

## Kapitel 7. TILSYN OG KLAGESAGER

### Tilsyn

I henhold til §7, stk. 3, §9, stk. 2 i Inatsisartutlov nr. 27 af 18. november 2010 om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer og §7 i Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 1 af 4. januar 1996 om Embedslægeinstitutionens (nu Landslægeembedets) virke fører Landslægeembedet tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, som udøves af det autoriserede sundhedspersonale tillige med andet sundhedsfagligt uddannet personale, som ikke har autorisation.

Tilsynssager rejses af Landslægeembedet på baggrund af for eksempel henvendelser fra patienter, personale, afdelings-/områdeledelser, regionsledelser m.m., men kan også være begrundet i sager fremført i medier eller eksempelvis ved pludselige uventede dødsfald. Flere sager rejses af Landslægeembedet ved gennemgang af de lovpligtige indberetninger som eksempelvis dødsattester.

Tilsynet kan være rettet mod sygehusfunktioner, for eksempel i forhold til håndteringen af kopieringspligtig medicin, men det er overvejende rettet mod den enkelte sundhedspersons udøvelse af den sundhedsfaglige virksomhed. Personlige forhold som eksempelvis alkoholmisbrug og psykisk sygdom har indflydelse på virksomheden, hvorfor disse indgår som et væsentligt led i tilsynet.

I 2013 oprettede Landslægeembedet 9 nye tilsynssager. Sagerne blev rejst med følgende baggrunde: uventet dødsfald, fejloperation, baggrunden for en lægeerklæring, sygeplejerskes adfærd og sundhedsfaglige behandling, alternativ behandleres anvendelse af receptpligtig medicin, alkoholmisbrug, fremmøde i alkoholpåvirket tilstand, manglende dansk autorisation samt om autorisation var uden anmærkninger. 4 sager blev afsluttet i 2013.

Landslægeembedet havde i 2013 planlagt et tilsynsbesøg i Tasiilaq, som blev aflyst på grund af dårligt vejr.

### Klager

Landslægeembedet behandler patientklagesager vedrørende sundhedsfaglig behandling i henhold til §9, stk. 4 i Inatsisartutlov nr. 27 af 18. november 2010 om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer, §11 a og b i Inatsisartutlov nr. 2 af 29. maj 2012 om ændring af Inatsisartutlov om sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer (Klage til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn), Selvstyrets bekendtgørelse nr. 14 af 24. september 2012 om klage til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn samt Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 1 af 4. januar 1996 om Embedslægeinstitutionens (nu Landslægeembedets) virke § 14-18.

Behandlingen af klagesager er hidtil sket på vegne af og i et nært samarbejde med Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (PKN) i Danmark som indtil 1. januar 2011 havde afgørelseskompetencen i klagesager.

Fra 1. januar 2011 blev PKN nedlagt, og opgaven overgik til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i Patientombuddet i Danmark. Der blev rejst tvivl om det lovgrundlag, der skulle give Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn kompetence til at behandle sager, hvor der er klaget over behandling foretaget i Grønland, og den videre behandling af klagerne lå stille i hele 2011 og indtil 1. oktober 2012, hvor bekendtgørelse nr. 14 af 24. september 2012 om klage til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn trådte i kraft.

I medfør af bekendtgørelsens §8 trådte en ny forældelsesfrist desuden i kraft. Som hidtil skal en klage være indgivet inden 2 år efter det tidspunkt, hvor klageren var eller burde være bekendt med det forhold, der klages over. Som noget nyt skal klagen senest indgives 5 år efter den dag, hvor klageforholdet har fundet sted. Der er tale om en absolut forældelsesfrist, hvilket vil sige, at man ikke længere kan klage over forløb, der ligger mere end 5 år tilbage, uanset hvornår man er blevet opmærksom på, at der kunne være begået fejl.

Landslægeembedets opgave er at foretage en undersøgelse med henblik på at belyse sagerne. I de tilfælde hvor klagen kan bero på misforståelser søges disse udredt, eventuelt ved at der etableres kontakt mellem patienten og den indklagede medicinalperson.

Uanset klagens omfang er Landslægeembedet forpligtet til at gennemføre en komplet sagsbehandling.

### Forløbet i Landslægeembedets klagesagsbehandling

Når journalmateriale og udtalelser fra sagens parter er indhentet, udarbejdes en nøje sagsfremstilling, hvori Landslægeembedet lægger vægt på at beskrive de grønlandske forhold og vilkår, som har betydning for den konkrete sag, og som nævnet ikke umiddelbart kan forventes at kende til. Sagsfremstilling og Landslæge-

embedets vurdering og indstilling til afgørelse vil herefter blive fremsendt til sagsbehandling i Patientombudet, som kan indhente udtalelser fra relevante specialsagkyndige, foretage partshøring med mere, inden klagen forelægges Sundhedsvæsenets disciplinærnævn til endelig afgørelse.

Landslægeembedet kan som specialsagkyndig i de særlige grønlandske vilkår indenfor sundhedsvæsenet fremkomme med udtalelse til nævnets forslag til afgørelse.

Der blev i 2013 rejst 103 nye klagesager. I alt blev 122 sager afsluttet. 2 tilsynssager og 99 klagesager blev afgjort af Disciplinærnævnet, og heraf blev 20 sager afvist af nævnet på grund af forældelse. 3 sager blev afvist, da nævnet ikke havde kompetence til at behandle sagerne, eksempelvis klager over forløb i Pituffik, som er amerikansk jurisdiktion.

13 klager blev videresendt til anden relevant myndighed, og 4 blev henlagt, fordi klager ikke kom med fuldmagt eller uddybende oplysninger, der var nødvendige, for at sagen kunne behandles. En sag bundede i en misforståelse, som blev afklaret, og en sag blev trukket af klager.

Disciplinærnævnet fandt grundlag for kritik i 24 sager i 2013. Det følgende er en kort beskrivelse af de sager, hvori nævnet har givet kritik i 2013:

1. En læge fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens §6 stk. 1 for sin undersøgelse og behandling af en 15 årig pige, der blev akut indlagt i stærkt bevidsthedssvækket tilstand. Pigen havde epilepsi og psykiske symptomer, som hun fik medicinsk behandling for. Det blev oplyst, at hun havde indtaget overdosis af psykofarmaka samt 95 stk 100 mg jerntabletter, og hun havde tegn på svær medicinforgiftning. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn fandt, at lægen foretog utilstrækkelig undersøgelse af pigen ved indlæggelsen. Videre foretog lægen ikke tilstrækkelig undersøgelse og relevant behandling i de følgende dage, da pigens tilstand blev forværret. Lægen iværksatte ikke intensiv behandling. Ifølge en obduktionsrapport døde pigen af medicinforgiftning. Disciplinærnævnet fandt, at lægen havde handlet væsentligt under normen for almindelig anerkendt standard, og indskærpede lægen at udvise større omhu i sit fremtidige virke.
2. En læge fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens §6 stk. 1 for overdosering af BCG vaccination til et nyfødt barn. Lægen havde ikke tidligere indgivet vaccinationen og læste derfor brugsanvisningen. Vaccinen er en levende svækket vaccine mod tuberkulose, og det fremgår, at der skal indgives 0,05 ml, men lægen læste det som 0,5 ml. Lægen tog på forhånd givet, at ampullen med vaccinen indeholdt en mængde svarende til en dosis. Under injektionen blev lægen i tvivl og afbrød vaccinationen ved 0,35 ml. Lægen iværksatte herefter observation af barnet, og kontaktede specialafdeling. Selvom risikoen for sygdom var lille, blev det besluttet at sætte barnet i forebyggende behandling mod tuberkulose. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn lagde vægt på, at lægen straks afbrød indgiften, da han blev i tvivl og iværksatte det fornødne, da han konstaterede fejlen, men nævnet fandt, at lægen i forhold til vaccinationen handlede under normen for almindelig anerkendt standard.
3. En sundhedsmedhjælper fik hård kritik i forbindelse med en fødsel. Indledningsvist bemærkede nævnet, at journalføringen var sparsom, og påpegede sundhedsmedhjælperes forpligtelse til at føre ordnede optegnelser. Under fødslen havde sundhedsmedhjælperen udført hindsprængning uden at have rådført sig med jordemoder eller læge. Disciplinærnævnet lagde vægt på, at sundhedsmedhjælperen i henhold til de gældende perinatale retningslinjer skal rådføre sig med læge eller jordemoder og at denne skal ordineres af læge eller jordemoder. Da jordemoderen var syg på det pågældende tidspunkt, skulle medhjælperen således have rådført sig med den vagthavende læge. Der var fremfald af navlesnoren, og sundhedsmedhjælperen reponerede denne. Både sundhedsmedhjælperen og læge lyttede efter hjertelyd og fandt den god. Lægen forlod herefter fødestuen. Frem til selve fødslen blev der ikke lyttet efter hjertelyd, og der blev født et livløst barn, som det ikke lykkedes at genoplive. På denne baggrund fandt disciplinærnævnet, at sundhedsmedhjælperen ikke handlede fagligt korrekt og nævnet indskærpede, sundhedsmedhjælperen at udvise større omhu i sit fremtidige virke.
4. En læge fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin behandling af en kvinde, som havde fået fjernet sin livmoder. Efter indgrebet havde kvinden smerter og frisk blødning og henvendte sig flere gange. Det var Disciplinærnævnets vurdering, at lægen burde have foretaget fornyet underlivsundersøgelse anden gang, kvinden henvendte sig, da generne varede ved. Tre uger efter indgrebet havde kvinden sivende urin, og en fornyet undersøgelse viste en fistel (rørformet forbindelse) mellem skeden og urinvejene.
5. En sygeplejerske fik kritik i henhold til Landstingsforordning om sygeplejerskers autorisation og virke § 9 stk. 1 for sin behandling af en kvinde, der i forbindelse med et gynækologisk indgreb havde fået

lagt en meche og et kateter, der skulle fjernes den følgende morgen. Det fremgik ikke af optegnelserne, at både meche og kateter skulle fjernes ved udskrivelsen den følgende dag, hvorfor kun kateteret blev fjernet. Disciplinærnævnet fandt, at aftenvagten, som modtog informationen efter indgrebet, burde have sikret, at oplysningen om mechen blev givet videre til nattevagten enten ved at gøre opmærksom på, at det fremgik af opvågningsjournalen eller ved at overføre oplysningen til vandladningsskemaet. Da det ikke var muligt at identificere den ansvarlige sygeplejerske, blev afgørelsen sendt til den ledende sygeplejerske.

6. En læge og en sygeplejerske fik kritik i forbindelse med behandlingen af en mand med smerter i maven. Lægen fik kritik for manglede informeret samtykke, da han udskrev klager til fortsat medicinsk behandling i henhold til §23, jvf § 26, stk 2 i landstingsforordning om patienters retsstilling. Nævnet lagde vægt på, at samtykket skal gives på baggrund af fyldestgørende information om behandlingen, og nævnet lagde til grund, at klager ikke blev informeret om medicinen, indikation, virkning eller bivirkninger. To uger senere henvendte klager sig igen med mavesmerter og blev tilset af en sygeplejerske. Det fremgår ikke af journalen, hvilke undersøgelser og observationer, sygeplejersken foretog, og Disciplinærnævnet lagde vægt på, at sygeplejersken ikke foretog relevante observationer, for eksempel måling af puls, blodtryk og temperatur, ligesom hun ikke havde undersøgt maven, udført smertescor eller lignende. Nævnet fandt på den baggrund, at sygeplejersken handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard i henhold til Landstingsforordning om sygeplejerskers autorisation og virke § 9 stk. 1
7. En læge og en sygeplejerske fik kritik i henhold til §23, jvf § 26, stk 2 i landstingsforordning om patienters retsstilling for at have overtrådt deres tavshedspligt ved at informere skoleinspektøren på et skolehjem om en 14 årig piges abort samt om navnet på den 16 årige barnefader. Begge boede på skolehjemmet. Nævnet lagde vægt på, at der var tale om videregivelse af særlig følsomme oplysninger og fandt ikke, at videregivelsen var nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller var af hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre. Nævnet indskærpede lægen at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt, at sygeplejersken havde et selvstændigt ansvar for videregivelsen af oplysningerne, men at det var en formildende omstændighed, at sygeplejersken spurgte lægen til råds forud for videregivelsen.
8. En ortopædkirurg fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin behandling af et forskudt håndledsbrud. Lægen satte bruddets ender på plads ved åben operation, og anlagde herefter gipsskinne. Det var Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns vurdering, at et så forskudt håndledsbrud måtte anses for at være ustabil, og derfor skulle opereres med påpladssætning samt fiksering, da man risikerede, at bruddet skred. Såfremt man valgte at afstå fra fixering, skulle der være røntgenkontrol af bruddet mere end blot få uger efter operationen, idet sandsynligheden for at bruddet skred, var stor. Dette skete ikke, og nævnet fandt på den baggrund at lægen handlede under normen for almindelig anerkendt standard.
9. En ortopædkirurg fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin behandling af en skulderskade. Lægen superviserede ved operation af indeklemningssyndrom (impingement) med henblik på at skabe plads i skulderen, og ved operationen blev leddet mellem venstre skulderblad og kravebenet fjernet. Det var Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns vurdering, at der før en sådan operation skulle ske en undersøgelse af skulderens bevægelighed for at afklare, om der er impingement. Nævnet lagde vægt på, at der ikke blev foretaget tilstrækkelig undersøgelse før operationen, samt at operationen var utilstrækkelig. På den baggrund fandt nævnet, at lægen handlede under normen for almindelig anerkendt standard.
10. En tandlæge fik kritik i henhold til tandlægelovens § 12 for sin behandling af en patient, som klagede over vedvarende smerter. Tandlægen sleb en fyldning, som han mente var for stor. Da smerterne ikke svandt, fjernede tandlægen fyldningen og erstattede den. Patienten havde stadig smerter og fik ved en anden tandlæge på ny en ny fyldning i tanden. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn fandt det vanskeligt at aflægge, hvilken behandling tandlægen egentligt foretog, da journalføringen var yderst kortfattet og mangelfuld. Nævnet vurderede ud fra røntgenbilleder, at tandlægen burde have fremstillet en fyldning med bedre pasform. Nævnet fandt samlet, at tandlægen handlede under normen for normal faglig standard ved sin behandling samt ved sin journalføring heraf.
11. En sygeplejerske fik kritik i henhold til Landstingsforordning om sygeplejerskers autorisation og virke § 9 stk. 1 for sin behandling af en mand fra en bygd med hoste, feber og ondt i brystkassen. Sygeplejersken blev telefonisk kontaktet af bygdesundhedsarbejderen, som lyttede på lunger, målte blodtryk og puls og videregav oplysningerne til sygeplejersken. Informationerne blev videregivet via tolk. Sygeplejersken foreslog smertestillende medicin og at man skulle se an i nogle timer. Samme aften

blev sygeplejersken kontaktet igen, da patienten var blevet dårligere, og sygeplejersken tog kontakt til lægen. Patienten blev tiltagende dårlig og blev evakueret med helikopter, men afgik ved døden i løbet af natten. Disciplinærnævnet oplyste, at når en sygeplejerske skal vurdere en patients tilstand, skal dette gøre systematisk ved bla. at spørge ind til afføringsmønster, om patienten har spist og drukket normalt, hvad bevidsthedsniveauet er, om patienten er mobil, hvilken hudfarve patienten har og om der kan være mistanke om dehydrering. Alt dette kan vurderes på stedet af en sundhedsarbejder, såfremt denne instrueres her i. Videre fandt nævnet, at patientens blodtryk på 162/103 var klart for højt, samt at det ikke var fornuftigt at ordinere smertestillende, såfremt der var mistanke om lungebetændelse, idet det kunne sløre symptomerne. Nævnet vurderede på denne baggrund, at sygeplejersken handlede under normen for almindelig anerkendt standard. Nævnet fandt desuden, at sygeplejersken ikke havde foretaget tilstrækkelig journalføring af behandlingen. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den læge, der var involveret i forløbet.

12. En sygeplejerske fik kritik i henhold til Landstingsforordning om sygeplejerskers autorisation og virke § 9 stk. 1 for fejlagtig indgift af morfin til et barn. Barnet fik efter en operation ordineret smertestillende medicin i form af stikpiller. Da barnet i løbet af natten var smertepåvirket ordinerede en læge morfin som indsprøjtning ind i en åre (i.v.). Ifølge medicinkardex var ordinationen på 0,5 mg, mens det ifølge journalen var 0,3 mg morfin. Sygeplejersken gav fejlagtigt barnet 3 mg Morfin i.v. Sygeplejersken opdagede umiddelbart efter fejlen og kontaktede straks vagthavende læge, som iværksatte behandling med modgift og barnets vejrtrækning blev overvåget med fast vagt. Sygeplejersken oplyste, at hun tjekkede ampullen med morfin 3 gange, med hun opdagede først fejlen, mens hun gav morfinen. Disciplinærnævnet oplyste, at morfin er et potent præparat, der bør kontrolleres af to personer, når det indgives til et spædbarn. Nævnet vurderede, at sygeplejersken handlede væsentligt under normen for almindelig anerkendt standard, og nævnet indskærpede sygeplejersken at udvise større omhu i sit fremtidige virke.
13. En fysioterapeut fik kritik i henhold til § 7 stk.1 i Landstingsforordning af 1968 om terapiassistenter for sin journalføring af behandlingen af en patient. Fysioterapeuten udførte behandling af patienten, men først i forbindelse med, at patienten knap 1½ mdr. senere skulle tilbagehenvises til yderligere undersøgelse ved læge skrev fysioterapeuten retrospektivt notat for behandlingen ud fra hukommelsen. Det er Disciplinærnævnets opfattelse, at pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed omfatter en pligt til at føre journal over behandlingsforløb fortløbende og i umiddelbar tilknytning til behandling. Nævnet fandt således, at fysioterapeuten handlede under normen for almindelig anerkendt standard ved sin journalføring af behandlingen. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den udførte behandling.
14. En tandlæge fik kritik i henhold til tandlægelovens § 12 for isætning af en tandkrone på en patient, som havde knækket en tand. Tandens var tidligere rodbehandlet, og der var et lille hul i tandens ganeside. Det er Disciplinærnævnets opfattelse, at det er almindelig faglig standard, at kontrollere knogleforholdene med en røntgenoptagelse af den aktuelle tand, inden kronebehandling foretages. På den baggrund fandt nævnet, at tandlægen ikke foretog tilstrækkelige undersøgelser forud for kronebehandlingen. Videre var den nævnets opfattelse, at et efterfølgende røntgenbillede viste utilstrækkelig tilpasning langs kronekanten. Nævnet fandt samlet, at tandlægen handlede under normen for normal faglig standard ved at påsætte en krone, hvor kanten ikke passede.
15. En radiolog fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin vurdering af røntgenbillederne af en ankel, idet han ikke fandt tegn på brud. En uge efter kontaktede patienten på grund af vedvarende smerter læge igen, som på baggrund af svaret på røntgenbillederne gav aflastende og smertestillende behandling. 3 uger senere blev patienten henvist til fysioterapeut, som en måned efter fandt indirekte ømhed, og igen kontaktede læge. Et nyt røntgenbillede gav mistanke om et splintringsbrud, hvilket blev konstateret ved CT-scanning. Herefter ordinerede en ortopædkirurg total aflastning af foden i 3 mdr. Disciplinærnævnet vurderede ved gennemsyn af billederne, at der var et brud på hælbenet, som radiologen burde have set ved første undersøgelse. Nævnet fandt på den baggrund, at radiologen handlede under normen for almindelig anerkendt standard.
16. En læge fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens §13 stk. 2 for utilstrækkelig journalføring i forbindelse med sin undersøgelse og behandling af en patient med rygsmerter, idet der ikke forelå noget lægeligt journalnotat. Det fremgik dog, at lægen havde henvist klager til røntgenundersøgelse og efterfølgende havde forsøgt at videregive resultatet telefonisk. Det var Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns vurdering, at lægen foretog en tilstrækkelig og relevant behandling af klager.
17. En sygeplejerske fik kritik i henhold til Landstingsforordning om sygeplejerskers autorisation og virke § 9 stk. 1 for manglende journalføring i forbindelse med telefonisk vejledning af en kvinde, som hav-

de blod i afføringen og mavesmerter. Sygeplejersken vurderede, at kvinden ikke havde behov for akut tilsyn og bad hende henvende sig i åbningstiden den følgende dag. Det var Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns opfattelse, at de nævnte symptomer ikke nødvendigvis medfører behov for akut tilsyn af læge og vurderede på den baggrund, at sygeplejerskens sundhedsfaglige behandling var i overensstemmelse med almindelig anerkendt standard. Videre fandt nævnet ikke grundlag for kritik af den læge, der efterfølgende var involveret i forløbet.

18. En kirurg fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin behandling af en kvinde med vandladningsproblemer på grund af dissimineret slerose og derfor havde kateter. Kvinden ønskede at forsøge at tømme blæren selv, og herefter tømme for resturin med engangskateter (RIK). Ved undersøgelse på Rigshospitalet fandt man bedre blæretømning, og RIK kunne ophøre, dog skulle resturinmængde kontrolleres 1-2 gange ugentligt. Ved kontrol var kateterisation reduceret til en gang ugentligt med under 100 ml resturin. Lægen fandt på den baggrund, at engangskateterisation kunne stoppes. Det var Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns vurdering, at såfremt det er besluttet, at resturinmængden skal følges med kateterisation 1-2 gange ugentligt efter RIK blev stoppes, skulle dette følges for at sikre, at blæren blev tømt tilstrækkeligt. Nævnet fandt på den baggrund, at lægen handlede under normen for almindelig anerkendt standard. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de øvrige læger, der var involveret i forløbet.
19. En læge fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin behandling af en fingerskade. Der var et sønderrevet sår over leddet mellem fingerens mellem- og grundled, og i dybden var bøjeseenen skåret over. Derudover var der sår på bagsiden af fingeren. Det fremgår ikke, om der var direkte eller indirekte ømhed, eller om nerve- og karforhold var normale. Lægen syede senen og huden sammen og anlagde en skinne. Der blev ikke foretaget røntgen. Disciplinærnævnet oplyste, at der skal undersøges for mulig skade på nerver og blodkar, ligesom der skal undersøges for eventuelle knoglebrud, når der har været involveret maskineri. Nævnet fandt samlet, at lægen handlede under normen for normal faglig standard ved sin behandling samt ved sin journalføring heraf.
20. En sygeplejerske fik kritik i henhold til Landstingsforordning om sygeplejerskers autorisation og virke § 9 stk. 1 for manglende journalføring i forbindelse med telefonisk vejledning af en kvinde, som havde turevise mavesmerter. Kvinden var tidligere på dagen blevet undersøgt af læge, som havde vurderet, at der var tale om en maveinfektion. Sygeplejersken spurgte, om smerterne havde ændret karakter, hvilket kvinden benægtede, og sygeplejersken orienterede om, at kvinden var velkommen til at ringe igen ved forværring, samt opfordrede kvinden til at komme igen næste dag. Disciplinærnævnet fandt, at de nævnte symptomer ikke nødvendigvis medfører behov for akut tilsyn af læge og vurderede på den baggrund, at sygeplejerskens sundhedsfaglige behandling var i overensstemmelse med almindelig anerkendt standard. Videre fandt nævnet ikke grundlag for kritik af den læge, der efterfølgende var involveret i forløbet.
21. En radiolog fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin vurdering af røntgenbillederne af et brud på et håndled, idet han vurderede, at knoglerne var i god stilling. Disciplinærnævnet vurderede ved gennemsyn af billederne, at der var forkortning af spolebenet, og at ledfladen var drejet ca. 25 grader mod håndrygsiden. Der var derfor betydelig stillingsændring. Nævnet fandt på den baggrund, at radiologen handlede under normen for almindelig anerkendt standard.
22. En kirurg fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin kikkertoperation af en kvinde med galdesten. Ved operationen blev galdeblærens udførselsgang tilklipset, og der var under operationen usikkerhed omkring de anatomiske forhold, men man fandt det usandsynligt, at der var skade på de dybe galdeveje under indgrebet. Efter operationen blev kvinden genindlagt på grund af gulsot, og en ultralydsundersøgelse viste betydelig udvidelse af galdegangene. Kvinden blev overflyttet til Rigshospitalet, hvor man fandt totalt afklipset galdegang. Det var Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns vurdering, at usikkerheden om anatomen skulle have givet mistanke om, at der var noget galt og have medført røntgenundersøgelse under operationen. Nævnet fandt på den baggrund, at lægen handlede under normen for almindelig anerkendt standard.
23. En læge og en sygeplejerske fik kritik i forbindelse med en knæoperation. Lægen fik kritik for utilstrækkeligt samtykke til at gennemføre indgrebet i fuld bedøvelse i henhold til §23, jvf § 26, stk 2 i landstingsforordning om patienters retsstilling. Klager havde bedt om, at indgrebet skulle ske i lokalbedøvelse, da han tidligere havde haft gener efter fuld bedøvelse, og havde telefonisk fået accept for dette. På operationsstuen efter han var blevet præmediceret opstod der tvivl om bedøvelsesformen, og indgrebet blev gennemført i fuld bedøvelse. Kirurgen forklarede, at han ikke selv havde lovet klager at udføre indgrebet i lokalbedøvelse, da det mange gange var umuligt at færdiggøre et indgreb i knæet under lokalbedøvelse.

Sygeplejersken fik kritik i henhold til Landstingsforordning om sygeplejerskers autorisation og virke § 9 stk. 1 for ikke at have været tilstrækkelig opmærksom på, om klager havde vandladning, kvalme eller svimmelhed efter opvågningen og indtil udskrivelsen samme dag. Sygeplejersken havde ikke udfyldt disse rubrikker i det anvendte opvågningssskema. Klager anførte, at han var forkvalmet og svimmel ved udskrivelsen, og efter hjemkomsten kastede op under forsøg på vandladning, hvorved han tabte og ødelagde sin tandprotese.

24. En læge fik kritik i henhold til Anordning af Lægelovens § 6 stk. 1 for sin behandling af en albue efter et fald på is. Lægen undersøgte albuen klinisk og fandt hævelse og normal bevægelighed. Det fremgår ikke, om der var ømhed af knoglerne. Ved ny henvendelse 3 dage efter var der et stort blåt mærke, som hæmmede bevægeligheden. Det blev ikke noteret, om der var ømhed af knoglerne. To uger efter skaden henvendte klager sig på ny og en anden læge ordinerede røntgen, som viste et brud på albueleddets ledhoved. Disciplinærnævnet oplyste, at der skal undersøges for direkte eller indirekte ømhed ved tryk på knoglen samt om bevægeligheden er normal. Ved mistanke om brud bør der iværksætte røntgenundersøgelse. På den baggrund fandt nævnet, at lægen handlede under normen for almindelig anerkendt standard ved sin behandling

### Grønlandsk uddannede sundhedsassistenter

Grønlandsk uddannede sundhedsassistenter er med bekendtgørelse for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn blevet omfattet af nævnets kompetence.

### Sagsbehandlingstider

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for grønlandske patientklagesager for alle sager afsluttet i 2013 var gennemsnitligt oppe på 24 måneder, hvilket var en kraftig stigning i forhold til 17 måneder året før. Stigningen er forårsaget af de 638 dage, hvor sagerne afventede, at den nye lovgivning trådte i kraft. Sagsbehandlingstiden i Landslægeembedet steg til gennemsnitligt 10 mdr., og for klagesager afsluttet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid på 17 mdr. Fratrækkes de 638 dage, hvor sagsbehandlingen lå stille, var sagsbehandlingstiden henholdsvis 3 mdr i Landslægeembedet og 11 måneder i Disciplinærnævnet.

<b>Tabel</b>		<b>Klagesager vedrørende sundhedspersonale (5 års gennemsnit)</b>	
<b>Table 21</b>		<b>Patients complaints relating to health care (5 year average)</b>	
Årstal Year	Nye sager pr. år New cases per year	Sager afgjort i Landslægeembedet pr. år Cases decided in The National Board of Health per. year	Sager afgjort af Patientklagenævnet (PKN) / Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (SDN) pr. år Cases decided by the Danish Complaints Board (DCB) / National Agency for Patients Complaints (NAPC) per. year
1986 – 1990	17	8	6
1991 – 1995	50	29	14
1996 – 2000	53	15	26
2001 – 2005	64	8	45
2006 – 2010	68	1,4*	55
2011	70	2*	0
2012	76	2*	15
2013	103	0	99

\* Klager over sundhedsassistenter og medarbejdere med kort uddannelse, der ikke var omfattet af PKNs kompetence

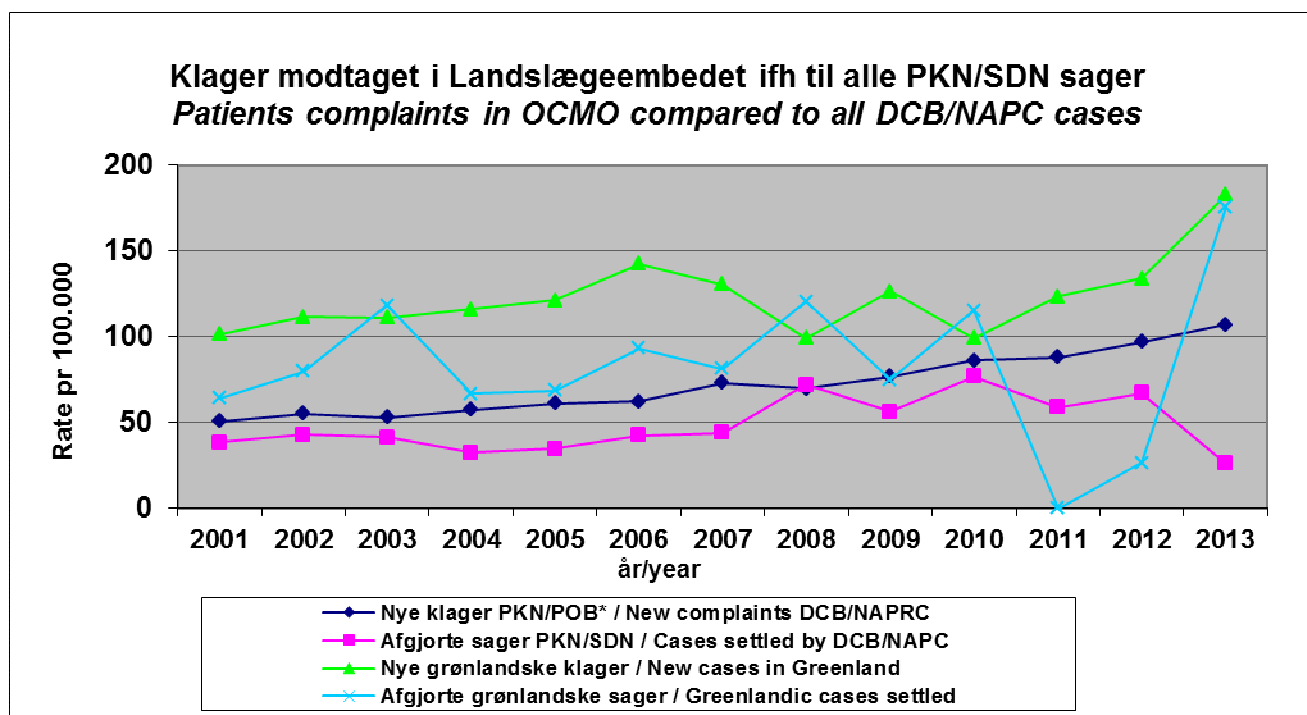
\* Complaints about health assistants and employees with little education who were not covered by DCB's competence

Årstal Year	Antal nye sager Number of new cases	Sager afgjort i NUN* Cases decided in NBH	Sager afgjort i PKN**/SDN*** Cases decided by DCB** / NAPC***
2000	7	5	1
2001	13	10	0
2002	6	9	0
2003	12	15	0
2004	4	6	0
2005	15	9	0
2006	8	12	0
2007	17	11	0
2008	17	14	2
2009	7	14	0
2010	11	4	0
2011	7	14	0
2012	2	4	0
2013	9	4	2

\* NUN = Landslægeembedet / NBH = The National Board of Health in Greenland

\*\* PKN= Patientklagenævnet / DCB= Danish Complaints Board

\*\*\* SDN= Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn / NAPC= National Agency for Patients Complaints



\* POB=Patientombuddet / NAPRC= National Agency for Patient's Rights and Complaints

**Figur 27**

Note: Med etableringen af POB blev der indført dialogmøde med klagerne, hvor klager kunne vælge, om POB eller SDN skulle afgøre klagen. I 2011 og 2012 lå fordelingen af behandlingsklager på 70 % til SDN og 30 % til POB. I 2013 har fordelingen af sager afgjort at henholdsvis POB og SDN ændret sig betydeligt, således at 51 pct. af patienterne valgte, at SDN skulle afgøre sagen, mens 49 % valgte, at POB skulle afgøre sagen.