



ARTIKEL

'Imputabilitets'-princippet og vurderingen af sundhedspersoners disciplinæransvar

Søren Fryd Birkeland*

Healthcare systems traditionally have established measures to hold healthcare professionals legally responsible for their individual professional conduct. In Denmark, the latter implies a duty to exercise “carefulness and conscientiousness” (Section 17 of the Authorization Act), and authorized healthcare professionals’ compliance with this duty is sanctioned by the Danish Health Professionals’ Disciplinary Board. A disciplinary responsibility review includes an analysis of whether the health care in question can be considered right and in accordance with commonly accepted professional norms and standards, while taking into account the specific circumstances of the case. The review implies an assessment of the subjective elements of the healthcare professional’s behavior, including the diligence demonstrated and the general capacity of the healthcare professional (e.g., whether she or he in fact is educated as claimed and has preserved her or his mental capability). This article discusses the requirement for “imputability” with reference to legislation, case law, and legal theory. It reviews how “fitness to practice” and imputability are essential prerequisites for conduct of authorized healthcare professionals,

Udgivet første gang den 17. april 2025.

* Cand. jur., Ph.D. (folkesundhedsret), seniorforsker ved Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet [sbirkeland@health.sdu.dk].

which are also under inspection from the authorities. In continuation hereof, with reference to legal and patient safety considerations, the article argues for attention to the issue of imputability in the assessment of healthcare professionals' disciplinary responsibility.

1. Indledning

Når borgeren har brug for hjælp fra sundhedsvæsenet, forventes det, at behandlingen er af en vis kvalitet, og at patientsikkerheden er i orden. Det er den heldigvis som regel. Men nogle gange svigter den. Alvorlig sygdom opdages ikke i tide, prøvesvar bliver ikke videreformidlet, eller den sundhedsprofessionelle adfærd opleves ikke som særligt professionel. Når kvaliteten svigter, går det måske upåagtet hen. Det er imidlertid ikke altid tilfældet. Patienter, pårørende, sundhedspersoner eller andre kan finde, at noget ikke er, som det skal være, og somme tider medfører det undersøgelse af sundhedspersoners individuelle, disciplinære ansvar. Typisk begynder en disciplinæransvarssag mod en sundhedsperson med en patientklage til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (herefter 'Nævnet'). Sundhedspersoner er ifølge Sundhedslovens § 6, stk. 1 *"personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar"*.¹ I sager om den sundhedsfaglige behandling skal Nævnet tage stilling til, om den indklagede sundhedsperson har levet op til kravet om 'omhu og samvittighedsfuldhed' i § 17 i autorisationsloven (AL).² Dette krav pålægger autoriserede sundhedspersoner et individuelt disciplinærretligt ansvar for deres sundhedsfaglige virksomhed. Overtrædelse af § 17 påtales af Nævnet, som dog efter vurdering af sagens alvor kan oversende sagen til anklagemyndigheden med henblik på evt. straffesag.^{3,4}

¹ Aktuelt lovbkg. nr. 1015 af 05/09/2024 af sundhedsloven.

² Aktuelt lovbkg. nr. 1008 af 29/08/2024 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

³ Jf. § 17, stk. 3 i klage- og erstatningsloven (KEL), samt § 3, stk. 2 i Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns forretningsorden (aktuelt lovbkg. nr. 962 af 16/08/2024 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet med senere ændringer, som implicerer primær klagevisitation på baggrund af skønnet fremtidig fare for patientsikkerheden og bkg. nr. 1496 af 06/12/2024 om Forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn). Mens det almindelige disciplinæransvar reguleres af AL § 17, følger der af AL § 75 et særligt strafansvar, idet *"[e]n autoriseret sundhedsperson, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sin virksomhed, straffes med bøde eller fængsel i indtil 4 måneder"*. I Danmark er erstatningsansvar for sundhedsfaglig behandling adskilt fra disciplinær- og strafansvaret. Se endvidere note 20.

⁴ Disciplinærsager påbegyndes som nævnt typisk ved en patientklage, jf. KEL § 2,

For vurdering af sundhedsprofessionelt disciplinæransvar er det imidlertid forudsat, at sundhedspersonen i det hele taget kan stilles til ansvar. Begrebet 'imputabilitet' henviser ligesom 'tilregnelighed' til kravet om juridisk ansvarlighed (og en slags moralsk 'bebrejdelighed') som forudsætning for sanktion.⁵ Til sammenligning med strafferetten kan kriminel adfærd, som udvises af børn og unge f.eks. ikke (eller ikke i samme grad) bebrejdes dem som de tilsvarende handlinger forøvet af voksne.⁶ Ansvarsmæssigt implicerer imputabilitet en forudsætning om evner og viljefrihed: personen har sådanne evner, så hvis personen gør sig den ulejlighed at udfolde disse, vil personen handle korrekt og dermed være hævet over dadel. For så vidt at en straf eller strafflignende sanktion begrundes i at anspore til at afstå fra fremtidig lignende adfærd (eller 'afskrækning' om man vil), så vil sidstnævnte rationale tilsvarende forudsætte imputabilitet hos pågældende. Finder man utilregnelighed hos den agerende, vil det kunne medføre overvejelser om manglende strafbarhed og evt. valg af anden reaktion fra myndighederne

stk. 1, 1. pkt. Imidlertid kan en disciplinærsag, jf. § 2 a i KEL også initieres ved at Styrelsen for Patientsikkerhed indbringer en sag. Den lovfæstede adgang for Styrelsen for Patientsikkerhed til at indbringe sager for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn understreger, at kompetencen til påtale af overtrædelser af § 17 ligger hos sidstnævnte. Se blandt de bærende argumenter i forarbejderne til den lov, hvorved Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn blev oprettet; FT 2009-10, tillæg A, LSF 130, s. 12-13. Se tillige Folketingstidende (FT) 2015-16, tillæg A LSF 184 til ændring af AL, pkt. 4.13.2.4.

⁵ Se f.eks. Huxel, Kirsten, "Imputability", i *Religion Past and Present*. (sidst tilgået den 7. marts 2025) <http://dx.doi.org/10.1163/1877-5888_rpp_SIM_026553.> ISBN: 9789004146662, 2006-2013. En anden vinkel er en behandlers *påbegyndelse* af seksuel relation til en patient inden for *igangværende behandler-patientforhold*. Der findes ingen offentliggjort praksis derom fra Nævnet. Der er imidlertid klar international konsensus om, at sådan adfærd ikke er i overensstemmelse med anerkendte normer. For eksempel kan nævnes principperne i World Medical Association (WMA)'s 'International Code of Medical Ethics' om "*professional duties of physicians towards their patients*" pkt. 27 <<https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>> (sidst tilgået 11. marts 2025). Se endvidere Bismark MM, Studdert DM, Morton K, Paterson R, Spittal MJ, Taouk Y., Sexual misconduct by health professionals in Australia, 2011-2016: *a retrospective analysis of notifications to health regulators*. Med J Aust. 2020 Sep;213(5):218-224. doi: 10.5694/mja2.50706. Behandler-patient-relationen er bl.a. kendetegnet ved et asymmetrisk afhængigheds- og tillidsforhold.

⁶ Ifølge straffelovens § 82 gælder tilsvarende, at det ved straffens fastsættelse i almindelighed bl.a. skal *indgå som formildende omstændighed, at gerningsmanden ikke var fyldt 18 år, da gerningen blev udført* (stk. 1, nr. 1). Se endvidere Vagn Greve, Asbjørn Jensen, Poul Dahl Jensen, og Gorm Toftgaard Nielsen, 'Kommenteret Straffelov, Almindelig del, 9. omarbejdede udg., 2009, s. 205.

(sammenhold princippet i straffelovens § 16),⁷ ligesom det efter omstændighederne kan overvejes, om den agerende fremadrettet kan tillades at varetage de samme funktioner. Men den afskrækkende effekt og virkningen som motiverende faktor taber rationale, når pågældende mangler evnen til at ændre adfærd.

Ovennævnte problematik er denne artikels genstandsfelt: *Spørgsmålet om imputabilitet i vurderingen af sundhedspersoners disciplinær-ansvar*. Indledningsvis gennemgås en case om disciplinæransvar, påstået manglende omhu og samvittighedsfuldhed, hvor sundhedspersonens tilregnelighed allerede var blevet problematiseret. Casen sættes i kontekst af det danske myndighedstilsyn med autoriserede sundhedspersoner og juridisk teori, hvorefter emnet afrundes.

2. Case

I Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelse i sag nr. 180602N⁸ fandt Nævnet, at en psykiater havde overtrådt AL § 17 i forbindelse med behandlingen af en midaldrende patient i perioden fra november 2010 til maj 2012. Nedenfor gennemgås sagen i forkortet version.

Efter det i sagsfremstillingen oplyste havde patienten igennem årtier haft misbrug af hash, amfetamin, heroin, kokain, LSD og svampe, som han på henvisningstidspunktet var kommet ud af. Han blev i november 2010 henvist til psykiateren med oplysning om, at han havde personlighedsforstyrrelse og depression, samt at han havde haft adskillige tidligere selvmordsforsøg. Patienten havde førhen haft forløb hos psykiateren. Ved patientens første konsultation i det indklagede forløb ordinerede psykiateren Ritalin tabletter (dosisstørrelsen 10 mg), som er et centralstimulerende middel mod koncentrations- og opmærksomhedsforstyrrelser ('ADHD'), tillige med Nitrazepam tabletter i dosisstørrelsen 5 mg (et såkaldt 'benzodiazepin').⁹ Derpå ordinerede psykiateren i perioden frem til maj 2012 centralstimulerende medicin og benzodiazepiner utallige gange. Den centralstimulerende medicin blev først ordineret som korttidsvirkende

⁷ Aktuelt bkg. nr. 1145 af 05/11/2024 af straffeloven.

⁸ Casen blev i forbindelse med afgørelsen offentliggjort på sundhed.dk med navns nævnelse, men er her anonymiseret. Det fremgik af sagen, at den var foranlediget af henvendelse fra en klager, men ikke hvornår klagen var indgivet.

⁹ Nitrazepam 5 mg er et benzoediazepin mod bl.a. søvnløshed, som medfører risiko for fysisk og psykisk afhængighed, tilvænning m.v. Med hensyn til ritalin (methylphenidat) kan det oplyses, at "[v]edligeholdelsesdosis hos de fleste patienter vil erfaringsmæssigt være 30-150 mg dgl. I sjældne tilfælde kan højere doser være nødvendige" (<<http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/772>>) (sidst tilgået 11. marts 2025). Se endvidere note nedenfor.

(‘Ritalin’), herefter som langtidsvirkende (‘Concerta’), og i perioder fik patienten ‘Strattera’ og ‘Motiron’. Det fandtes oplyst i psykiaterens journalføring, at patienten gentagne gange var appellerende i forhold til medicin. Journalføringen gav flere gange indtryk af behov for tilbageholdenhed henset til patientens misbrugsproblematik, men psykiateren ordinerede i perioder ikke desto mindre centralstimulerende henholdsvis benzodiazepiner med få dages mellemrum.¹⁰ I maj måned 2012 forværredes patientens tilstand, og patienten kontaktede telefonisk psykiateren, idet han gerne ville have en konsultation. Patienten oplyste, at han havde behov for at komme væk pga. adgang til mange stoffer, hvorefter der aftaltes en tid hos speciallægen dagen efter. Ved denne konsultation talte de om patientens diagnoser, og om hvorvidt patienten havde taget stoffer. Ifølge journalnotater var patienten efterfølgende faldet i en dyb søvn i et aflukke på psykiaterens adresse. Dagen efter fandt psykiateren patienten afgået ved døden.

Nævnet oplyste i sin afgørelse af sagen bl.a., at Nitrazepam, Alprazolam, Risolid og Rivotril alle er benzodiazepiner, som i for høje doser fører til bevidstløshed og svækket vejrtrækning. Det oplystes desuden, at præparaterne bruges mod angst, uro og som sovetabletter, men at der ved fast daglig indtagelse over en måned opstår afhængighed, og at sundhedspersoner bør være tilbageholdende med at ordinere stofferne og ikke mindst over for patienter med en kendt risiko for misbrug. Nævnet henviste til Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 38 af 18. juni 2008 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Nævnet udtalte, at det var dets vurdering, at psykiateren ikke havde foretaget en relevant og tilstrækkelig undersøgelse af patienten forud for ordinationen af methylphenidat og benzodiazepiner, idet der ikke fandtes udarbejdet en tilstrækkelig og grundig behandlingsplan, hvor formålet med behandlingen, forventet behandlingsvarighed, tidspunkt for ophør, dosis, samt kontrol fremgik. Desuden havde psykiateren heller ikke på anden vis vurderet, hvilke symptomer patienten havde, som indikererede, at patienten havde ADHD, og som derfor kunne begrunde den medicinske behandling, ligesom psykiateren i dele af behandlingsperioden udskrev og ordinerede for store mængder medicin uden at undersøge, om patienten havde fået bivirkninger. Sidst fandt Nævnet ikke, at psykiateren på relevant og tilstrækkelig vis undersøgte patientens bevidsthedsniveau og vejrtrækning,

¹⁰ Det bemærkes, at der, uanset en ret detaljeret, dateret beskrivelse af behandlingsforløbet, ikke leveres megen information om dosering, hvilket ellers er af stor betydning for vurderingen af behandlingens faglige korrekthed. Det oplyses f.eks., at patienten en dag i maj 2011 kontaktede indklagede telefonisk med henblik på en sygemelding og sovemedicin, hvorefter psykiateren ”*ordinerede Nitrazepam 5 mg, og anbefalede kontakt til en praktiserende læge med henblik på sygemelding*”.

efter at han havde fundet patienten sovende. Nævnet fandt samlet, at psykiateren handlede væsentlig under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af patienten og indskærpede psykiateren at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

I februar 2018 blev afgørelsen offentliggjort med udstilling af psykiaterens navn.¹¹ Nævnet oplyste i afgørelsen, at Nævnet inden for de forudgående 5 år i forvejen havde tildelt psykiateren kritik 4 gange (2 afgørelser i november 2013, 1 i december 2015 og 1 i september 2016). Måneder forinden opstarten af behandlingsforløbet med den nu afdøde patient, havde psykiateren desuden været til (fornyet) samtale hos embedslægeinstitutionen (i dag Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsenhed) angående psykiaterens egnethed og faglige virksomhed.¹² Blandt andet var der fra embedslægeinstitutionen, kommune, hospitalspsykiatrien og anden side udtalt bekymring for psykiaterens ordinationsmønster.¹³ Parallelt havde der været rejst mistanke om følger hos psykiateren fra en tidligere hovedskade.¹⁴ Psykiateren havde imidlertid nægtet selv at fraskrive sig ordinationsretten til afhængighedsskabende lægemidler. I stedet valgte embedslægeinstitutionen at indgå en række 'frivillige aftaler' med psykiateren bl.a. vedrørende dennes ordination af medicin. I 2013 fik psykiateren midlertidigt frataget sin autorisation bl.a. i kølvandet på sagen om den afdøde patient, og i forbindelse med udløbet af den midlertidige fratagelse i 2015 fraskrev psykiateren ifølge medierne sig selv autorisationen, jf. AL § 5, stk. 1. I 2015 og 2016 blev psykiateren af pårørende til afdøde henholdsvis Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) meldt til politiet for sin rolle i behandlingen af patienten, og i april 2017 faldt der dom om 60 dages fængsel.¹⁵ Nævnets kritik og indskærpelsen af *"at udvise større omhu i sit*

¹¹ Med henvisning til KELs § 17 og § 3, stk. 1, nr. 2 og bkg. nr. 1109 af 11/09/2015 om offentliggørelse af afgørelser m.v. i klagesager på sundhedsområdet. Om lovgrundlaget for afgørelsen henviste Nævnet endvidere til AL § 17 samt KELs § 2, stk. 1, jf. §§ 13-16, § 2 a og § 3.

¹² Offentliggjort redegørelse i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget 2012-13 SUU Almindelig del - endeligt svar på spørgsmål 746.

¹³ I redegørelsen (note 12) opregnedes mere end 10 bekymringshenvendelser fra patienter, kommune, psykiatri og andre forinden november 2010.

¹⁴ Danmarks Radio berettede om, at Sundhedsstyrelsens embedslæger fra 2004 og frem fik mere end 20 alvorlige indberetninger om psykiateren fra både patienter, pårørende, læger, misbrugscentre og kommuner (<<https://www.dr.dk/nyheder/indland/tidslinje-faa-overblik-over-sagen-om-den-hjerneskadede-psykiater>>: sidst tilgået 11. marts 2025), samt at det var Sundhedsstyrelsen bekendt, at pågældende psykiater allerede i 2002 havde pådraget sig et hovedtraume.

¹⁵ Jf. dagældende lovbkg. nr. 877 af 04/08/2011 om autorisation af

fremtidige virke” i 2018 tildeltes altså efter det oplyste en sundhedsperson uden autorisation, og som dermed ikke længere var omfattet af bl.a. kravet om ’omhu og samvittighedsfuldhed’, jf. AL § 17, og som Nævnet i forvejen 4 gange forinden havde meddelt kritik.¹⁶

Sagen er én blandt flere sager, som illustrerer berøringsfladen mellem disciplinæransvarssystemet og sundhedsmyndighedernes øvrige tilsyn med autoriserede sundhedspersoner.¹⁷ I denne sag blev disciplinæransvar sanktioneret, uanset at der allerede var konstateret problemer med sundhedspersonens egnethed, som havde givet sig tilkende med aparte ordinationspraksis, adskillige klager og gentagne tilfælde af kritik for inadækvat fagligt niveau. Det var det samme mønster af problemer i forhold til ordinationspraksis og patienthåndtering, som blev disciplinæransvarssagens omdrejningspunkt. Snarere end at dreje sig om forsømmelighed i almindelig forstand, havde mønsteret over en årrække givet grundlag for mistanke hos sundhedsvæsen og myndigheder om, at sundhedspersonen ikke længere udviste de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer til opgavevaretagelsen, og at der således forelå en grundlæggende manglende duelighed.¹⁸ Jourdokumentationen vidner om psykiaterens kontinuerte, men fagligt tvivlsomme, forsøg på at afhjælpe patientens problemer mere, end den peger i retning af sjusk. I højere grad end viljesmangel er det evnerne (eller ’egnheden’ om man vil), der er problemet, og den professionelle kapacitet som ikke slår til.¹⁹

sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Se Danmarks Radio 18. april 2017 i <<https://www.dr.dk/nyheder/indland/tidslinje-faa-overblik-over-sagen-om-den-hjerneskadede-psykiater>>, <<https://www.bt.dk/danmark>>. Se ’Datter går til politiet efter dødsfald i campingvogn hos psykiater’, Danmarks Radio, 2. februar, 2015, samt ”Dom til hjerneskadet psykiater”, *Ugeskrift for Læger*, 19. april 2017.

¹⁶ For overtrædelse af AL § 17 i perioden inden fratagelse af autorisationen.

¹⁷ Se til eksempel <<https://fyens.dk/artikel/overl%C3%A6ge-styrelse-greb-ind-for-sent-over-for-psykiater>>. Flere sager har tiltrukket sig mediebevågenhed og ligeledes affødt kritik af håndteringen af egnethedssager og er blevet efterfulgt af omstrukturering af tilsynet.

¹⁸ Herunder med en underforstået præmis om, at sundhedspersonen mere eller mindre bevidst valgte ikke at udnytte sine faglige og intellektuelle ressourcer.

¹⁹ Så meget desto mere irrationelt kan det forekomme at *indskærpe* sundhedspersonen større omhu og samvittighedsfuldhed.

3. Tilregnelighed i straffe- og disciplinærret²⁰

Ovenfor er givet et eksempel på sanktionering af lovovertrædelser hos en person, som ifølge historikken ikke har, hvad der forudsættes for sanktioneringen, idet der ikke foreligger den nødvendige tilregnelighed, da personen ikke besidder tilstrækkelige kognitive ressourcer – og dermed egnethed – til at varetage den professionsudøvelse, som sanktioneres. Tilsvarende implicerer fastsættelsen af strafansvar en vurdering af imputabilitet. I sin fremstilling af strafferettens ansvarslære beskriver Waaben således om *'Skyld som betingelse for strafansvar'*, at der for strafansvar foruden *"tilregnelighed (forsæt eller uagtsomhed i relation til det objektive gerningsindhold)"* kræves *"tilregnelighed (en vis grad af personlig udvikling og psykisk normalitet)"*.²¹ I forhold til kravet om en vis 'psykisk normalitet', beskriver Waaben, at *"[d]en psykisk afvigende ikke [har] normale forudsætninger for at erkende en situation eller en handlingens beskaffenhed eller for at blive motiveret af samfundets normer"*.^{22,23} Der er et spænd fra 'almen normalitet' og til utilregnelighed på grund af sindssyge. Ifølge Waaben må det væsentlige imidlertid være, at der foreligger en sådan normalitet, at pågældende *antages at være i stand til at erkende beskaffenheden af situation og handlinger*, ligesom det må forudsættes, at *pågældende i det hele taget kan motiveres af normer*. Hvor der f.eks. for fagudøvelse på nogle områder stilles særlige krav til kompetencer og

²⁰ Spørgsmålet om mental funktionsduelighed og utilregnelighed på grund af psykisk afvigelse og manglende evne til fornuftsmæssig ageren, m.v. er også et spørgsmål, som af og til rejses inden for erstatningsretten, jf. bl.a. erstatningsansvarslovens § 24 b, stk. 1. Se von Eyben og Isager, 'Lærebog i erstatningsret', 10. udg., 2024, s. 138. Sundhedspersonalets professionsansvar er i reglen et skærpet culpaansvar (se nærmere herom 'Lærebog i erstatningsret' s. 131). I tillæg til de almindelige erstatningsretlige regler, kommer den særlige erstatningsordning inden for sundhedsvæsenet (se også note 3). Erstatningskrav, rejst på baggrund af skader forårsaget af sundhedsydelse, behandles af Patienterstatningen i henhold til særlige ansvarsbetingelser fastsat i KEL, herunder dennes § 20. Det bemærkes at der med bl.a. specialist-reglen er tale om et skærpet erstatningsansvar. Erstatningen udredes af Patienterstatningen og skadelidtes erstatningsadgang påvirkes ikke af f.eks. skadevolders kognitive mangler.

²¹ Waaben, 'Strafferettens almindelige del 1, Ansvarslæren', 4. udg., 1997, s. 49. Sammenhold også straffelovens § 79 om rettighedsfrakendelser ved dom.

²² Se også Waaben i 'Sanktionslæren', 4. udg., 1999, s. 111.

²³ Sammenhold tillige Greve, m.fl. i 'Kommenteret Straffelov, Almindelig del', 9. omarbejdede udg., 2009, s. 209. Forfatterne henviser blandt andet til U 1993.921 H om kranietraumebetinget demenstilstand med 'svigtende overblik og realitetstilpasning' samt personlighedsmæssig forandring (henført under straffelovens § 16; sammenlign også U 1946.887 H).

'performance' for overhovedet at kunne erkende situationens og handlingers 'beskaffenhed', kan der næppe kræves sindssyge eller dermed ligestillede tilstande for at problematisere imputabiliteten. I sit udgangspunkt må det række, at pågældende er blind for egne begrænsninger og ikke intellektmæssigt er i stand til at erkende alvoren af sine handlingers konsekvenser.²⁴ Det synes helt på linje hermed, når Revsbech med hensyn til 'Betingelser for disciplinærstraf' for offentligt ansatte slår fast, at "[e]n fejl, som skyldes manglende dygtighed eller uegnethed, er ikke en tjenstlig forseelse", men at en sådan fejl imidlertid kan "føre til diskretionære beføjelser".²⁵ Om diskretionære beføjelser forklarer Revsbech bl.a., at 'svagelighed' er en 'saglig afskedigelsesgrund', idet der henvises til tjenestemandspensionslovens § 2 og kommunale pensionsregulativer, som berettiger til pension, hvis der afskediges som følge af "helbredsbetaget utjenstdygtighed".²⁶ Videre beskriver Revsbech, at der i tilfælde af sygdom, som ikke er tilstrækkelig til at berettige afskedigelse begrundet i sygdommen i sig selv, efter omstændighederne kan ske afskedigelse på grund af uegnethed. Hos sundhedspersoner kan der naturligvis også optræde helbredsbetaget utjenstdygtighed og uegnethed. Dette er såvel et anliggende for ansættelsesstedet (f.eks. Regionerne) og ikke mindst for de centrale sundhedsmyndigheder, som står inde for autoriseringen af sundhedspersoner (jf. netop nedenfor).

4. Nærmere om egnethed og tilsynet med sundhedspersoner²⁷

Sundhedspersoners virksomhedsudøvelse og disciplinæransvar findes reguleret i en større lovgivningsmæssig kontekst. Centrale bestemmelser er

²⁴ Evne og vilje skal ikke blot forslå til at følge flokken af borgere 'som folk er flest', og udvise 'standard-adfærd' (såsom at afstå fra grov vold, berigelseskriminalitet m.v. eller opfyldelse af *oplagte handlepligter* jf. f.eks. straffelovens § 141), men skal strække sig til at udfylde en specialiseret rolle, som hos f.eks. psykiatere forudsætter 6 års akademisk baggrund og tilsvarende efteruddannelse.

²⁵ Karsten Revsbech: 'Forvaltningspersonalet', 2006, s. 82.

²⁶ Revsbech: 'Forvaltningspersonalet', s. 59. Se tillige lovbkg. nr. 510 af 18/05/2017 om tjenestemandspension.

²⁷ I Sverige "utgör legitimationen en garanti för att innehavaren har en viss kompetens och vissa personliga egenskaper. I förarbetena till ÅL och DpL framhålls att bestämmelserna om återkallelse av legitimation har som yttersta syfte att skydda patienten mot en yrkesutövare som inte längre utövar sitt yrke på ett godtagbart sätt eller som på något annat sätt är olämplig för verksamheten" (se Axelsson, E., 'Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård: En medicinträttslig

'Imputabilitets'-princippet

AL § 2, hvorefter "[a]utorisation meddeles af Styrelsen for Patientsikkerhed til personer, der har gennemført en nærmere bestemt uddannelse [...]" og den ovenfor omtalte § 17 i AL, som pålægger autoriserede sundhedspersoner en pligt til at udvise 'omhu og samvittighedsfuldhed', og som i sammenhæng med reglerne om klage og sanktioner i KEL fastslår et individuelt disciplinæransvar. Dertil kommer det almindelige myndighedstilsyn med sundhedspersoner. Som det beskrives nedenfor, er STPS nemlig tilsynsførende med sundhedsvæsenets udøvere, og denne rolle er ifølge lovgivningen tiltænkt koordineret med håndhævelsen af disciplinæransvar.

Ifølge AL kapitel 3, § 5, stk. 1, fører STPS "tilsyn med faglig virksomhed, der udøves af autoriserede sundhedspersoner og sundhedspersoner, der handler på disses ansvar". Lig ovenstående redegørelse for forskellen mellem en persons manglende kapacitet til at imødekomme autorisationens krav og personens mangelfulde udnyttelse og prioritering af eksisterende egne ressourcer, skelnes der, jf. AL, mellem sager om 'egnethed' henholdsvis 'faglighed' (se f.eks. §§ 7, 8, 9, 10 og 10 a nedenfor). Et ultimativt instrument i tilsynet med sundhedspersoner er, foruden adgangen til at overbringe sager om mistænkte forseelser til anklagemyndigheden (se ovenfor), muligheden for at fratage sundhedspersonerne deres tidligere tildelte autorisation. Reglerne herom findes i § 7, som bestemmer, at autorisationen kan *fratages*, hvis sundhedspersonen "må antages at være til fare for patientsikkerheden på grund af 1) en fysisk tilstand, der gør den pågældende uegnet til udøvelse af erhvervet, 2) sygdom eller misbrug af rusmidler el.lign., der midlertidigt eller varigt gør den pågældende uegnet til udøvelse af erhvervet, eller 3) grov forsømmelighed ved udøvelse af erhvervet".²⁸ Der skal kunne antages at være fare for patientsikkerheden, og denne antagelse vil i udgangspunktet foreligge

studie', 2011, s. 344). Axelsson henviser til Patientsäkerhetsloven 8:3 (sammenhold Patientsäkerhetslag (2010:659) t.o.m. SFS 2023:36). I Norge kan patienter anmode tilsynsmyndigheden om at vurdere sundhedspersoners brud på pligter efter Helsepersonelloven, herunder kravet om 'faglig forsvarlighed og omsorgsfull hjelp' i denne lovs § 4. Forsvarlighedskravet tager "utgangspunkt i hva som forventes av helsepersonellet ut fra den kvalifikasjon, kunnskap og erfaring helsepersonellet forventes å inneha". Bestemmelsen stiller krav om at helsepersonellet "skal utføre sitt arbeid i samsvar med" hvad der "kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner [...]". Se også Molven, O., Holmboe, J., og Cordt-Hansen, K., "Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven", *Tidsskrift for Norske Lægeforening*, 2006, 126, 643-4.

²⁸ Ifølge straffelovens § 79 jf. § 78, kan den, som udøver virksomhed, som kræver en særlig offentlig autorisation eller godkendelse, ved dom for strafbart forhold fratages retten til fortsat at udøve den pågældende virksomhed eller til at udøve den under visse former, såfremt det udviste forhold begrunder en nærliggende fare for misbrug af stillingen.

ved tilstedeværelsen af et ikke-harmløst mønster af fejl (evt. patientrettighedskrænkelser), strafbar forsømmelse, og/eller ved misbrug, sygdom m.v., som i sig selv kompromitterer fagligheden.²⁹ Der findes i udgangspunktet en skarp opdeling af uegnethed i 'evnes-mangel' i forhold til at varetage de funktioner som sundhedsperson, som kravene ifølge autorisationen stiller, henholdsvis forsømmelighed m.v. hos den sundhedsperson, som faktisk formodes at besidde evnerne, og hvor fagudøvelsens kvalitet således først og fremmest handler om vilje.

Det er et vidtgående skridt at fratage autorisationen. Lovgivningen giver derfor mulighed for i stedet at *indskrænke* sundhedspersonens virksomhedsområde. Herom fastsætter § 8 stk. 1, at virksomhedsområdet kan indskrænkes, hvis pågældende må *antages* at være 'til fare for patientsikkerheden' på et eller flere faglige områder på grund af 'alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed'. Ligeledes kan virksomhedsområdet efter stk. 2, indskrænkes, hvis sundhedspersonen må antages at være til fare for patientsikkerheden, fordi den pågældende er uegnet til udøvelsen af erhvervet.

Såvel autorisationsfratagelse som indskrænkning af virksomhedsområdet kan være *midlertidig*. Ifølge § 9 kan Styrelsen således fratage en autorisation midlertidigt, hvis der er begrundet mistanke om, at sundhedspersonen er til fare for patientsikkerheden på grund af grov forsømmelighed ved udøvelse af erhvervet eller er uegnet til udøvelsen af erhvervet. Ligeledes kan Styrelsen midlertidigt indskrænke virksomhedsområdet, hvis der er begrundet mistanke om, at sundhedspersonen er til fare for patientsikkerheden på grund af alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed, eller fordi

²⁹ I FT 2015-16, tillæg A, LSF 184, s. 28 nævnes f.eks. "*manglende egnethed til at udøve faglig virksomhed*" ([pga.] "*fysisk tilstand [eller] sygdom eller misbrug af rusmidler eller lignende*") og "*faglige mangler*" (såsom "*udvist grov forsømmelighed*"). Om begrebet '*fare for patientsikkerheden*' anføres, at det "*forudsættes, at faren vil kunne medføre en sygdomsforlængelse eller forringelse af patientens helbredstilstand.*" Der er således selvsagt ikke fare for patientsikkerheden ved forekomsten af harmløs fejladfærd. Om forsømmelser, fejl og uegnethed som baggrund for mistanke om fare for patientsikkerheden henvises til FT 2015-16, tillæg A, LSF 184, s. 46, hvorefter "*mistanke om fremtidig fare for patientsikkerheden må være af en vis grovhed.*" Andetsteds er det uddybet, at det f.eks. kan være "*et mønster af faglige mangler i den pågældende sundhedspersons faglige virksomhed, der samlet set må føre til en antagelse om fare for patientsikkerheden*". Se også noten nedenfor og om kravene til 'begrundet mistanke' (gentagne borgerhenvendelser kan være tilstrækkelige til, at der foreligger begrundet mistanke om fare for patientsikkerheden).

'Imputabilitets'-princippet

vedkommende er uegnet til udøvelsen af erhvervet.³⁰ Det fremgår af FT 2015-16, tillæg A, LSF 184, s. 38, om midlertidig indskrænkning af virksomhedsområde på grund af faglige mangler, at der skal *"foreligge et påtrængende tilfælde som betingelse for afgørelse om midlertidig virksomhedsindskrænkning"*. Ifølge den autorisationslov, som gjaldt på casens tid, kunne Styrelsen, hvis der var begrundet mistanke om, at sundhedspersonen på et fagligt område var til fare for patientsikkerheden, indskrænke den pågældendes ret til virksomhedsudøvelse, mens mistanken blev undersøgt og i påtrængende tilfælde, hvor der skønnedes at være *overhængende fare* for patientsikkerheden, midlertidigt fratage sundhedspersonen autorisationen (§ 8).³¹ En mulighed, som er tilføjet i AL efter hændelsesforløbet beskrevet i 180602N (perioden november 2010 til maj 2012) er, at Styrelsen i stedet for at skride til autorisationsfratagelse eller indskrænkning af virksomhedsområde indgår *aftale* med sundhedspersonen om sidstnævntes overholdelse af specificerede vilkår om behandling, kontrolforanstaltninger m.v. (§ 9 a).³² For de tilfælde, hvor fastsatte vilkår ikke overholdes, kan Styrelsen genoptage sagen om autorisationsfratagelse m.v. En sådan aftale om ikke at skride til autorisationsfratagelse eller indskrænkning af sundhedspersonens virksomhedsområde mod sidstnævntes overholdelse af specificerede vilkår om behandling, kontrolforanstaltninger m.v. forudsætter, at der ikke kan siges at være begrundet mistanke om, at sundhedspersonen på et fagligt område er til fare for patientsikkerheden.³³ I 180602N var aftalemuligheden altså endnu ikke indført, ligesom forudsætningen om manglende begrundet mistanke om fare for patientsikkerheden næppe længere var til stede i efteråret 2010 (ikke-harmløst mønster af fejladfærd ifølge gentagne tilkendegivelser fra forskelligt fagligt hold; se tillige noterne 13, 14, 29, og 30).

I henhold til AL kan Styrelsen også helt eller delvist forbyde en sundhedsperson at udøve sin faglige virksomhed, mens Styrelsen oplyser en

³⁰ Om forståelsen af 'begrundet mistanke' se f.eks. FT 2015-16, tillæg A, LSF 184, s. 118.

³¹ Lovbkg. nr. 1350 af 17/12/2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

³² Denne mulighed indføjedes først i lovgivningen med lov nr. 656 af 08/06/2016 om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

³³ Jf. FT 2015-16, tillæg A, LSF 184, s. 53, at "[d]et er en forudsætning, at Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at den pågældende sundhedsperson ikke vil være til fare for patientsikkerheden på grund af sine egnethedsproblemer, hvis den pågældende underkaster sig vilkår om bestemte kontrolforanstaltninger, behandlingsforløb m.v."

sag om midlertidig autorisationsfratagelse eller om midlertidig indskrænkning af virksomhedsområdet (§ 9 b, stk. 1). Sundhedspersonen kan forbydes at udøve faglig virksomhed, hvis det af hensyn til patientsikkerheden skønnes nødvendigt som følge af begrundet mistanke om fare for patientsikkerheden på grund af manglende egnethed eller alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed (stk. 2). Et sådan forbud meddeles for en nærmere angiven kortere periode, som kan forlænges (stk. 3). Der findes ikke nærmere oplysning i AL i forhold til, hvordan situationer, som kan begrunde helt eller delvist forbud mod virksomhed, jf. § 9 b, adskiller sig fra de situationer, som begrundet midlertidig indskrænkning af virksomhedsområdet efter § 9. Distinktionen kan for en umiddelbar betragtning synes lovlig finmekanisk og gør det ikke nødvendigvis nemmere at håndtere situationer, hvor sundhedspersoner mistænkes for at udgøre en fare for patientsikkerheden. Sidstnævnte har været del af AL siden 2007 (den tidligere lovs § 6).

Efter § 10 i nugældende AL kan Styrelsen give et fagligt påbud til en autoriseret sundhedsperson om ændring af dennes virksomhed, hvis han eller hun antages at være til fare for patientsikkerheden på grund af alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed.³⁴ Tilsvarende kan Styrelsen efter § 10 a, når der er begrundet mistanke om en sundhedspersons egnethed, påbyde vedkommende at lade sig underkaste undersøgelser, medvirke ved kontrolforanstaltninger, samt udlevere relevante helbredsoplysninger til brug for Styrelsens oplysning af sagen (såkaldt 'egnedspåbud'). Styrelsen har desuden mulighed for, for en nærmere angiven periode (som imidlertid kan forlænges), at iværksætte *skærpet tilsyn* med de i § 5, stk. 1, 2 og 4 nævnte sundhedspersoner, hvis Styrelsen har begrundet mistanke om forringet patientsikkerhed på grund af kritisabel faglig virksomhed (§ 10 b) eller *suspendere* vedkommende, jf. § 10 c. Slutteligt kan en autoriseret sundhedsperson over for Styrelsen selv fraskrive sig autorisationen for en fastsat periode eller foreløbigt ('indtil videre'; § 10 d). Der er med andre ord med lovgivningen righoldige muligheder for at sætte ind med opfølgende tilsynsmæssige foranstaltninger over for f.eks. den autoriserede sundhedsperson, hvor indholdet af en disciplinærsag måtte rejse mistanke om egnedetsproblematik.

STPS skal, jf. § 11, anlægge retssag i den borgerlige retsplejes former om fratagelse af autorisation efter §§ 7 og 7 a eller om indskrænkning af en autoriseret sundhedspersons virksomhedsområde ifølge § 8 efter indhentet erklæring fra Retslægerådet. Styrelsens afgørelser efter § 9, stk. 1-3, bortfalder senest 2 år efter afgørelsen, medmindre Styrelsen forinden har anlagt retssag,

³⁴ Ifølge bestemmelsens stk. 2 kan Styrelsen inden meddelelse af påbud efter stk. 1 indhente en skriftlig erklæring fra Retslægerådet.

jf. § 11a, stk. 1, og reglerne for generhvervelse af autorisation m.v. findes i AL §§ 11 b, c og d.

5. Samspelet mellem disciplinæransvar- og tilsynssystemerne

Det har lige fra ikrafttrædelsen af KEL i 2007 været forudsat, at Nævnet holder styrelsestilsynet med sundhedspersoners faglige virksomhed, egnethed, m.v. underrettet om Nævnets afgørelser (§ 14, stk. 3). Efter nugældende KEL § 12, stk. 4., jf. § 16, stk. 1, underretter Styrelsen for Patientklager (STPK) således STPS om disciplinærnævnsager og deres afgørelse, og *"Styrelsen for Patientklager videregiver sagsakter og –oplysninger i klagesager efter 1. pkt. til brug for Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sundhedsvæsenet efter sundhedsloven og tilsyn med sundhedspersoner efter lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed"*.^{35,36} Det er tilsvarende nærliggende, at STPK indhenter relevant information den anden vej til behandlingen af disciplinæransager og måske især, når STPK konstaterer, at der er gentagne disciplinæransvarssager og kritik. Fraset stedvise opslag i autorisationsregisteret med henblik på verificering af indklagede eller autorisationsID er der imidlertid ikke praksis for, at STPK indhenter information om indklagede sundhedspersoners evt. verserende autorisationsager fra STPS.³⁷ Og man må da også medgive, at såvel ovennævnte KEL § 12, stk. 4., jf. § 16, stk. 1, som lovforarbejder til AL og KEL (jf. FT 2015-16, tillæg A, LSF 184 og FT 2017-18, tillæg A, LSF 233) retter fokuset på videregivelse af information om disciplinæransager til tilsynet i STPS i højere grad end mod videregivelse den modsatte vej.

Information om at en sundhedsperson i forvejen har problemer med myndighederne omkring sin autorisation til at udøve sundhedsfaglig virksomhed er imidlertid ikke ligegyldig, når en disciplinæransvarsinstans står over for klager over vedkommende. Det er da også et fremhævet princip, at opdelingen i tilsynet hos STPS og klage- og disciplinæransagsbehandlingen i to myndigheder *ikke* må medføre forringede vilkår for *"muligheder [-ne] for oplysning af sager samt modtagelse og udveksling af oplysninger"* (FT 2017-

³⁵ Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn sekretariatsbetjenes efter lovens § 13 af STPK.

³⁶ Tilsvarende fremgår det af FT 2015-16, tillæg A, LSF 184, s. 65, at *"[d]et forudsættes [...], at Styrelsen for Patientsikkerhed (klagedelen) kan henlede opmærksomheden hos tilsynsdelen på sundhedspersoner, som må antages at udgøre en fare for patientsikkerheden, herunder med henblik på at den pågældende sundhedsperson af tilsynsdelen indberettes for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller om der skal iværksættes tilsynsforanstaltninger over for den pågældende."*

³⁷ Personlig meddelelse.

18, tillæg A, LSF 233, s. 5), og videregivelsen af relevante personoplysninger forekommer jo at være ret klart hjemlet i forvaltningslovens § 28.^{38,39} Patientsikkerheden, lige såvel som sundhedspersonens retssikkerhed, tilsiger, at myndighederne agerer på relevant oplyst grundlag, og sikringen af disciplinærsagers adækvate og uvildige håndtering kan ikke baseres på, at myndighederne holder sig i uvidenhed om konteksten. Ifølge Nævnets forretningsorden, § 4, stk. 3, gælder tilsvarende, at *"Sekretariatet er ansvarligt for oplysning af sagen [...]"*, og ifølge almindelige forvaltningsretlige principper er Nævnet i det hele taget forpligtet til at sikre, at sagen bliver tilstrækkeligt oplyst med henblik på at træffe en materielt korrekt afgørelse (officialprincippet). Som der argumenteres for i denne artikel, må overvejelser om imputabilitet (og egnetheden) indgå i sidstnævnte.

6. Krav om behandling af klager i disciplinæransvarssystemet?

Ifølge forretningsordenens § 3 afgør Nævnets formand, om en klage falder inden for Nævnets kompetence, om klageren har tilstrækkelig retlig interesse i sagen, og om en klage skal afvises på grund af en overskridelse af klagefristen. Et er spørgsmålet om Nævnets kompetence i forhold til at vurdere disciplinæransvar hos personer, som har autorisation, men ikke opfylder

³⁸ Bkg. nr. 433 af 22/04/2014 af forvaltningsloven med senere ændringer. Sammenhold endvidere om behandlingen af disse data databeskyttelseslovens § 8 og Databeskyttelsesforordningens Artikel 6, stk. 1, litra e henholdsvis Artikel 9 og 10 jf. lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven) nr. 289 af 08/03/2024 og Europaparlamentets og Rådets forordning 2016/679 af 27. april 2016 (sammenhold endvidere FT 2017-18, tillæg A, LSF 233, pkt. 2.1.3).

³⁹Brugen af oplysninger om tilsynssager i disciplinærsager er tillige forudsat i AL (se FT 2015-16, tillæg A, LSF 184 til ændring af AL, s. 65, hvorefter *"effektive arbejdsgange også vil være en fordel for klagesagsbehandlingen [...] hvis den sundhedsfaglige vurdering, som Styrelsen for Patientsikkerhed (tilsynsdelen) foretager, når klagesagerne gennemlæses og screenes, udnyttes tidligt i klagesagsbehandlingen til at kvalificere klagesagernes oplysning"* idet der henvises til, *"at embedslægerne indtil oprettelse af Patientombuddet i 2011 varetog sagsoplysningen i klagesager for det daværende Sundhedsvæsenets Patientklagenævn"*, lige som det var forudsat, *"at Styrelsen for Patientsikkerhed (klagedelen) kan henlede opmærksomheden hos tilsynsdelen på sundhedspersoner, som må antages at udgøre en fare for patientsikkerheden, herunder med henblik på at den pågældende sundhedsperson af tilsynsdelen indberettes for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn eller om der skal iværksættes tilsynsforanstaltninger over for den pågældende"*).

'Imputabilitets'-princippet

forudsætningen for autorisation i AL om bl.a. egnethed (cf. kompetencereglen i KEL § 2, stk. 1, 1. pkt., hvorefter Nævnet behandler klager over 'autoriserede'). Noget andet er, hvilke *krav* sundhedsvæsenets brugere kan stille om gennemførelse af disciplinærsag ved Nævnet rettet mod personer, hvor eksempelvis en hjerneskade berettiger autorisationsfratagelse pga. uegnethed. Givet en forudsætning om, at styrelsestilsynet med sundhedspersoner er forpligtet efter loven til at følge op på egnetheds- og faglige problemer hos personer, hvor der er mistanke om fare for patientsikkerheden, er spørgsmålet således med andre ord, om brugere af sundhedsvæsenet har retskrav på disciplinær klagesagsbehandling og sanktionering af sundhedspersoner med disciplinær straf i form af kritik, når sundhedspersonerne på grund af eksempelvis organisk hjernelidelse er blevet uegnede til at fungere i jobbet. En række faktorer peger i retning af, at svaret herpå må være benægtende. Med parallel til strafferettens område, kan det bemærkes, at anklagemyndigheden er staten, som rejser tiltale og fører sagen for domstolene, hvor Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn undersøger (oplyser) og afgør sagerne. Som det f.eks. findes beskrevet i betænkning nr. 1485, om forurettedes processuelle retsstilling i straffesager afgivet af Justitsministeriets Strafferetsplejeudvalg (2006), er det generelt en grundsætning, at straffeprocesser er et offentligt anliggende (s. 17). Påtalen er således offentlig og strafferetsplejen bygger på "*det fundamentale princip, at spørgsmålet om straf er et anliggende mellem staten på den ene side og den tiltalte på den anden side.*" Disciplinæransvarsprocessen har lige som straffeprocessen et andet formål end civilprocessen, nemlig at sikre, at overtrædere af sundhedsreguleringen, inklusive autorisationslovgivningen, bringes til ansvar, samtidigt med at uskyldige værnes mod strafforfølgning (cf. '*den materielle sandheds princip*'). Som med anklagemyndigheden, er det Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn som på *statens vegne* 'fører sagerne' i forhold til mulige overtrædere af lovgivningen (in casu AL § 17), og lige som anklagemyndigheden (jf. retsplejelovens § 96, stk. 2) må Nævnet antages underlagt et objektivitetsprincip, hvorefter det tilstræbes, at forfølgning af 'uskyldige' (ikke strafbare) ikke finder sted.⁴⁰ Der påhviler anklagemyndigheden en pligt til ved sagens behandling at tage enhver omstændighed, der tyder på en mistænkt manglende strafbarhed, i betragtning. Sager om sundhedsprofessionelles disciplinæransvar og overholdelse af kravet om omhu og samvittighedsfuldhed, jf. AL § 17, må, ligesom strafansvar, betragtes som et offentligt anliggende (sammenlign endvidere principperne for strafansvar ifølge AL § 75). Der skulle herefter ikke være pligt til at pålægge sanktion i form af f.eks. kritik for overtrædelse af AL § 17, hvis det under sagens oplysning konstateres, at den

⁴⁰ Jf. aktuelt lovbkg. nr. 1655 af 25/12/2022 om rettens pleje med ændringer.

sundhedsprofessionelle ikke imødekommer autorisationspræmissen på grund af uegnethed (sammenhold også Revsbech ovenfor).

Fra 2025 behandler Nævnet kun sager, hvor behandlingsstedet er kritiseret, sager uden tilknytning til fungerende behandlingssteder, eller sager, ”som vurderes at indeholde skærpende omstændigheder”, forstået som klager, som giver begrundet mistanke om aktuel, overhængende- eller alvorligere fare for patientsikkerheden.⁴¹ Nydannelsen repræsenterer en bemærkelsesværdig sammenblanding af det i denne artikel afsnit 1 og 2 beskrevne formål med disciplinæransvarsvurderingen, nemlig at vurdere *aktualiseret* sundhedsprofessionel adfærds imødekommelse af AL’s forpligtelser (jf. § 17), med STPS’s ovenfor beskrevne, væsensforskellige og ret komplekse vurderingsopgave af noget *fremadrettet* og begrebsmæssigt vagt defineret (begrundet mistanke om patientsikkerhedsfare; denne artikels afsnit 4 og 5), men forinden egentlig klagesagsoplysning har fundet sted.

7. Afrunding

I Disciplinærnævnets vurdering af sundhedspersoners ansvar, jf. AL § 17, refereres der gerne til ’normen for almindeligt anerkendt faglig standard’ og til, om der f.eks. kan konstateres afvigelse fra faglige guidelines, m.v.⁴² I tråd med § 17’s formulering må der i disciplinæransvarsvurderingen desuden tages hensyn til mere subjektive aspekter, herunder den sundhedsprofessionelles bestræbelser, forsigtighed, m.v.⁴³ Samtidigt må vurderingen imidlertid også baseres på en forudsætning om, at det giver mening at holde sundhedspersonen op imod § 17. Formålet med disciplinæransvarsinstitutionen (Nævnets behandling af klager m.v.) er ifølge forarbejder til KEL at vurdere, om en sundhedsperson har overtrådt sundhedslovgivningen (inkl. AL § 17) og dermed medvirke til *at sikre, at sundhedspersoner ikke gentager en problematisk professionel adfærd*, samt at bidrage til den løbende kvalitetssikring og kvalitet i sundhedsvæsenet ved

⁴¹ Ifølge lov nr. 647 af 11/06/2024 om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og tilhørende ændret bkg. om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn § 1 og en ny bkg. om Styrelsen for Patientklagers visitation af klager m.v., § 1.

⁴² Se herom f.eks. Birkeland, S., ”Sundhedsprofessionelles disciplinæransvar – sundhedsretlig status og juridisk problematisering”, *Nordisk socialrättslig tidskrift*, 31–32, 2022 s. 7–38 (<<https://doi.org/10.53292/429ee528.3a319012>>).

⁴³ Birkeland, S., ”Subjektive aspekter af sundhedsprofessionelles disciplinæransvar”, *Nordisk socialrättslig tidskrift*, 37, 2024, s. 9–34. (<<https://doi.org/10.53292/oc398e5c.71f53161>>).

'Imputabilitets'-princippet

at informere om afgørelserne.⁴⁴ Både det individuelt præventive hensyn, med at afskrække sundhedspersonen fra fremtidig risikabel adfærd, såvel som det sekundære mere generelle formål, at fremme patientsikkerheden gennem almindelig oplysning, risikerer ved egnethedsproblematikker at miste deres rationale. Den uegnede mangler jo netop evnen til at leve op til faglige normer, og ligeledes må det antages, at sundhedsvæsenet kun kan uddrage begrænset læring fra fejl begået af fagligt uegnede aktører.

Når sundhedsprofessionelt disciplinæransvar skal vurderes, må det således forudsætte, at den involverede person i det hele taget kan stilles til et sådanne ansvar for sin virksomhed. Tilhører personen de kategorier af sundhedspersoner, som efter lovgivningen er underlagt disciplinæransvar? Sidstnævnte implicerer for autoriserede sundhedspersoner, at pågældende har gennemgået en uddannelse og blåstempling af at besidde de forudsætninger, som afkræves til bestridelse af hvervet. Uanset ihærdig udøvelse af sub-standard behandling er ansvarsvurderingen, jf. § 17, f.eks. irrelevant, hvis den agerende slet ikke er autoriseret sundhedsprofessionel.⁴⁵ Når denne præmis om uddannelsesmæssige forudsætninger m.v. er opfyldt, må det kræves, at personen ikke har mistet de forudsætninger, som disciplinæransvaret baseres på. Ansvarsvurderingen, jf. § 17, giver ringe mening, hvis den handlende f.eks. har mistet den mentale kapacitet og faglige kunnen, som var en uomgængelig præmis for den oprindelige autorisation. Demonstrerer en autoriseret sundhedsperson, at vedkommende er ramt på væsentlige kognitive funktioner, kan det måske godt konstateres, at pågældende ikke lever op til normen for almindeligt anerkendt faglig standard, men forudsætningerne for sanktionering af disciplinæransvar forsvinder.⁴⁶ Det patientsikkerhedsmæssigt rationelle vil være at trække

⁴⁴ Se f.eks. FT 2004-05 (2. samling), tillæg A, spalte 3287; se også den oprindelige lov nr. 547 af 24/06/2005 om klager og erstatning i sundhedssystemet.

⁴⁵ Der er flere eksempler herpå. Se f.eks. <<https://dagensmedicin.dk/falsk-laegefaar-ti-dages-faengsel/>>; <<https://www.tvsyd.dk/laeger-uden-autorisation/falsk-laege-gik-stuegang-pa-lukket-afdeling>>; <<https://ekstrabladet.dk/krimi/falsk-laege-arbejdede-paa-skadestue-i-elleve-aar-fik-ikke-en-klage/6563962>>; <<https://jv.dk/artikel/falsk-l%C3%A6ge-p%C3%A5-spil-i-danmark>> (alle sidst tilgået 11. marts 2025). Her bortses fra Disciplinærnævnets mulighed for at vurdere sager mod særlige grupper af ikke-autoriserede sundhedspersoner jf. bkg. nr. 1448 af 15/12/2010 om ikkeautoriserede persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns virksomhed.

⁴⁶ Til sammenligning med strafferetten kan også henvises til straffelovens § 82, stk. 1, nr. 12, hvorefter det ved en strafs fastsættelse i almindelighed skal indgå som formildende omstændighed, at pågældende ”på grund af den strafbare handling frakendes en af de i § 79 omhandlede rettigheder [herunder f.eks. autorisation] eller påføres andre følger, der kan sidestilles med straf”.

pågældende ud af den sundhedsfaglige virksomhed midlertidigt eller varigt, mens tildeling af gentagen kritik tenderer mod at blive irrationel. Ligeledes kan disciplinær kritik patientsikkerhedsmæssigt være et risikabelt tilsynsværktøj (ligesom der kunne være begrænset visdom i at tildele gentagen faglig myndighedskritik til en dement luftkaptajn).⁴⁷ Er en sundhedsudøver f.eks. hjerneskadet efter mangeårigt misbrug eller andet, kan forudsætningerne for disciplinæransvar således være kompromitterede, nødvendiggørende delvis eller fuldstændig indskrænkning i personens autorisation og virke.

I denne artikel fremdrages en tidligere dansk disciplinærnævns sag som baggrund for en diskussion af behovet for opmærksomhed om spørgsmålet om imputabilitet og hensigtsmæssige procedurer, når disciplinæransvar vurderes. En gennemgang af lovgivningen åbenbarer en meget fintunet hjemmel i forhold til at følge op på indikationer på uregelmæssigheder i en sundhedspersons professionelle virksomhed, så man kan bibringes den tanke, at det ikke på det foreliggende er mere lovgivning, der er brug for, men måske i højere grad en refleksion over reguleringens faktiske udmøntning. Mens en enkelt sag eller samtidige sager mod samme sundhedsperson, som senere viser sig at have en tilgrundliggende egnethedsproblematik, måske er svær at undgå, lægger imputabilitetsprincippet og de i AL kapitel 3 implicite patientsikkerhedshensyn ikke op til, at en sundhedsperson med gentagne indikationer på egnethedsproblematik fortløbende håndteres i ansvarssystemet med disciplinær forfølgning og sanktioner. Én eller gentagne sager, som drager en sundhedspersons generelle professionelle kunnen i tvivl, kræver således i overensstemmelse med officialprincippet afdækning af en evt. tilgrundliggende egnethedsproblematik og dynamisk interaktion relevante myndigheder imellem, så det i videst muligt omfang både tilsikres, at fagligt duelige holdes fagligt ansvarlige, men også at fagligt uegnede ikke er fagligt aktive.

⁴⁷ I det mindste fra de kommende passagerers perspektiv!