688
FED 2001.2505
FED 2001.76
FED 2005.141
FED 2006.292
FED 2007.161
FED 2012.48
FED 2017.96
U 1983.349/2 H
U 1985.368 H
U 1989.1007 H
U 1993.307 H
U 1996.215 H
U 1997.135 H
U 2006.1717 H
U 2008.2813 H
U 2008.70 Ø
U 2009.1835 H
U 2011.1872/2 Ø
U 2018.2073 H

Afgørelser fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn
Der henvises til bilag 2

Hjemmesider, artikler og pressemeddelelser

Dansk Lunge Cancer Gruppe. "Vedrørende brug af lavdosis CT ved mistanke om lungekræft". D. 11. december 2019. www.lungecancer.dk/wp-content/uploads/2019/12/Vedr-brug-af-LD-CT-ved-mistanke-om-lungekr%C3%A6ft-udtalelse-fra-DLCGs-Bestyrelse-Dec.-2019.pdf (besøgt d. 22. marts 2021)

Fredberg, Ulrich. "Du er nået til breaking point, Anders Kühnau". *Midtjyllands Avis*, d. 13. oktober 2020.

Hospitalsenhed Midt. "Samarbejdsproblemer i patientsikkerhedssag fører til påtænkt afskedigelse". D. 27. april 2020. Se bilag 1.

Hospitalsenhed Midt. "Styrelsen for Patientsikkerhed afslutter lavdosis-CT". D. 19. maj 2021. https://www.hospitalsenhedmidt.dk/presse-og-nyheder/nyheder/2021/styrelsen-for-patientsikkerhed-afslutter-lavdosis-ct/?fbclid=IwAR32wH26UZbbO--tQXeQq9tnZ1qNJfMdumluQyKIilpevznMIYPi6_Fa9uuY (besøgt d. 21. maj 2021).

Hospitalsenhed Midt. "Ulrich Fredberg indgår fratrædelsesaftale med hospitalsledelsen i Hospitalsenhed Midt". D. 28. april 2020. <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/presse-og-nyheder/nyheder/2020/ulrich->

- fredberg-indgar-fratradelsesaftale-med-hospitalsledelsen-i-hospitalsenhed-midt/ (besøgt d. 22. marts 2021)
- Niskanen, Susanne. "Et år senere: Historien om Fredberg-fyringen og det rigtige kræftforløb". *Midtjyllands Avis*, d. 24. april 2021. <https://www.midtjyllandsavis.dk/artikel/d9d694f4-78d9-4d9e-b168-62abfe9e0fe1/> (besøgt d. 17. maj 2021).
- Regeringen og Danske Regioner. "Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter". D. 12. oktober 2007. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Kraeft/Kraeftpakker/Historisk-overblik/Aftale-om-akut-handling-og-klar-besked.ashx?la=da&hash=E694D3DCC6869C5F912A660EBBBD7629C2643E6E> (besøgt d. 23. april 2021)
- Region Midtjylland. "Beslutning om lavdosis CT". D. 28. oktober 2020. <https://www.rm.dk/om-os/aktuelt/nyheder/nyheder-2020/oktober-20/beslutning-om-lavdosis-ct/> (besøgt d. 22. marts 2021).
- Region Midtjylland. "Brist i patientsikkerheden ved lungekræft-skanninger på Regionshospitalet Silkeborg". D. 28. april 2020. <https://www.rm.dk/om-os/aktuelt/nyheder/nyheder-2020/april-20/brist-i-patientsikkerheden-ved-lungekraft-skanninger-pa-regionshospitalet-silkeborg/> (besøgt d. 22. marts 2021)
- Region Midtjylland. "Hospitalsenhed Midt sender afsluttende redegørelse i sag om lavdosis-CT til Styrelsen for Patientsikkerhed". D. 19. oktober 2020. <https://www.rm.dk/om-os/aktuelt/nyheder/nyheder-2020/oktober-20/hospitalsenhed-midt-sender-afsluttende-redegorelse-i-sag-om-lavdosis-ct-til-styrelsen-for-patientsikkerhed/> (besøgt d. 22. marts 2021)
- Sundhedsstyrelsen. "Vedr. henvendelse til Sundhedsstyrelsen af 20. februar 2020". D. 28. februar 2020. https://www.rm.dk/siteassets/om-os/aktuelt/2020/09-september/sundhedsstyrelsens-svar-til-region-midtjylland_henvendelse-af-20022020.pdf (besøgt d. 22. marts 2021)
- TV2 Østjylland. "Onsdag d. 29. apr. 2020 - 19:30. Nyhedsudsendelse". <https://www.tv2ostjylland.dk/arkiv?date=2020-04-29> (besøgt d. 22. marts 2021).

PRESSE:

Samarbejdsproblemer i patientsikkerhedssag fører til påtænkt afskedigelse

Hospitalsledelsen ved Hospitalsenhed Midt har meddelt ledende overlæge ved Diagnostisk Center, Ulrich Fredberg, at man påtænker at afskedige ham. Hospitalsledelsen tager dette skridt på grund af omfattende samarbejdsproblemer i en sag, hvor en række patienter ikke er blevet tilbudt den rigtige skanning for lungekræft, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Mindst 93 patienter skal tilbydes ny skanning for lungekræft.



Diagnostisk Center på Regionshospitalet Silkeborg har siden sommeren 2015 tilbudt lavdosis-CT-skanning til udredning af patienter med beskeden mistanke om lungekræft. Siden indledning af projektet har der været omfattende faglig diskussion af tilbuddet, herunder har det nationale selskab for lungekræft (DLCG), Sundhedsstyrelsen faglige rådgiver på feltet, udtalt sig kritisk om brugen af lavdosis-CT ved selv lille mistanke om lungekræft i 2017 og 2019.

Forskning fra andre lande viser, at der er kendt risiko for både falsk positive resultater og falsk negative (overset lungekræft) ved brugen af lavdosis-CT. I stedet har DLCG anbefalet fuld CT-skanning af brystkassen og maven ved selv lille mistanke om lungekræft. Sundhedsstyrelsen gjorde DLCG's anbefaling til gældende retningslinje for lungekræftpakkerne 1. april 2019.

På trods af denne retningslinje har Diagnostisk Center under lægelig ledelse af Ulrich Fredberg fortsat givet praktiserende læger mulighed for henvisning til LDCT ved "Mistanke om lungekræft på grund af ikke-specifikke, vage symptomer, rygning mv, hvor henvisningskriteriet til lungekræftpakken ikke er opfyldt." Samtidig har Diagnostisk Center ikke haft visitationsinstrukser, som sikrede visitation til den rette skanningstype for hver enkelt patient i henhold til SST-retningslinjerne.

Der er derfor patienter, som ikke har fået den rigtige skanning jf. Sundhedsstyrelsens kræftpakke-vejledning, og patienternes sikkerhed har dermed været bragt i fare. Praktiserende læger har alene fulgt de henvisningskriterier og tilbud, som Diagnostisk Center har stillet til rådighed. Sagen vedrører alene interne forhold i Diagnostisk Center.

Ulrich Fredberg har undladt at følge Sundhedsstyrelsens retningslinjer, selvom han har oplyst hospitalsledelsen om, at retningslinjerne overholdes. Han har derudover undladt at overholde en aftale om levere publicerede data og forskningsresultater, som ville kunne berettige fortsat brug af LDCT. Samtidig har Ulrich Fredberg modarbejdet at genoprette patientsikkerheden. Han har ikke ønsket at orientere patienterne direkte om, at de bør genundersøges, selvom Styrelsen for Patientsikkerhed har anbefalet en sådan kontakt.

Manglende resultater og data

Hvis man vælger at fravige Sundhedsstyrelsens kræftpakkevejledning, kan det kun lade sig gøre som led i et forskningsprojekt, hvor konsekvenserne for patienterne afdækkes hurtigt. Forskning kan afklare, om lavdosis-CT-skanning er et tilstrækkeligt tilbud sammenlignet med Sundhedsstyrelsen anbefaling om fulddosis CT-skanning.

Diagnostisk Center under Ulrich Fredbergs ledelse accepterede 27. oktober 2017 en aftale med Region Midtjyllands direktion om at producere denne forskning i et omfattende forskningsprogram. Det blev aftalt, at de første data fra forskningen skulle præsenteres allerede tre måneder senere, det vil sige i januar 2018.

Ulrich Fredberg har dog endnu ikke leveret disse data eller resultater fra Diagnostisk Center trods gentagne rykkere. Der foreligger derfor ingen publiceret eller på anden vis offentlig tilgængelig dokumentation for brugen af lavdosis-CT i Diagnostisk Center, herunder ingen valideret viden om risici og fordele for patienter ved centrets praksis.

DLCG's årsrapporter viser, at Diagnostisk Center fra 2016 har fundet flere patienter med lungekræft i tidligere stadier og et konstant antal patienter i senere stadier af sygdommen sammenlignet med andre hospitaler. På grund af de manglende publicerede data er der ikke dokumentation for, at de tidlige fund skyldes brugen af lavdosis-CT.

Lavdosis-CT-tilbud stoppet

I slutningen af december 2019 udtaler DLCG sig for anden gang kritisk om Diagnostisk Centers brug af lavdosis-CT i udredning for lungekræft, og bemærker, at denne ikke overholder den gældende kræftpakke-vejledning. Hospitalsledelsen beder i begyndelsen af januar 2020 Diagnostisk Center om at redegøre for brugen af lavdosis-CT. I redegørelsen, som skrives af Ulrich Fredberg, fremgår det, at de aftalte data og resultater stadig planlægges, og at projektet ikke har været anmeldt som forskningsprojekt.

Hospitalsledelsen søger rådgivning hos Sundhedsstyrelsen i februar 2020. Styrelsen deler DLCG's opfattelse af, at lavdosis-CT ikke er en tilstrækkelig skanning af patienter med mistanke om lungekræft i henhold til kræftpakke-vejledningen. Derfor stopper hospitalsledelsen den 4. marts 2020 tilbuddet om lavdosis-CT-skanning til patienter, som var formuleret som 'Patienter med mistanke om lungekræft på grund af ikke-specifikke vage symptomer, rygning mv., hvor lungekræftpakken ikke er opfyldt'.

Hospitalsledelsen søger samtidig rådgivning fra Styrelsen for Patient-sikkerhed, som anmoder hospitalsledelsen om at sikre, at der ikke er patienter, som er visiteret til lavdosis-CT, men som burde være visiteret til fulddosis-CT med kontrast i Diagnostisk Center.

Intern kvalitetsundersøgelse

I en intern task force planlægges denne interne kvalitetsundersøgelse i samarbejde med centerledelsen i Diagnostisk Center, herunder Ulrich Fredberg i marts 2020. Der arrangeres gennemgang af 625 patienters forløb hos Diagnostisk Center samt mulighed for 2. opinion hos Odense Universitetshospital.

Gennemgangen afdækker, hvilken skanning, de 625 patienter burde have været tilbudt, visiteret i forhold til de symptomer, som praktiserende læge har oplyst i henvisningerne af patienterne. Der er tale om 625 patienter, som har fået tilbudt lavdosis-CT, siden den nye kræftpakke-vejledning trådte i kraft i april 2019.

Undervejs i task force-arbejdet i marts og april samt i mails til hospitalsledelsen fastholder Ulrich Fredberg, at tilbuddet om lavdosis-CT har været og fortsat er fagligt forsvarligt ved lille mistanke om lungekræft – modsat Sundhedsstyrelsens rådgivende svar til hospitalsledelsen i februar 2020.

Ulrich Fredberg udviser modstand mod arbejdet og ønsker ikke at underskrive breve til patienter og deres praktiserende læger. Brevene beskriver, at patienterne bør tage imod en ny skanning, fordi deres tidligere lavdosis-CT-skanning ikke har været tilstrækkelig.

Ulrich Fredberg udviser desuden illoyalitet mod hospitalsledelsens beslutninger i kvalitetsundersøgelsen ved at kontakte blandt andet Styrelsen for Patientsikkerhed uden hospitalsledelsens vidende for at give sin udlægning af sagen – efter at hospitalsledelsen telefonisk har aftalt rammerne for kvalitetsgennemgangen med styrelsen og har informeret Ulrich Fredberg om disse.

Dertil kommer, at Ulrich Fredberg internt i Diagnostisk Center fortsat argumenterer for at opretholde lavdosis-CT-tilbuddet og visitation af patienter hertil. Dette til trods for, at hospitalsledelsen har besluttet at stoppe tilbuddet for i stedet at følge Sundhedsstyrelsens vejledning og visitere patienter til lungekræftpakkens fulddosis CT-skanning.

-Det er vores samlede vurdering, at vi ikke kan forvente, at ledende overlæge, Ulrich Fredberg, vil samarbejde loyalt med hospitalsledelsen. Selv ikke når henstillingerne bygger på faglig rådgivning fra Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Dette skal ses i sammenhæng med tidligere samarbejdsproblemer mellem Ulrich Fredberg og både nuværende og tidligere hospitalsledelse relateret til andre emner også. Der er ingen tvivl om, at Ulrich Fredberg med sin kompromisløse tilgang har været med til at drive mange udviklingsinitiativer i Diagnostisk Center. Men desværre også været kilde til væsentlige samarbejdsproblemer. Samarbejdsproblemer må i sidste ende ikke risikere at koste patienternes sikkerhed. Derfor tager vi nu dette alvorlige skridt, siger lægefaglig direktør ved Hospitalsenhed Midt, Claus Brøckner Nielsen.

Hospitalsledelsen har derfor indkaldt Ulrich Fredberg til samtale den 28. april 2020.

93 patienter til ny skanning

Gennemgang af de 625 patienter har vist behov for at tilbyde indtil videre 93 patienter en ny skanning, denne gang fulddosis CT-skanning. Fire patienter er indtil videre henvist til kræftpakke, og en patient har fået konstatere lungekræft. Mange af patienternes videre forløb er fortsat i proces.

Hospitalsledelsen afrapporterer status på kvalitetsundersøgelsen hver måned frem til, at endelig status foreligger, forventeligt efter sommerferien 2020.

Hospitalsledelse kan flytte til Regionshospitalet Silkeborg

Såfremt der viser sig behov for det, vil hospitalsledelsen henlægge sin tilstedeværelse i stort omfang til hospitalet i Silkeborg i den kommende tid.

Her vil medlemmer af hospitalsledelsen i så fald være til stede for at deltage ved morgenkonferencer, holde møder med centerledelsen, ledergruppen med videre og understøtte den særlige situation, der er på hospitalet dels på grund af Covid-19 og dels på grund af den nye situation i centerledelsen i Diagnostisk Center.

Fakta:

Link til DLCG's udtalelse om brug af lavdosis-CT i Diagnostisk Center, 11. december 2019.

<https://www.lungecancer.dk/wp-content/uploads/2019/12/Vedr-brug-af-LD-CT-ved-mistanke-om-lungekr%C3%A6ft-udtalelse-fra-DLCGs-Bestyrelse-Dec.-2019.pdf>

Yderligere oplysninger:

Claus Brøckner Nielsen, Lægefaglig direktør, Hospitalsenhed Midt, kontakt via tlf. 51836020 fra onsdag morgen



Side 4

BILAG 2

Bilag 2

500 af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelser

Afgørelserne er vist med sagsnummer og offentliggørelsesdato. 137 afgørelser er markeret med rød: I disse afgørelser inddrager Disciplinærnævnet udtrykkeligt Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. i sit bedømmelsesgrundlag. 56 afgørelser er markeret med stjerne*: I disse afgørelser inddrager Disciplinærnævnet vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Vejledende og principielle afgørelser (antal: 424)

21DNU06 (8. marts 2021)	20DNU25 (9. september 2020)	181202 (20. marts 2018)
21DNU05 (8. marts 2021)	20DNU24 (4. september 2020)	181201 (20. marts 2018)
21DNU03 (8. februar 2021)	20DNU23 (4. september 2020)	180901 (28. februar 2018)
21DNU02 (27. januar 2021)	20DNU21 (19. august 2020)	180601 (8. februar 2018)
20DNU54 (6. januar 2021)	20DNU18 (8. juni 2020)	175002 (22. december 2017)
20DNU55 (6. januar 2021)	20DNU17 (4. juni 2020)	174402 (24. november 2017)
20DNU57 (6. januar 2021)	20DNU16 (15. maj 2020)	174401 (2. november 2017)*
20DNU60 (6. januar 2021)*	20DNU14 (6. maj 2020)	174301 (2. november 2017)*
20DNU59 (6. januar 2021)	20DNU13 (5. maj 2020)	174102 (20. oktober 2017)
20DNU58 (6. januar 2021)	20DNU12 (1. maj 2020)	174101 (20. oktober 2017)
20DNU56 (6. januar 2021)	20DNU11 (27. april 2020)	173801 (22. september 2017)
20DNU62 (6. januar 2021)	20DNU10 (27. april 2020)*	173601 (14. september 2017)
21DNU01 (5. januar 2021)	20DNU09 (22. april 2020)*	173602 (14. september 2017)*
20DNU61 (5. januar 2021)	20DNU08 (19. marts 2020)	173603 (14. september 2017)
20DNU51 (17. december 2020)	20DNU07 (19. marts 2020)	173501 (14. september 2017)
20DNU52 (17. december 2020)	20DNU05 (19. marts 2020)	172801 (14. juli 2017)*
20DNU53 (16. december 2020)	20DNU03 (10. marts 2020)	172704 (12. juli 2017)
20DNU50 (1. december 2020)	20DNU02 (25. februar 2020)	172705 (12. juli 2017)
20DNU48 (1. december 2020)	20DNU01 (14. januar 2020)	172703 (12. juli 2017)
20DNU45 (24. november 2020)	19DNU06 (27. november 2019)	172702 (12. juli 2017)
20DNU44 (17. november 2020)	19DNU05 (8. november 2019)	172701 (12. juli 2017)
20DNU39 (4. november 2020)	19DNU04 (3. september 2019)	172401 (16. juni 2017)
20DNU43 (29. oktober 2020)	19DNU03 (13. juni 2019)	172302 (15. juni 2017)
20DNU41 (29. oktober 2020)	19DNU02 (26. april 2019)	172201 (8. juni 2017)*
20DNU42 (28. oktober 2020)	183703UN (3. december 2018)*	171801 (11. maj 2017)
20DNU40 (27. oktober 2020)	183702UN (3. december 2018)*	171402 (7. april 2017)
20DNU38 (16. oktober 2020)*	183701 (19. september 2018)	171403 (7. april 2017)
20DNU37 (12. oktober 2020)	183603 (19. september 2018)*	171401 (7. april 2017)
20DNU36 (9. oktober 2020)	183602 (19. september 2018)	171103 (7. april 2017)
20DNU35 (9. oktober 2020)	183601 (19. september 2018)	171101 (7. april 2017)*
20DNU34 (2. oktober 2020)	182103 (14. juni 2018)	171102 (30. marts 2017)
20DNU33 (1. oktober 2020)	182102 (14. juni 2018)	170901 (8. marts 2017)
20DNU29 (17. september 2020)	182101 (14. juni 2018)	170801 (27. februar 2017)*
20DNU28 (15. september 2020)	181001 (9. maj 2018)*	170401 (30. januar 2017)
20DNU22 (15. september 2020)	181502 (11. april 2018)	165001 (23. januar 2017)
20DNU27 (14. september 2020)	181501 (11. april 2018)	164101 (23. januar 2017)
20DNU26 (9. september 2020)	181401 (11. april 2018)	163801 (23. januar 2017)

164002 (23. januar 2017)	152901 (28. august 2015)	150302 (26. maj 2015)
164004 (23. januar 2017)	152401 (28. august 2015)*	150301 (26. maj 2015)*
163502 (23. januar 2017)	152904 (21. august 2015)	145104 (9. januar 2015)
164003 (23. januar 2017)	150603 (21. august 2015)	144402 (9. januar 2015)*
164402 (23. januar 2017)	152902 (19. august 2015)	144302 (9. januar 2015)*
164701 (23. januar 2017)	152903 (19. august 2015)	144801 (16. december 2014)
164005 (23. januar 2017)	150601 (19. august 2015)	144601 (10. december 2014)
164403 (23. januar 2017)	150602 (19. august 2015)	144403 (10. december 2014)
165101 (23. januar 2017)	15802 (19. august 2015)	144401 (10. december 2014)
165003 (23. januar 2017)	150801 (19. august 2015)	144404 (10. december 2014)
164401 (23. januar 2017)*	145102 (17. juli 2015)*	144901 (10. december 2014)
164404 (23. januar 2017)*	145101 (17. juli 2015)	143902 (31. oktober 2014)
164703 (23. januar 2017)	145103 (26. maj 2015)	144301 (31. oktober 2014)
170101 (19. januar 2017)	145105 (26. maj 2015)	143801 (31. oktober 2014)
165002 (19. januar 2017)	151618 (26. maj 2015)	144102 (31. oktober 2014)
164901 (19. januar 2017)	151617 (26. maj 2015)	144101 (31. oktober 2014)
165004 (19. januar 2017)	151616 (26. maj 2015)	143901 (25. september 2014)
164702 (13. januar 2017)	151615 (26. maj 2015)	142902 (25. september 2014)
162002 (8. juli 2016)	151614 (26. maj 2015)	143002 (22. september 2014)
162606 (4. juli 2016)	151613 (26. maj 2015)	143001 (22. september 2014)
162605 (4. juli 2016)	151612 (26. maj 2015)*	142401 (22. september 2014)
162604 (4. juli 2016)	151611 (26. maj 2015)	140806 (22. juli 2014)
162603 (4. juli 2016)*	151610 (26. maj 2015)	142705 (18. juli 2014)
162602 (4. juli 2016)	151608 (26. maj 2015)*	134603 (14. juli 2014)
162201 (4. juli 2016)	151607 (26. maj 2015)*	140810 (14. juli 2014)
162001 (4. juli 2016)	151606 (26. maj 2015)*	140809 (14. juli 2014)
161801 (4. juli 2016)	151605 (26. maj 2015)*	142701 (14. juli 2014)
161601 (21. april 2016)	151604 (26. maj 2015)*	142203 (6. juni 2014)
161301 (13. april 2016)	151603 (26. maj 2015)*	142202 (6. juni 2014)
161101 (17. marts 2016)	151602 (26. maj 2015)	142204 (6. juni 2014)
161001 (17. marts 2016)*	151601 (26. maj 2015)	142201 (6. juni 2014)
160502 (17. marts 2016)	150327 (26. maj 2015)	140807 (27. maj 2014)
160401 (17. marts 2016)	150326 (26. maj 2015)	141801 (27. maj 2014)*
160402 (17. marts 2016)	150325 (26. maj 2015)	141201 (27. maj 2014)
155201 (21. januar 2016)	150324 (26. maj 2015)	141202 (27. maj 2014)
155103 (21. januar 2016)	150323 (26. maj 2015)	141203 (27. maj 2014)
155101 (21. januar 2016)	150322 (26. maj 2015)*	141401 (27. maj 2014)
155102 (21. januar 2016)	150321 (26. maj 2015)	140805 (5. marts 2014)
155002 (21. januar 2016)*	150320 (26. maj 2015)*	140808 (5. marts 2014)
155001 (21. januar 2016)*	150318 (26. maj 2015)*	140811 (5. marts 2014)
154901 (10. december 2015)	150317 (26. maj 2015)	140804 (5. marts 2014)
154401 (10. november 2015)*	150316 (26. maj 2015)	133001 (20. januar 2014)
154003 (10. november 2015)	150315 (26. maj 2015)*	133302 (20. januar 2014)
153901 (10. november 2015)	150312 (26. maj 2015)	134609 (13. januar 2014)
154201 (10. november 2015)	150311 (26. maj 2015)	134102 (13. januar 2014)
154002 (10. november 2015)	150310 (26. maj 2015)*	140201 (8. januar 2014)
154402 (10. november 2015)	150309 (26. maj 2015)*	134605 (6. december 2013)
154001 (10. november 2015)	150308 (26. maj 2015)*	134802 (6. december 2013)*
154403 (10. november 2015)	150307 (26. maj 2015)*	134801 (6. december 2013)
153702 (22. september 2015)	150306 (26. maj 2015)*	134608 (6. december 2013)
153602 (11. september 2015)	150305 (26. maj 2015)*	134604 (6. december 2013)
142902 (28. august 2015)	150304 (26. maj 2015)*	134602 (6. december 2013)
145002 (28. august 2015)	150303 (26. maj 2015)*	134601 (6. december 2013)

134101 (9. oktober 2013)	1189717 (15. maj 2013)	1190913 (15. maj 2012)
1292914 (7. oktober 2013)	1292539 (15. maj 2013)	1190905 (15. maj 2012)
1294005 (7. oktober 2013)	1189718 (5. februar 2013)*	1189801 (15. maj 2012)
1292611 (7. oktober 2013)	1191609 (5. februar 2013)	1189816 (15. maj 2012)
134001 (7. oktober 2013)*	1191524 (5. februar 2013)	1190327 (15. maj 2012)
133601 (7. oktober 2013)	1190005 (5. februar 2013)	1191230 (15. maj 2012)
1293817 (7. oktober 2013)	1189806 (5. februar 2013)	1191712 (26. april 2012)
131010 (7. oktober 2013)*	1081707P (19. november 2012)	1191708 (26. april 2012)
131101 (7. oktober 2013)	12F001 (19. november 2012)	1191706 (26. april 2012)
133101 (7. oktober 2013)	12F003 (15. november 2012)	1291902 (20. april 2012)
133201 (22. august 2013)	12F002 (15. november 2012)	1291810 (20. april 2012)
131114 (22. august 2013)	1083011P (15. november 2012)	1191725 (20. april 2012)
133009 (19. august 2013)	09777703P (15. november 2012)	1191718 (20. april 2012)
131109 (19. august 2013)	1082918P (15. november 2012)	1189704 (12. april 2012)
131005 (19. august 2013)	1187609P (15. november 2012)	1189621 (12. april 2012)
133004 (16. august 2013)	1190009P (15. november 2012)	1189620 (12. april 2012)
131111 (16. august 2013)	1085729P (15. november 2012)	1189526 (12. april 2012)
131006 (16. august 2013)	1084816P (15. november 2012)	1189516 (12. april 2012)
131006 (16. august 2013)	1188014P (15. november 2012)	1189515 (12. april 2012)
1293112 (23. juli 2013)	1085008P (15. november 2012)	1189503 (12. april 2012)
1291824 (23. juli 2013)	1190002P (15. november 2012)	1189423 (12. april 2012)
1292621 (23. juli 2013)	1081802P (15. november 2012)	1189410 (12. april 2012)
1292518 (23. juli 2013)*	1187410P (14. november 2012)	1189316 (12. april 2012)
1293812 (23. juli 2013)	1188611P (14. november 2012)	1188713 (12. april 2012)
131107 (23. juli 2013)	1191521P (14. november 2012)	1188616 (12. april 2012)
131110 (23. juli 2013)	1084814P (14. november 2012)	1188414 (12. april 2012)
131108 (23. juli 2013)	1186924P (14. november 2012)	1188411 (12. april 2012)
131113 (23. juli 2013)	1084622P (14. november 2012)	1188311 (12. april 2012)
131008 (23. juli 2013)	1081726P (14. november 2012)	1188301 (12. april 2012)
131106 (23. juli 2013)*	1188607P (14. november 2012)	1188124 (12. april 2012)
131007 (23. juli 2013)	1082924P (14. november 2012)	1188105 (12. april 2012)
131102 (23. juli 2013)	1079313P (14. november 2012)	1188019 (12. april 2012)
131009 (23. juli 2013)	1293703P (14. november 2012)	1187916 (12. april 2012)
131104 (23. juli 2013)	1081706P (14. november 2012)	1187822 (12. april 2012)
1292920 (23. juli 2013)	1083014P (14. november 2012)	1187607 (12. april 2012)
131012 (23. juli 2013)	1084615P (14. november 2012)	1187606 (12. april 2012)
1189721 (13. juni 2013)	1080904P (14. november 2012)	1187518 (12. april 2012)
1293107 (13. juni 2013)	1190121 (1. august 2012)	1187512 (12. april 2012)
1292901 (13. juni 2013)	1189205 (1. august 2012)	1187308 (12. april 2012)
1293510 (24. maj 2013)	1189311 (1. august 2012)	1187303 (12. april 2012)
131116 (16. maj 2013)	1189427 (1. august 2012)	1187427 (12. april 2012)
131001 (16. maj 2013)	1190114 (1. august 2012)	1187422 (10. april 2012)
131112 (16. maj 2013)	1190118 (1. august 2012)	1186917 (10. april 2012)
1293709 (16. maj 2013)	1190008 (12. juli 2012)	1186723 (10. april 2012)
131103 (16. maj 2013)	1190716 (12. juli 2012)	1187615 (21. juni 2011)
1293129 (15. maj 2013)	1190708 (12. juli 2012)	1186917 (21. juni 2011)
1293515 (15. maj 2013)	1188723 (12. juli 2012)	1186714 (17. juni 2011)
1293508 (15. maj 2013)	1190104 (12. juli 2012)*	1186713 (17. juni 2011)
1190105 (15. maj 2013)	1188102 (12. juli 2012)	1186523 (17. juni 2011)
129813 (15. maj 2013)	1188905 (18. juni 2012)	1186522 (17. juni 2011)
1293711 (15. maj 2013)	1188906 (18. juni 2012)	
1292617 (15. maj 2013)	1190911 (15. maj 2012)	

Afgørelser med navn (antal: 76)

20DNM82 (28. oktober 2020)	19DNM29 (18. december 2019)
20DNM83 (28. oktober 2020)	19DNM28 (18. december 2019)
20DNM75 (15. oktober 2020)	19DNM26 (11. december 2019)
20DNM76 (15. oktober 2020)	19DNM25 (11. december 2019)
20DNM80 (13. oktober 2020)	19DNM24 (9. december 2019)
20DNM79 (13. oktober 2020)	19DNM22 (3. december 2019)
20DNM78 (13. oktober 2020)	19DNM21 (3. december 2019)
20DNM77 (9. oktober 2020)	19DNM20 (3. december 2019)
20DNM74 (28. september 2020)	19DNM17 (26. november 2019)
20DNM73 (25. september 2020)	19DNM16 (13. november 2019)
20DNM71 (7. september 2020)	19DNM15 (7. oktober 2019)
20DNM69 (3. september 2020)	19DNM14 (12. september 2019)
20DNM68 (3. september 2020)	19DNM13 (5. september 2019)
20DNM67 (3. september 2020)	19DNM12 (3. september 2019)
20DNM66 (3. september 2020)	19DNM11 (13. august 2019)
20DNM62 (23. juni 2020)	19DNM10 (10. juli 2019)
20DNM56 (11. juni 2020)	19DNM09 (2. juli 2019)
20DNM55 (10. juni 2020)	19DNM08 (19. juni 2019)
20DNM53 (8. juni 2020)	19DNM07 (18. juni 2019)
20DNM50 (3. juni 2020)	19DNM06 (28. maj 2019)
20DNM51 (3. juni 2020)	19DNM05 (28. maj 2019)
20DNM49 (3. juni 2020)	19DNM04 (28. maj 2019)
20DNM52 (3. juni 2020)	19DNM01 (26. april 2019)
20DNM47 (18. maj 2020)	183740N (19. marts 2019)
20DNM46 (18. maj 2020)	183739N (19. marts 2019)
20DNM45 (18. maj 2020)	183738N (19. marts 2019)
20DNM39 (11. maj 2020)	
20DNM38 (6. maj 2020)	
20DNM37 (6. maj 2020)	
20DNM36 (6. maj 2020)	
20DNM35 (5. maj 2020)	
20DNM31 (1. maj 2020)	
20DNM33 (28. april 2020)	
20DNM34 (27. april 2020)*	
20DNM30 (24. april 2020)	
20DNM20 (10. marts 2020)	
20DNM19 (10. marts 2020)	
20DNM22 (10. marts 2020)	
20DNM21 (10. marts 2020)	
20DNM17 (10. marts 2020)	
20DNM25 (10. marts 2020)	
20DNM24 (10. marts 2020)*	
20DNM16 (10. marts 2020)	
20DNM11 (24. februar 2020)	
20DNM10 (20. februar 2020)	
20DNM09 (20. februar 2020)	
20DNM03 (6. februar 2020)	
20DNM02 (24. januar 2020)	
19DNM32 (19. december 2019)	
19DNM30 (18. december 2019)	