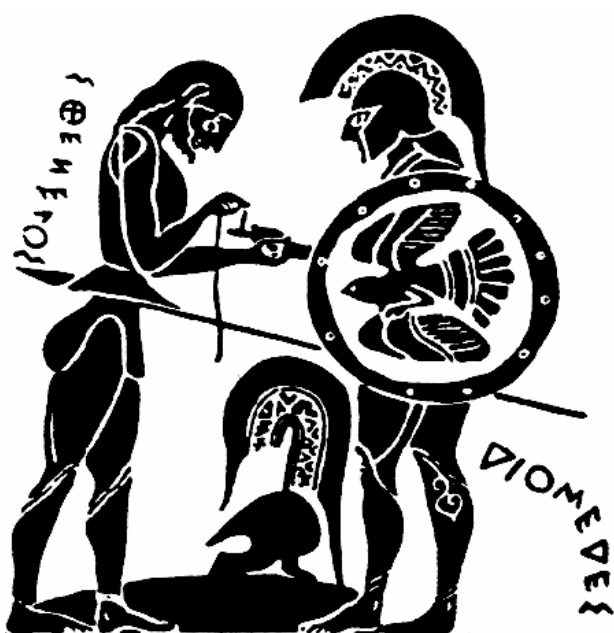


SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

**OFFENTLIGGJORTE AFGØRELSER
I 2005 INDEN FOR
LÆGELIGE SPECIALER,
ØVRIGE PERSONALEGRUPPER OG
JURIDISKE TEMAER**



INDLEDNING

Folketinget vedtog i maj 1999 en beslutning om, at der skulle etableres et et-årigt forsøg med offentliggørelse af afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Forsøget startede i september 1999, og efter en uafhængig evaluering besluttede Sundhedsministeriet i februar 2001, at ordningen skulle gøres permanent.

Patientklagenævnet offentliggør således den 20. i hver måned 20 afgørelser, der er udvalgt af nævnet den foregående måned. Afgørelserne vælges af det enkelte nævn ud fra, om de er vejledende, væsentlige eller principielle, og de offentliggøres på nævnets hjemmeside www.pkn.dk. Der offentliggøres et sagsresume sammen med hele den anonymiserede afgørelse.

Nævnet har udarbejdet et systematisk emneregister med opdeling af sagerne i de relevante lægelige specialer, personalegrupper og juridiske temaer, som klagesagerne omhandler (se **bilag 1**).

De sager, som er offentliggjort i 2005, er samlet i denne publikation. De enkelte sager kan omhandle flere specialer, personalegrupper og juridiske temaer. De er i denne publikation placeret efter, hvor hovedvægten i klagen har været.

På nævnets hjemmeside er det muligt i alle offentliggjorte sager at søge på alle lægelige specialer, personalegrupper og juridiske temaer, således at man kan få et samlet billede af klagetemaerne indenfor de pågældende områder og i den enkelte sag.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	Almen medicin.....	4
2	Anæstesiologi.....	20
3	Blodsygdomme	23
4	Gynækologi og obstetrik	24
5	Hjerte- og kredsløbssygdomme	27
6	Hud- og kønssygdomme	28
7	Intern medicin	29
8	Karkirurgi.....	31
9	Kirurgi.....	32
10	Lungesygdomme	35
11	Mave-tarmsygdomme, kirurgiske	35
12	Mave-tarmsygdomme, medicinske	44
13	Neurokirurgi.....	45
14	Neurologi	46
15	Ortopædkirurgi.....	47
16	Plastikkirurgi.....	61
17	Psykiatri	62
18	Røntgen.....	81
19	Urinvejskirurgi	83
20	Øjensygdomme	86
21	Øre-næse-halssygdomme	88
22	Ambulancebehandlere.....	92
23	Bioanalytikere	93
24	Fodterapeuter	95
25	Fysioterapeuter.....	96
26	Jordmødre.....	97
27	Kiropraktorer.....	97
28	Plekehjemsassistenter	99
29	Psykologer.....	101
30	Social- og sundhedsassistenter.....	102
31	Sygeplejersker	102
32	Tandlæger.....	110
33	Aktindsigt i helbredsoplysninger	112
34	Ansvarsfordeling	120
35	Identifikation og mærkning.....	127
36	Information og samtykke	130
37	Journalføring	136
38	Lægeerklæringer	142
39	Tavshedspligt	144
	BILAG 1.	151

1 Almen medicin

Klage over praktiserende læges behandling af patient med ondartet blodsygdom.

En 58-årig mand konsulterede den 13. november 2003 sin praktiserende læge for 10 dage varende smerter i ryggen opstået spontant. Lægen fandt en let fiksering af led i hvirvelsøjlen og behandlede med en blokade af binyrebarkhormon. Ved konsultation den 1. december 2003 fandt lægen ikke indikation for røntgenundersøgelse af patientens ryg. Efterfølgende viste blodprøver foretaget hos anden læge blodmangel og forhøjet kalk i blodet, og røntgenundersøgelsen af hvirvelsøjlen viste afkalkning og begyndende sammenfald af lændehvirvler. Den 10. december 2003 indlagde lægen patienten, hvor han fik konstateret en ondartet blodsygdom

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke foretog korrekt behandling den 13. november, Der blev endvidere klaget over, at lægen ikke foretog korrekt behandling den 1. december 2003, idet han burde have foretaget røntgenundersøgelse af patientens ryg.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet den ondartede blodsygdom, patienten havde pådraget sig, ofte diagnosticeres sent i forløbet, da sygdommen i tidlige stadier præsenterer sig som i patientens tilfælde. Senere i et sådant forløb tilkommer ubehandlelige rygsmerter og ofte påvirket nyrefunktion, og det er gerne dette, der bidrager til den endelige diagnose. Nævnet lagde endvidere vægt på, at røntgenundersøgelse ikke var tilrådelig, idet den diagnostiske værdi af røntgenundersøgelse ved korterevarende og ukomplicerede tilfælde er negligeabel, og idet der påføres patienten betydelige mængder røntgenstråling, der udgør en ikke ubetydelig helbredsmæssig risikofaktor.

Klage over praktiserende læge i forbindelse med oplægning af spiral

En 27-årig kvinde konsulterede den 8. marts 2004 sin praktiserende læge med henblik på oplægning af en spiral. Lægen fandt en ikke særlig stor og fremadrettet livmoder og målte dybden af livmoderhulheden med en sonde til 8 centimeter. Da lægen havde mistanke om, at hun ved sonderingen kunne have perforeret livmodervæggen henviste hun til akut undersøgelse hos speciallæge i gynækologi, som fandt normale forhold og ingen perforationsåbning. Ved kontrol hos speciallægen den 10. marts 2004 havde patienten haft gener ved cykling, og speciallægen ordinerede antibiotika. Ved scanning sås stadig ikke noget unormalt

Der blev klaget, at den praktiserende læge ikke foretog korrekt behandling af patienten.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen. Nævnet lagde vægt på, at det ikke er vanlig praksis, at lokalbedøve endsige at ultralydsscanne i forbindelse med oplægning af spiral. Praktiserende læger har yderst sjældent apparatur til scanning. Anlæggelse af spiral hos en kvinde, der ikke har født, er typisk lidt vanskeligere end hos kvinder, der har født flere gange og passage af livmoderhalskanalen er forbundet med nogen smerte. Ved sondering af livmoderen kan perforation

af livmodervæggen ske. Hos en ikke-gravid kvinde vil dette ud over den dermed forbundne smerte som regel være uproblematisk og kræver sædvanligvis ikke egentlig behandling.

Klage over manglende undersøgelse af gravid kvinde med blødning.

En 28-årig kvinde henvendte sig telefonisk til vagtlægen. Hun var gravid i 14. uge og var begyndt at bløde fra skeden. Hun blev henvist til at afvente bedring.

Efter den telefoniske kontakt til vagtlægen, valgte patienten at tage til skadestuen, hvor det ved undersøgelse blev konstateret, at der ikke var hjertelyd hos fosteret. Hun fik derfor foretaget provokeret abort.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev undersøgt, da hun kontaktede vagtlægen og oplyste, at hun var gravid i 14 uge og var begyndt at bløde.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik.

Nævnet lagde vægt på, at kvinden havde pletblødning, men ingen smerter, og at vagtlægen tilrådede nedsat fysisk aktivitet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at en pletblødning ofte kan være forbigående og uden betydning, og at der ikke var ret megen blødning eller andre symptomer såsom påvirket almentilstand eller feber.

Vagtlæge burde have foranstaltet yderligere undersøgelse på baggrund af symptomer

En 60-årig kvindes mand kontaktede den 10. september 2000 klokken cirka 14.00 vagtlægen, idet hans hustru havde vanskeligt ved at udtrykke sig. Ved ankomsten til vagtlægekonsultationen klokken 14.34 blev patienten undersøgt af en vagtlæge.

Vagtlægen fandt under sin undersøgelse, at patienten havde svært ved at tale og kun kunne besvare spørgsmål med ja og nej.

Vagtlægen spurgte under sin undersøgelse til mulige psykologiske årsager til patientens symptomer. Patientens mand oplyste, at hun havde været belastet de seneste 3 dage, da der havde været børnebørn på besøg.

Da vagtlægen under sin undersøgelse ikke fandt tegn på lammelser eller unormale nervereflekser, skønnede han, at patientens tilstand kunne skyldes en psykisk reaktion på belastning. Vagtlægen anbefalede derfor hvile til patienten, og han instruerede om, at familien skulle henvende sig igen, hvis der opstod nye symptomer.

Ca. 1/2 time efter hjemkomsten til hjemmet fik patienten kramper, og hun mistede bevidstheden. Ved senere undersøgelser på et sygehus blev det konstateret, at hendes tilstand var forårsaget af en lille hjerneblødning.

Der blev klaget over, at vagtlægen ikke foretog en tilstrækkelig grundig undersøgelse af patienten ved vagtlægebesøget den 10. september 2000.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægens behandling af patienten.

Nævnet lagde i sin afgørelse til grund, at vagtlægens undersøgelser af patienten viste, at patienten havde afasi (forstyrrelse i sprogfunktionen).

Nævnet kunne hertil oplyse, at flere forskellige hjernesygdomme kan optræde med afasi som første symptom, men at psykisk betinget afasi sjældent optræder med en så svært isoleret taleddefekt som i patientens tilfælde.

Det var derfor nævnets opfattelse, at vagtlægen burde have foranstaltet yderligere undersøgelser, herunder eventuelt indlæggelse på hospital, da han havde konstateret, hvilke symptomer patienten havde.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Klage over vagtlægens manglende iværksættelse af undersøgelse ved hurtigt opstået hævelse af tunge og problemer med at tale

En 57-årig kvinde henvendte sig til lægevagten, idet hun i forbindelse med penicillin behandling havde fået voldsom hævelse af tungen samt problemer med at tale. Vagtlægen henviste patienten til at rette henvendelse til praktiserende læge, når denne åbnede.

Der blev klaget over, at vagtlægen alene henviste patienten til at henvende sig hos egen læge.

Patientklagenævnet fandt anledning til kritik af vagtlægen, idet nævnet lagde vægt på, at der ved hurtigt opstået hævelse i mundhulen og af tungen sammenholdt med oplysninger om pågående penicillin behandling kræves hurtig behandling, idet der kan være tale om en svær allergisk hævelse, der kan være livstruende.

Klage over manglende undersøgelse af tidlig gravid kvinde med smerter i maven

En 30-årig kvinde kontaktede lægevagten med mavesmerter, kvalme og svedtendens. Hun var gravid i 9. uge. Hun fik det dårligere og kontaktede igen vagtlægen kl. 16.56 og oplyste på ny, at hun var gravid, og nu kastede op. Kl. 18. 26 blev der taget ny kontakt til lægevagten, da hun stadig fik det værre. Ved undersøgelse af patienten fik vagtlægen mistanke om, at patienten var gravid uden for livmoderen, og patienten blev indlagt akut på gynækologisk afdeling og opereret akut.

Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat tilstrækkelige undersøgelser af patienten.

Nævnet fandt grundlag for kritik af de vagtlæger, der ikke iværksatte undersøgelse af patienten, men anbefalede at se tiden an, idet at en graviditet uden for livmoderhulen (ekstrauterin graviditet) næsten altid viser sig i løbet af graviditetens første tre måneder. Tilstanden kan være farlig og indimellem livstruende. Det er derfor vigtigt at tænke på denne mulighed hos tidligt gravide, der henvender sig med nyopståede smerter i maven. Derudover kan en række andre symptomer optræde med vekslende hyppighed (blødning, kvalme, opkastninger og påvirket almentilstand).

Nævnet oplyste videre, at en graviditet uden for livmoderen ikke ses så hyppigt, og der er andre tilstande som kan give mavesmerter. Nogle af disse, herunder maveforkølelse, influenza og andre

virusinfektioner, muskel- og ledgener, kan være fredelige og uden behandlingsbehov, mens andre tilstande som for eksempel blindtarmsbetændelse også er farlig og behandlingskrævende. Derfor bør gravide med nyopståede mavesmerter tilbydes en lægelig vurdering, idet en telefonisk vurdering ofte vil være forbundet med uacceptabel stor usikkerhed. Kortvarig observation kan dog være acceptabel.

Klage over læges håndtering af svar på podning

En 38-årig mand henvendte sig den 3. april 2003 til sin praktiserende læge med nogle betændte sår, som lægen podede fra og behandlede med bakteriedræbende creme (Fucidin). Den 7. april 2003 kontaktede patienten lægen for at få svar på podningen, men svaret forelå ikke. Lægen havde herefter ferie til den 25. april 2003, og lægen kontaktede ikke efterfølgende patienten for at oplyse ham om podningssvaret.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge i perioden fra april til 10. juli 2003 ikke foretog korrekt behandling, idet han ikke oplyste om, at en podning foretaget primo april 2003 havde vist en infektion med stafylococ aureus

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, idet det måtte anses for sandsynligt, at patienten ikke bad om en konsultation med henblik på oplysning om podningssvar, inden lægen vendte tilbage fra ferie. Og da lægen ikke fra patienten fik oplysninger om, at der var problemer med sårhelingen, kunne det ikke bebrejdes lægen, at han efter sin ferie ikke på eget initiativ kontaktede patienten vedrørende podningssvaret.

Klage over fratagelse af medicin

En 35-årig mand fik ved indsættelse i arresten frataget en stor del af den medicin, han hidtil havde fået, idet fængselslægen vurderede, at der ikke var indikation for behandlingen og at patienten led af et blandingsmisbrug.

Der blev klaget over fratagelse af medicinen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, idet det var nævnets vurdering, at den medicinsammensætning, som patienten ønskede, savnede et lægefagligt grundlag.

Klage over mangelfuld behandling i forbindelse med testikelsnoning

En 33-årig mand blev henvist til skadestuen af praktiserende læge, da han havde smerter og ømhed i venstre testikel. Ved undersøgelse fandt en reservelæge, at den venstre testikel var rød, hævet og øm. Da han var i tvivl om diagnosen tilkaldte han en overlæge, der fandt, at patienten havde betændelse i testiklen.

Der blev blandt andet klaget over, at der ikke blev iværksat tilstrækkelige undersøgelser.

Nævnet fandt grundlag kritik af overlægen, idet overlægen ikke optog tilstrækkelige oplysninger patientens sygehistorie, herunder om han tidligere havde haft tilsvarende tilfælde, vandladningsproblemer, herunder hyppig vandladning, svie ved vandladningen eller udflåd fra urinrøret, eller om han havde haft feber. Videre manglede der oplysninger, om det var muligt isoleret at føle bitestiklen, og dermed om den var forstørret og øm.

Det var på baggrund heraf nævnets vurdering, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig undersøgelse til at udelukke diagnosen snoning af testiklen (torsio testis).

Klage over at et vagtlægebeføg var forsinket

En 48-årig mand henvendte sig den 4. marts 2004 til sin praktiserende læge, som fandt hans almene tilstand dårlig, og at han havde vejrtrækningsbesvær. Lægen fandt genopblussen af bronkitis. En blodprøve viste samtidig ikke tegn på bakteriel infektion. Lægen vurderede endvidere, at patienten var i risiko for at udvikle abstinenser på grund af nylig indtagelse af store mængder alkohol. Det blev derfor aftalt med en sygeplejerske fra patientens opholdssted, at der med det samme skulle påbegyndes behandling af abstinenser, såfremt sådanne symptomer skulle opstå.

Den 6. marts 2004 kl. 20.45 ringede en pædagog fra patientens opholdssted til lægevagten. Den visiterende vagtlæge A skrev i vagtlægenotatet, at patienten var misbruger af alkohol og stoffer, og at der var mistanke om, at han havde vand i lungerne. Knap 2 timer senere (kl. 22.36) rykkede en medarbejder ved patientens opholdssted visiterende vagtlæge A for besøg.

40 minutter senere kl. (23.16) rykkede en medarbejder ved patientens opholdssted atter lægevagten og talte ved denne lejlighed med visiterende vagtlæge C, som sendte en elektronisk rykker til den kørende vagtlæge.

Kl. 0.23 nåede den kørende vagtlæge frem til patienten, der var akut medtaget, gråbleg, klamtsvedende og havde symptomer på vand i lungerne. Vagtlægen foretog en behandling med ilt, indsprøjtning af vanddrivende medicin, smertestillende medicin og gav desuden et middel mod hjertekrampe. Vagtlægen ledsagede derpå patienten til sygehuset, hvor det blev konstateret, at han havde en dobbeltsidig lungebetændelse.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev korrekt behandlet den 6. marts 2004 ved flere opkald til lægevagten.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere visiterende vagtlæger A og C for deres behandling af patienten den 6. marts 2004. For så vidt angår vagtlæge A lagde nævnet vægt på, at vagtlægen ved den første henvendelse kl. 20.45 havde noteret i journalen, at der var mistanke om udtalt grad af vand i lungerne. Nævnet oplyste, at vand i lungerne er en farlig og livstruende tilstand, og såfremt en kronisk svækket person med misbrugsproblemer rammes af denne tilstand, er der en ekstra høj risiko for at udvikle akutte kredsløbssymptomer i forbindelse med for eksempel virusinfektion. På den baggrund var det nævnets opfattelse, at der ved den første kontakt med vagtlægen kl. 20.45 forelå en situation med behov for akut vurdering. Nævnet fandt det derfor kritisabelt, at patienten alene blev visiteret til et almindeligt besøg med en ventetid på op til flere timer, da vagtlæge A blev kontaktet.

Det var nævnets opfattelse, at det primære koordinationsansvar i en lægevagt er tillagt de telefonvisiterende læger. I en situation som den foreliggende, hvor der efter to timer rykkes for besøg, er det derfor den visiterende vagtlæges ansvar som koordinator at undersøge, hvad der foregår, og hvorfor det ønskede besøg endnu ikke er aflagt, da den kørende vagtlæge under udøvelsen af hvervet kan komme ud for situationer, der hindrer denne i at handle som forventet af den visiterende vagtlæge.

På den baggrund var det nævnets opfattelse, at visiterende vagtlæge A i den pågældende situation burde have gjort noget aktivt for at få sikkerhed for, at en formodning om snarligt besøg var korrekt.

Nævnet fandt det derfor kritisabelt, at vagtlæge A undlod at sikre sig, at et besøg ville blive aflagt hurtigt, da der to timer senere (22.36) blev rykket for sygebesøg.

For så vidt angår vagtlæge C lagde nævnet vægt på at hun burde have taget direkte kontakt til den kørende vagtlæge i stedet for blot at notere i den elektroniske journal, at der atter var rykket for besøg, idet der i to omgange blev rykket for besøg, og det måtte anses for klart, at situationen efterhånden var lægefagligt uacceptabel, og et besøg åbenlyst var presserende. Det var således nævnets opfattelse, at envejskommunikation ikke var acceptabelt, og at vagtlæge C som alternativ til usikkerheden om den kørende vagtlæges ankomst kunne have valgt at indlægge patienten direkte på sygehus med ambulance. Nævnet fremhævede i den forbindelse, at elektronisk kommunikation og en telefonisk kontakt til den kørende læge i den foreliggende situation ikke kunne sidestilles.

Der var endvidere klaget over den praktiserende læge, der undersøgte patienten den 4. marts 2004 samt den kørende vagtlæge, men nævnet fandt ikke grundlag for kritik af disse.

Klage over nedtrapning af metadondosis

En 37-årig mand var indsat i et arresthus. Han var på det tidspunkt i behandling med metadon. Arresthuslægen planlagde en nedtrappingsplan af metadonen.

Der blev klaget over, at arresthuslægen foretog nedtrapning af metadon..

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af arresthuslægen, idet det ifølge Sundhedsstyrelsen retningslinier vedrørende ordination af afhængighedsskabende lægemidler (januar 2003), er en forudsætning for at en metadonvedligeholdelsesbehandling accepteres, at der samtidig foreligger en behandlingsplan, som tager udgangspunkt i den psykosociale situation, og at behandlingsplanen bliver fulgt. Sker dette ikke, skal ned og udtrapning af metadonbehandlingen overvejes. En nedtrapning kan ske i løbet af en uge, lidt afhængig af den ordinerede metadondosis, som maksimalt bør være på 120 milligram i døgnet.

Klage over mangelfuld undersøgelse i forbindelse med graviditet i uge 20

En 29-årig kvinde var førstegangsgavid i uge 20 plus 6. Hun henvendte sig til lægen, da hun følte, at der var noget galt i underlivet med nedsynkningsfølelse og presstrang. Lægen foretog en gynækologisk undersøgelse og vurderede på den baggrund, at det måtte dreje sig om førstegangsgaviditets angst og anbefalede derfor patienten afslapning de følgende dage.

Der blev klaget over, at der blev begået fejl ved lægens undersøgelse.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at henvendelser fra gravide, især førstegangsfødende grundet bekymring for, om graviditeten forløber normalt er hyppigt forekommende. Nævnet vurderede, at lægen foretog en relevant gynækologisk undersøgelse og på den baggrund fandt, at de symptomer, patienten frembød, kunne være forenelige med graviditetsbetinget udvidelse af det væv, der omgiver livmoderen.

Indberetning vedr. mangelfuld udfyldelse af lægeerklæring ved tvangsindlæggelse

Den 20. juli 2003 kl. 13.39 aflagde en vagtlæge et besøg hos en patient på baggrund af en

henvendelse fra patientens søster.

Vagtlægen fandt, at patienten var klar og vågen, og at der ikke var tegn på begyndende leverkoma, selvom hun var gul i huden og meget tynd. Vagtlægen fandt videre, at patienten var ved sine "fulde fem". Patienten oplyste, at hun hverken ønskede at blive undersøgt eller indlagt på hospital. Vagtlægen fremsendte lægebrev herom til patientens praktiserende læge.

Den 22. juli 2003 kontaktede patientens søster patientens praktiserende læge telefonisk for at orientere lægen om vagtlægebesøget.

Den 22. juli 2003, ca. kl. 15.45 kontaktede patientens nevø den praktiserende læge telefonisk med henblik på tvangsindlæggelse af patienten. Patientens praktiserende læge telefonerede tilbage ca. kl. 16.45, hvor nevøen oplyste, at patienten var blevet dårligere, og at søsteren ikke kunne magte pasningen længere. Den praktiserende læge anbefalede kontakt til vagtlægen og eventuelt vagthavende hjemmesygeplejerske med henblik på pasning i hjemmet.

Den 22. juli 2003 kl. 19.18 fik patienten igen besøg af den samme vagtlæge, som ved besøget den 20. juli 2003. Han fandt, at patienten var klar på besøgstidspunktet, og at patienten gav udtryk for, at hun ikke ønskede indlæggelse. Efter konference med psykiatrisk udrykningstjeneste fandt lægen heller ikke grundlag for tvangsindlæggelse, men nok behov for legemlig (somatisk) behandling.

Den 23. juli 2003 blev patientens praktiserende læge atter kontaktet af patientens søster, som denne gang bad om et hjemmebesøg. Ved besøget fandt den praktiserende læge, at patienten fortsat nægtede at lade sig undersøge, og at hun virkede svært kronisk medtaget, dehydreret og gulfarvet. Den praktiserende læge fandt nu, at patientens psykiske tilstand kunne ligestilles med en psykose. Den praktiserende læge udfærdigede derefter en erklæring med henblik på tvangsindlæggelse på behandlingsindikation ("gule papirer"). Under rubrikken "formodet diagnose og patientens sindstilstand samt begrundelsen for antagelsen om, at udsigten til helbredelse eller bedring vil blive væsentligt forringet, hvis indlæggelse undlades" anførte den praktiserende læge følgende: "neopl. malignum o.p. (ondartet lidelse i maven), icterus mgr. (svær gulsot), coma hepaticum incip. (begyndende levercoma) causa socialis (plejegrunde/behandling), begyndende sløvhedstilstand, så pt. ikke kan vurdere sin egen situation. Hjælpeløs og behov for akut lægehjælp".

Patienten ankom den 23. juli 2003 kl. 13.00 til skadestuen, hvor det blev vurderet, at hun var døende (moribundt). Efter tilsyn fra medicinsk modtageafdeling blev patienten efterfølgende indlagt.

Den 24. juli 2003 kl. 11.00 afgik patienten ved døden.

Sundhedsstyrelsen indberettede den praktiserende læges erklæring i forbindelse med tvangsindlæggelse på behandlingsindikation

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen.

Patientklagenævnet oplyste, at det af lov om patienters retsstilling fremgår, at ingen behandling som udgangspunkt må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. For en patient,

der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende dog give informeret samtykke til behandling. Hvis en patient i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende ikke vil behandles, er der i henhold til lov om patienters retsstilling, uanset samtykke fra værge eller pårørende, ikke hjemmel til at gennemføre behandlingen med tvang.

Det fremgår endvidere af bemærkningerne til loven, at der skal tages hensyn til tidligere ønsker vedrørende en lægelig intervention udtrykt af en patient, som på interventionstidspunktet ikke er i stand til at udtrykke sine ønsker. Når disse tidligere udtrykte ønsker må antages fortsat at være aktuelle og relevante, skal de tillægges betydning og indgå som et element i sundhedspersonens behandlingsovervejelser.

Patientklagenævnet oplyste videre, at det af § 10 i lov om patienters retsstilling fremgår, at såfremt en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

Det var Patientklagenævnets opfattelse, at der ved den praktiserende læges hjemmebesøg hos patienten den 23. juli 2003 var tale om en situation, som ikke var omfattet undtagelsesbestemmelsen i § 10 i lov om patienters retsstilling.

Patientklagenævnet lagde til grund, at den praktiserende læge fandt mistanke om begyndende levercoma, hvilket også var udtrykt i lægeerklæringen ved tvangsindlæggelsen. Der forelå ikke, og den praktiserende læge beskrev ikke sikre tegn på, at patienten skulle være ude af stand til, at forstå betydningen af at modsætte sig indlæggelse. Endelig var der ikke i erklæringen beskrevet positive psykosesyntomer i form af vrangforestillinger eller tankeforstyrrelser. Nævnet fandt heller ikke, at patientens afvisning af at lade den praktiserende læge foretage en undersøgelse, eller patientens afvisende reaktion på transporten var udtryk for manglende realitetssans eller evne til at træffe beslutning om egne forhold.

Nævnet oplyste, at tvangsindlæggelse på behandlingsindikation i henhold til psykiatriloven kun må finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet.

Det fremgår af bekendtgørelse om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser § 5, at lægen, hvis tvangsindlæggelse skal finde sted, udfærdiger en erklæring, der skal indeholde en angivelse af den formodede diagnose, patientens sindstilstand og de omstændigheder, hvorpå lægen støtter, at betingelserne i psykiatriloven for tvangsindlæggelse er opfyldt.

Det var Patientklagenævnets opfattelse, at den praktiserende læge i erklæringen ikke havde anført oplysninger om den formodede psykiatriske diagnose eller om patientens psykiske tilstand, samt ikke havde anført på hvilket grundlag hun konkluderede, at patienten var psykotisk eller i en tilstand der ganske kunne sidestilles hermed.

Indberetning af praktiserende læges ordination af depressionsmiddel samt manglende opfølgning herpå

En 78-årig mand, der havde været patient hos sin praktiserende læge i ca. ½ år, henvendte sig til lægen med søvnforstyrrelser, og han fremstod med klare depressive træk. Lægen ordinerede Remeron tabletter mod depression, og 3 dage senere tillige 100 stk. Nitrazepam tabletter, der skulle

hjælpe på søvnløshed. Lægen var bekendt med, at patienten 20 år tidligere havde haft en depressionsepisode med et svært forløb.

Ca. 1 måned senere blev behandlingen med Remeron udskiftet med Cipralex, og atter en måned senere fik patienten atter Nitrazepam.

2 uger senere blev patienten fundet død i sin lejlighed, idet han havde taget sit eget liv ved at tage en plasticpose over hovedet.

Sundhedsstyrelsen indberettede blandt andet lægens behandling af patienten.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen, og det blev desuden indskærpet over for lægen at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet lagde herved vægt på, at man på baggrund af medicinordinationerne måtte formode, at behandlingen ikke havde den tilsigtede virkning, idet der undervejs dels var skiftet præparat, dels var ordineret store mængder sovemedicin i form af Nitrazepam. Det var nævnets opfattelse, at lægen burde have foretaget en løbende vurdering og registrering af sværhedsgraden af patientens depression henset til, at han var bekendt med, at patienten tidligere havde lidt af en svær depression, samt at han burde have henvist patienten til enten en specialist eller til indlæggelse under hensyntagen til depressionens sværhedsgrad og manglende behandlingseffekt.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at de fleste tilfælde af depression blev behandlet af de praktiserende læger. I svære tilfælde, herunder tilfælde, hvor patienten ikke reagerede på den ordinerede behandling, ville de fleste praktiserende læger konferere med en speciallæge, eventuelt henvise hertil eller indlægge patienten.

Endelig var det nævnets opfattelse, at ordinationen af Nitrazepam til en depressiv patient var større, end hvad der var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Klage over manglende undersøgelse og vurdering af et 1 år gammelt barn

En 1-årig pige blev af praktiserende læge sat i behandling med antibiotika på grund af lungebetændelse. Nogle dage efter kontaktede moren lægevagten, da patienten var slap med hurtig vejrtrækning. Senere samme dag kontaktede moren atter lægevagten, og blev tilbudt en undersøgelse i lægevagtkonsultationen. Dagen efter blev patienten indlagt med lungebetændelse.

Der blev blandt andet klaget over, at der ikke blev tilbudt undersøgelse i vagtlægekonsultationen ved den første henvendelse til lægevagten.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægens behandling af pigen, idet nævnet lagde vægt på, at spædbørn og småbørn bør tilbydes en klinisk vurdering på meget lav tærskel. Oplysninger om almen påvirkning (slaphed, bleghed, hurtig vejrtrækning, manglende væskeindtagelse) bør tillægges stor vægt. Det er velkendt, at symptomerne hos disse små børn kan være meget ukarakteristiske og vanskelige at bedømme, hvorfor en undersøgelse oftest bør tilbydes.

Klage over at egen læge ved telefonisk konsultation ikke foranledigede lægeundersøgelse ved smerter i højre ben af ukendt årsag hos patient med tidligere blodprop i det andet ben

En 59-årig mand konsulterede telefonisk sin egen læge på grund af gener fra højre ben. Under samtalen fik lægen oplyst, at patienten havde smerter i højre lægmuskel, og at han tidligere havde haft en blodprop i det venstre ben.

Lægen fandt det ikke nødvendigt at se patienten til en undersøgelse i klinikken. Han ordinerede blodfortyndende medicin (150 mg Magnyl dagligt) og rådede patienten til at søge læge ved forværring.

Senere på dagen blev patienten indlagt akut på sygehus på mistanke om blodprop i benet. På sygehuset blev det konstateret, at patienten havde en blodprop i højre ben og i højre lunge.

Der blev klaget over, at lægen ikke behandlede patienten korrekt, da han ringede til lægen på grund af gener i det ene ben.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen for hans behandling af patienten.

Nævnet lagde til grund, at patienten under den telefoniske konsultation oplyste, at han havde smerter i højre lægmuskel, og at han tidligere havde haft en blodprop i det venstre ben.

Nævnet oplyste, at det kan være vanskeligt med sikkerhed at diagnosticere en blodprop i benet, men at det i sådanne tilfælde er vigtigt, at der foretages en klinisk undersøgelse med henblik på at vurdere behovet for en eventuel yderligere udredning, da tilstanden blandt andet kan medføre komplikationer i form af blodprop til lungene.

Det var nævnets opfattelse, at oplysningen om, at der ikke var varme, hævelse eller rødme i benet ikke kunne stå alene, og at lægen alene på baggrund af oplysningerne om smerter i højre underben burde have foranlediget, at der blev foretaget en supplerende klinisk undersøgelse af patienten. Det var nævnets opfattelse, at en sådan undersøgelse var nødvendig, da der ikke forelå en kendt årsag til smerterne, for eksempel et traume, og da lægen var vidende om, at patienten tidligere havde haft en dyb årebetændelse i det andet ben.

Det var videre nævnets opfattelse, at lægen ikke burde have iværksat en behandling med blodfortyndende medicin uden en forudgående undersøgelse og diagnostisk afklaring, da en sådan behandling kan være forbundet med alvorlige bivirkninger i form af blandt andet blødning.

Der var endvidere klaget over lægens journalføring. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik heraf.

Klage over at vagtlæge overså symptomer på hjerneblødning hos en patient med misbrugsproblemer

*En 23-årig mand havde igennem mange år haft et periodevist stort alkoholmisbrug, ligesom han indimellem misbrugte kokain og hash. Efter en misbrugsperiode på 3-4 måneder var han blevet indlagt til afrusning på et <****>*

Natten til den 12. februar 2004 havde patienten kraftig hovedpine, og der blev derfor tilkaldt en vagtlæge. Vagtlægen foretog en objektiv undersøgelse, som ikke gav ham mistanke om

hjerneblødning. Han konkluderede, at der var tale om migræne og behandlede med smertestillende medicin.

Cirka en time efter vagtlægens undersøgelse blev patienten fundet liggende på gulvet i sit værelse. Han var ukontaktbar og i krampetilstand. Han blev derfor indlagt akut på hospitalet, hvor en CT-scanning viste en blødning under hjernens spindelvævshinde.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt undersøgelse og behandling af vagtlægen, idet vagtlægen stillede en forkert diagnose.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlægen for hans undersøgelse og behandling af patienten. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om vagtlægen havde reageret på patientens symptomer med ordinerings af blodtryksnedsættende medicin, indlæggelse på hospital eller ved at konferere tilfældet med speciallæger på et hospital.

Nævnet lagde vægt på, at vagtlægen foretog en til lejligheden relevant objektiv undersøgelse bestående af blodtryksmåling og vurdering af bevidsthedsniveau, øjenbevægelser, pupilreaktion, muskellammelser og stivhed i nakke og ryg. Der var efter nævnets opfattelse ikke sikre tegn på hjerneblødning på tidspunktet for undersøgelsen, da der ikke var stivhed i nakke og ryg, neurologiske udfald fra arme eller ben eller synsforstyrrelser. Nævnet fandt derfor ikke, at det kunne anses som udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed, at vagtlægen vurderede, at der ikke var grundlag for mistanke om en hjerneblødning.

Nævnet bemærkede dog, at vagtlægen ved den objektive undersøgelse fandt, at patienten havde et meget højt blodtryk og en ret lav puls. Hertil kom, at patienten aldrig havde haft migræne før, og at han var misbruger og dermed mere sårbar end en gennemsnitlig patient. Det var nævnets opfattelse, at disse symptomer kunne give anledning til mistanke om intrakranielt trykstigning, selv om en sådan oftest måtte forventes at give sig udslag i mere voldsomme symptomer såsom kvalme, opkastninger og synsforstyrrelser. På den baggrund fandt nævnet, at det havde været hensigtsmæssigt, om vagtlægen havde reageret på patientens symptomer med ordinerings af blodtryksnedsættende medicin, indlæggelse på hospital eller ved at konferere tilfældet med speciallæger på et hospital

Klager over ordination af gigtpreparat til mavesårspatient

En 85-årig kvinde, der i 2000 var blevet opereret for mavesår, henvendte sig i januar 2004 til sin læge på grund af rygsmerter. Hun blev sat i behandling med smertestillende gigtmicin og henvist til fysioterapeut. I april 2004 var smerterne i ryggen tiltagende. Behandlingen endte i juni 2004 med at være stærk smertestillende medicin, smertestillende gigtmicin og yderligere smertestillende medicin.

I september 2004 blev patienten indlagt akut med tiltagende mavesmerter og opkastninger, og ved en kikkertundersøgelse af mavesækken fandtes et blødende mavesår, som blev forsøgt behandlet. Patienten blev opereret i maven for at stoppe blødningen fra mavesåret.

Der blev klaget over, at lægen ordinerede Todolac som førstevalgs gigtpreparat uden samtidig at ordinere beskyttende medicin.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, men da patienten i 2000 var blevet opereret for mavesår, og der var en ubrudt ordination af Todolac gennem godt 7 måneder, fandt nævnet, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægen samtidig med ordinationen af Todolac havde foretaget ordination af syrepumpehæmmer eller anvendt anden behandlingsform.

Nævnet lagde vægt på, at behandling af smerter forårsaget af knoglesammenfald i hvirvelsøjlen er overordentlig vanskelig og stort set altid kræver flerstofbehandling. I behandling af sådanne smerter vil praktisk taget altid indgå gigtmidler. En undergruppe af gigtmidler er de såkaldte COX-2-hæmmere, hvortil bl.a. Todolac hører. Disse stoffer synes at medføre en mindre risiko for mavesårskomplikationer end øvrige gigtmidler. Mavesårssygdom er ikke en absolut kontraindikation, men forsigtighed må tilrådes ved tidligere mavesår. Brug af gigtmidler med overvejende COX-2-hæmning eller samtidig behandling med prostaglandinanalogen Misoprostol eller med en syrepumpehæmmer nedsætter risikoen for mavesår.

Indberetning af læge, der havde udarbejdet opdigtet journalnotat vedrørende medicinering

En 33-årig mand havde ifølge sin praktiserende læges journal indvilliget i at deltage i et projekt med afprøvning af medicin mod generende mavesmerter, refluxmedicin. Senere viste det sig, at patienten ikke havde indvilliget i at deltage i dette projekt, ligesom den pågældende ikke havde fået udleveret det anførte medicin. Det blev således konstateret, at forsøget var fabrikeret.

Sundhedsstyrelsen har indberettet lægens behandling til Patientklagenævnet

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af lægen for hans journalføring af behandlingen af patienten og fandt, at det skulle indskræpes lægen at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet lagde vægt på, at journaloptegnelser først og fremmest har betydning for patientsikkerheden, både behandlingsmæssigt og diagnostisk, men at de herudover tillige har betydning for tilsyn og kontrol af lægens faglige virke. Det var nævnets vurdering, at de fabrikerede journalnotater kunne have fået alvorlige konsekvenser for patienten, idet de eventuelt kunne have givet anledning til fejlagtig behandling, såfremt de var blevet udleveret, og de kunne ligeledes have fået betydning i for eksempel en senere opstået forsikrings sag. Det var nævnets opfattelse, at en praktiserende læges pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed omfatter en pligt til at føre ordnede optegnelser i overensstemmelse med reglerne herom.

Klage over praktiserende læges behandling af akillessenelæsion

En 29-årig mand følte den 24. februar 2003 et smertefuldt smæld i højre hælregion under badmintonspil og kunne herefter ikke stå på højre fod. Området hævede stærkt, og der var smerter. Den 27. februar 2003 konsulterede patienten sin praktiserende læge, som ikke fandt tegn på seneruptur, idet foden kunne strækkes og bøjes.

Den 10. april 2003 var der nogen bedring, men at han stadig havde gener og svært ved at gå ordentligt. Lægen fandt et mindre konturspring af akillessenen og henviste til ultralydsscanning på mistanke om akillessenelæsion. Ultralydsscanning viste en mindre delvis ruptur af højre akillessene med fortykkelse og væskeophobning (ødem) af den nærliggende muskulære del samt en let ansamling omkring senen. Kort tid efter konsulterede patienten på eget initiativ en speciallæge i ortopædkirurgi, der anbefalede hælindlæg og, såfremt dette ikke hjalp i løbet af 3 måneder, operation.

Den 7. juli 2003 henvendte patienten sig på skadestuen, da han tre dage forinden på ny havde fået smerter i højre hæl i forbindelse med et hovedspring i vandet. Man fandt lidt hævelse og blålig misfarvning svarende til hælbenet, og der blev følt en defekt i akillessenen samt ømhed her lidt ovenfor senetilhæftningen på hælbenet. Der var god kraft i foden, men patienten kunne ikke stå på tæer, og han blev behandlet med støttebind. Den 14. august 2003 konstaterede man på ortopædkirurgisk afdeling tegn på total ruptur af akillessenen, og der blev anbefalet operation.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev korrekt undersøgt og behandlet, idet lægen mente, at der var tale om en uskyldig hævelse af anklen og at patienten straks kunne gå i gang med genoptræning og arbejde.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, idet han ved sin undersøgelse havde været specielt opmærksom på muligheden af overrivning af akillessenen, og idet det var relevant, at han fandt, at der var tale om en akut overbelastning eller forstrækning af senen. Nævnet oplyste i den forbindelse, at en fod ved overrivning af akillessenen kan bøjes nedad ved hjælp af plantarissenen alene, men stillingen vil vanskeligt kunne fastholdes og slet ikke ved belastning som stand og gang, således at "gang på tåspidser" eller normal afvikling af gangen ikke er mulig. Den berørte fod vil desuden virke uden spændstighed, og gangen vil være haltende og slasket. Nedad-bøjning af foden er således en mulig bevægelse efter en overrivning af en akillessene, men ikke en bevægelse som almindeligvis udføres, endsiige vil forekomme naturlig i sit mønster kort efter en overrivning af en akillessene.

Indberetning af behandling af depression

En 36-årig mand henvendte sig til praktiserende læge med henblik på behandling for depression. Lægen ordinerede Akarin og sygemeldte patienten i 2 måneder.

Sundhedsstyrelsen indberettede blandt andet, at lægen burde have fulgt op på behandlingen med Akarin.

Nævnet fandt grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at det er sædvanlig praksis at aftale en forholdsvis tæt kontakt til patienter med en behandlingskrævende depressionssygdom i moderat eller svær grad. Det var nævnets opfattelse, at en patient under alle omstændigheder burde have været set efter senest 4 uger, hvorfor lægen burde have planlagt en opfølgende kontrol.

Klage over behandlingsforløb i forbindelse med kikkertoperation, herunder smertebehandling

En 32-årig kvinde blev ved en kikkertoperation behandlet for sammenvoksninger i underlivet. 3 dage efter indgrebet kontaktede patienten gentagne gange vagtlægen på grund af mavesmerter og forstoppelse. Vagtlægen ordinerede behandling med afføringsmiddel, men på grund af fortsatte smerter blev hun indlagt, og man konstaterede blandt andet et hul på tyktarmen. Efter at have anlagt en stomi var der problemer med størknet blod i stomiposen, og efterfølgende konstaterede man en indeklemmt tarmslyng og udposning på tyndtarmen. Under hele forløbet var patienten plaget af smerter, og hun blev smertedækket med Morfin.

Der blev blandt andet klaget over, at vagtlægerne ikke på et tidligere tidspunkt henviste hende til konsultationen, og at patienten fik så meget Morfin, at hun blev afhængig heraf.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den første vagtlæge, idet nævnet lagde vægt på, at lægen ordinerede behandling med Mikrolax, og at han bad hende henvende sig på ny ved manglende effekt.

Nævnet fandt anledning til kritik af den anden vagtlæge, idet nævnet lagde vægt på, at lægen ikke var tilstrækkeligt opmærksom på risikoen for tarmstop. Det var nævnets opfattelse, at lægen burde have spurgt til, om der var passage gennem mave-tarm kanalen samt at han burde have angivet kriterier for, hvornår patienten på ny skulle rette henvendelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere smertebehandlingen, idet nævnet lagde vægt på, at behandlingen med Morfin havde været nødvendig henset til patientens komplicerede sygdomsbillede.

Klage over manglende ordination af Metadon på baggrund af telefonisk henvendelse

En 55-årig kvinde skiftede læge og kontaktede sin nye praktiserende læge telefonisk og anmodede om ordination af Metadon. Lægen meddelte, at hun ikke ville udskrive Metadon på baggrund af den telefonisk henvendelse, men gav patienten tid i konsultationen senere samme dag.

Der blev klaget over, at lægen ikke på baggrund af telefonisk henvendelse ville ordinere Metadon.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at læger i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier ikke må ordinere afhængighedsskabende lægemidler til personer, de ikke kender. Videre lagde nævnet vægt på, at den telefoniske henvendelse var den første kontakt mellem lægen og patienten.

Klage over manglende samtykke til behandlingen

En 3 måneder gammel dreng blev undersøgt i lægevagten på grund af mistanke om forstoppelse og mavekneb. Undersøgelsen af drengen omfattede en undersøgelse af endetarmen med en lillefinger.

Der blev klaget over, at vagtlægen uden forudgående information herom foretog en indvendig undersøgelse af drengens endetarm, og at det efterfølgende blødte derfra, ligesom drengen græd meget.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægens undersøgelse af drengen. Nævnet fandt endvidere, at vagtlægen ikke kunne kritiseres for manglende indhentelse af forældrenes samtykke forud for behandlingen, og endelig fandt nævnet, at vagtlægen ikke havde tilsidesat sin journalføringspligt med hensyn til spørgsmålet om, hvorvidt han forud for undersøgelsen af drengen havde informeret forældrene om undersøgelsens omfang.

Nævnet lagde vægt på, at den kliniske undersøgelse af et spædbarn med mavesmerter bør foregå med barnet afklædt, og at det med til en fuldstændig maveundersøgelse, når der er tale om forstoppelse, tillige hører, at endetarmen undersøges med en finger for at mærke, om der sidder en klump hård afføring fast.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at når en patient kommer til lægen med et sundhedsfagligt problem, indebærer dette også en undersøgelse af patienten. Nævnet fandt således, at forældrene i kraft af deres henvendelse til lægen vedrørende drengens problemer havde samtykket til, at der fandt en undersøgelse af drengen sted. Nævnet lagde yderligere vægt på, at det af vagtlægens

udtalelse til sagen fremgik, at han ville føle op i endetarmen, lige før indføring af en lillefinger i endetarmen.

Der blev videre lagt vægt på, at undersøgelsen af drengens endetarm var en helt sædvanlig undersøgelse, der var meget lidt indgribende, og at der på den baggrund ikke kan stilles krav om, at vagtlægen skulle journalføre den information han gav forældrene i forbindelse med behandlingen.

Klage over manglende konstatering af kræft.

En 45-årig mand henvendte sig til praktiserende læge, idet han havde smerter i maven samt ændret afføringsmønster. Efter undersøgelse og forsøg på behandling blev patienten henvist til speciallæge i mave- tarm sygdomme. Denne foretog kikkertundersøgelse af maven samt nederste del af tyktarm og endetarm, hvorved der blev påvist et spiserørsbrok. Efterfølgende blev det ved undersøgelse i forbindelse med indlæggelse konstateret, at der tillige var tale om kræft i bughulen, uden at udgangspunktet for kræften kunne påvises.

Der blev blandt andet klaget over speciallægens undersøgelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen, idet nævnet lagde vægt på, at speciallægen stillede en relevant diagnose og ikke havde mulighed for at stille diagnosen kræft i bughulen, idet dette ville kræve avanceret skanning eller operation.

Klage over manglende konstatering af modermærkekræft

En 42-årig mand henvendte sig til praktiserende læge, idet han havde et rødt mærke på ryggen. Lægen konstaterede, at der var hårvækst på stedet, og han mistænkte derfor ikke, at der kunne være tale om hudkræft. Ved senere konsultation var mærket rødt og så inficeret ud. Patienten blev henvist til kirurgisk fjernelse, og i den forbindelse blev det konstateret, at der var tale om modermærkekræft.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke iværksatte tilstrækkeligt på baggrund af den første henvendelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at et modermærke, som det beskrevne, ikke umiddelbart burde give mistanke om noget ondartet. Nævnet oplyste, at mistanke om kræft bør rejses, såfremt der enten opstår spontane sårddannelser, der ikke heler, eller såfremt et modermærke ændrer farve og størrelse. Et modermærke, hvor pigmenteringen tiltager, og hvor grænsen mellem pigment og normal hud bliver uregelmæssig, bør i særlig grad ydes opmærksomhed.

Klage over afslag på sygebesøg

En 55-årig kvinde henvendte sig telefonisk til lægevagten, da der om natten var opstået åndenød og mavesmerter. Hun var alene og oplyste, at hun ikke var i stand til at komme til undersøgelse men anmodede om lægebesøg. Dette blev afslået af vagtlægen, men han bad patienten om at komme til undersøgelse i lægevagten.

Cirka 3 timer senere kontaktede patienten igen vagtlægen, der efter et sygebesøg indlagde patienten. Senere samme dag blev hun opereret for et perforeret mavesår.

Patienten klagede over, at der ikke blev foretaget en undersøgelse af hende

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, idet han havde sikret sig et sundhedsfagligt grundlag for at skønne, at der ikke var behov for et sygebesøg. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt om vagtlægen havde tilbudt patienten et sygebesøg henset til hendes symptomer samt hendes ønske om et sygebesøg, da hun oplyste, at hun ikke kunne transportere sig til konsultationen.

Klage over manglende iværksættelse af undersøgelse af smerter i venstre ben efter havearbejde

En 56-årig kvinde henvendte sig til lægevagten, idet hun efter havearbejde havde fået ondt i lænden. Lægevagt B anbefalede smertestillende medicin. Da smerterne blev værre, kontaktede patienten igen lægevagt A, hvor det blev oplyst, at patienten var faldet, ikke kunne støtte på benet og have snurren i benet. Der blev fortsat anbefalet smertestillende medicin. Efterfølgende viste det sig, at der var tale om en diskusprolaps.

Der blev klaget over, at lægevagten ikke iværksatte undersøgelse.

Nævnet fandt grundlag for kritik af lægevagt A, idet nævnet fandt, at denne på baggrund af patientens oplysninger om fald, manglende støtte på benet samt snurren i dette burde have foranstaltet en klinisk undersøgelse til afgørelse af, om den iværksatte behandling med smertestillende medicin skulle fortsætte, eller der eventuelt var behov for indlæggelse.

Klage over vagtlægekonsultation

En dreng på 22 måneder blev sent om aftenen undersøgt af vagtlægen, som vurderede, at han havde halsbetændelse og ordinerede penicillin.

Den følgende morgen kl. 6.35 kontaktede drengens mor lægevagten og oplyste, at drengens vejrtrækning var hvæsende, og at det gjorde ondt på ham, når han hostede. Der blev herefter aftalt tid til undersøgelse i lægevagten kl. 9.00

Kl. 7.33 kontaktede moderen på ny lægevagten, hvor hun oplyste, at drengen døjede med at trække vejret og havde over 40 i feber. Der blev nu aftalt et udkørende vagtlægebesøg, så snart lægen påbegyndte sin vagt.

Vagtlægen ankom ca. kl. 8.30 og fandt drengen døende uden vejrtrækning og puls og genoplivningsforsøg var uden resultat.

Der blev klaget over, at vagtlægerne ikke spurgte mere til drengens tilstand ved de to henvendelser.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægernes behandling ved de to telefoniske konsultationer, idet vagtlægerne burde have stillet yderligere spørgsmål om drengens symptomer, herunder om hans vejrtrækning og almentilstand.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Vagtlæges behandling af pludseligt opstået, voldsom hovedpine.

En 43-årig mand fik den 12. februar 2004 pludselig en meget kraftig hovedpine med nakkeømhed. En vagtlæge tolkede ved hjemmebesøg tilstanden som akut nakkehold og ordinerede smerte- og kvalmestillende medicin samt henviste til egen læge den følgende dag.

Den følgende nat kl. 02.20 blev det konstateret, at han var afgået ved døden. En obduktion viste, at dødsårsagen måtte antages at være blødning under den bløde hjernehinde, som mest sandsynligt var forårsaget af en udposning på en hjernepulsåre.

Sundhedsstyrelsen indberettede vagtlægens behandling af patienten.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægens behandling og indskærpede vagtlægen at udvise større omhu i sit fremtidige virke, idet nævnet lagde vægt på, at der forelå en betydelig mistanke om, at der kunne være tale om en blødning, og det ikke var fagligt korrekt, at acceptere en øm nakke som en tilfredsstillende forklaring på de voldsomme symptomer. Der blev endvidere ikke foretaget en egentlig neurologisk undersøgelse, og der blev ikke undersøgt for nakke-rygstivhed. Nævnet fandt, at vagtlægen alene på baggrund af sygehistorien skulle have henvist til udredning for en blødning.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at der kan være flere forskellige årsager til anfaldsvis hovedpine med eller uden ledsagesymptomer. Migræne og nakkehold ses meget hyppigere end en akut blødning ud under hjernehindrerne, men den sidstnævnte tilstand er livsfarlig og skal altid overvejes, hvis der foreligger en meget pludselig, voldsom hovedpine, som kan være ledsaget af kvalme, opkastninger eller bevidsthedspåvirkning. Der er ikke feber, men der vil ofte, men ikke altid optræde nakkestivhed, hvorfor der skal undersøges for dette. Oplysninger om, at en hovedpine er opstået som med et smæld bør skærpe opmærksomheden omkring muligheden for en blødning fra en karbristning eller en karudposning (aneurisme).

2 Anæstesiologi

Klage over overskæring af nerve i forbindelse med muskelvævsprøve

En 52-årig kvinde blev indlagt med henblik på operativ undersøgelse for allergi mod bedøvelsesmidler. En overlæge udtog den følgende dag en muskelvævsprøve fra patientens venstre lår. Patienten fik efterfølgende prikkende og jagende smerter fra venstre lår.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med undersøgelsen, idet hun fik skåret en nerve over.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen. Nævnet lagde vægt på, at der ved enhver gennemskæring af huden kan forekomme overskæring af små hudnervegrene, idet disse har et individuelt varierende forløb, hvorfor det ikke er muligt at undgå dem.

Klage over føleforstyrrelser efter operation i fuld bedøvelse.

En 33-årig kvinde blev i fuld bedøvelse opereret på grund af en byld på indersiden af højre balde. Bylden blev udtømt efter at patienten var blevet bedøvet med Propofol, Fentanyl og ilt på maske.

Operationen forløb uden komplikationer, men efter et par dage oplevede patienten en snurrende, sovende fornemmelse i højre kind og læben, kuldefornemmelser samt snurrende fornemmelse i venstre 4. og 5. finger.

Der blev klaget over disse føleforstyrrelser og anført, at generne kunne skyldes narkosen.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen.

Nævnet oplyste, at der ikke i litteraturen er beskrevet bivirkninger ved den anvendte bedøvelsesform, som kunne minde om de beskrevne symptomer.

Indberetning af praktiserende speciallæges anvendelse af blokader

En 67-årig kvinde konsulterede en praktiserende speciallæge i anæstesiologi på grund af kroniske lændesmerter. Hun blev henvist til en røntgenundersøgelse, hvorved der bl.a. blev konstateret ledskred mellem to lændehviver.

Patienten modtog ifølge 217 blokader i 10 behandlingsserier, blandt andet indeholdende binyrebarkhormon.

Sundhedsstyrelsen indberettede speciallægens behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt, grundlag for at kritisere speciallægens behandling af patienten i perioden fra den 5. januar 1999 til 18. december 2001.

Nævnet lagde vægt på, at de første to til tre behandlingsserier havde været indicerede, men at det ikke kunne anses for indiceret at speciallægen efterfølgende i flere år fortsatte udelukkende med blokadebehandling, særligt når der kun blev opnået en ringe og kortvarig effekt af tidligere behandlingsserier. Speciallægen burde have henvist patienten til fysioterapeutisk behandling, helst i et tværfagligt samarbejde senest efter tre behandlingsserier.

Nævnet kunne hertil oplyse, at en blokade af perifere nerver, i dette tilfælde iskiasnerven, med et lokalbedøvelsesmiddel kan give smertelindring så længe lokalbedøvelsesmidlet har effekt. Indsprøjtning af binyrebarkhormon omkring en perifer nerve har kun effekt, såfremt der foreligger en irritationstilstand omkring nerven. En sådan irritationstilstand af iskiasnerven i forbindelse med ledskred er yderst tvivlsom, og derfor vil indsprøjtning med binyrebarkhormon normalt ikke have nogen positiv effekt.

Indberetning af praktiserende speciallæges anvendelse af blokader

En 69-årig mand henvendte sig til en privat praktiserende læge i anæstesiologi med henblik på blokadebehandling, da han led af kroniske smerter. Patienten modtog herefter 261 blokader på 3 år, blandt andet indeholdende binyrebarkhormon.

Sundhedsstyrelsen indberettede speciallægens behandling af patienten.

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægen og indskærpede desuden overfor speciallægen at udvise større omhu og samvittighedsfuldhed i sit fremtidige virke.

Nævnet oplyste, at der ikke er retningslinier for hvor mange blokader, der kan gives. Hvis blokaderne virker, er binyrebarkhormon ekstremt effektivt, hvorfor det ikke er nødvendigt med mange blokader. Videre oplyste nævnet, at man er tilbageholdende med gentagne blokader til kroniske patienter, medmindre de er led i en flerstrengt behandlingsstrategi eller anvendes i optræningsøjemed. Nævnet fandt således, at speciallægen burde have overvejet andre behandlingsmuligheder, idet det givne antal blokader langt overstiger det anbefalede.

Klage over at have mistet stemmen efter bedøvelse

En 63-årig kvinde havde været generet af svulstdannelse under begge armhuler efter, at hun havde fået foretaget en brystreduktion, og hun ønskede en operation herfor. Operationen blev foretaget i fuld bedøvelse. Selve Intubationen var vanskelig, idet oversigtsforholdene var dårlige, således at kun den bagerste del af åbningen til luftrøret kunne ses. Det lykkedes først i 3 forsøg, idet tuben blev forsynet med en plastikstiver, hvorefter operationen blev gennemført.

Efterfølgende var patienten meget hæs, og det blev konstateret, at hun havde hævet stemmebånd.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med bedøvelsen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet patienten forud for operationen var blevet undersøgt af en anæstesi-læge, der havde vurderet, at hun var svært overvægtig samt at hun havde spiserørsbrok. Nævnet oplyste, at man ved en operation af den aktuelle type er det principielt muligt at sikre patientens luftvej på to forskellige måder. Den ene er, at anvende en specialkonstrueret maske med en oppustelig ring (larynxmaske), som bliver anbragt i den nederste del af patientens svælg bag strubeindgangen, hvorved der kan pustes luft ned i patientens luftrør og lunger. Ved anvendelse af en larynxmaske bliver stemmebåndene således ikke berørt af masken. Den anden måde at sikre luftvejen på er, at føre et plastikrør ned i luftrøret (endotracheal intubation), en sådan intubation foregår under synets vejledning, idet anæstesi-lægen efter, at patienten er faldet i søvn fører et instrument (laryngoskop) ned i patientens svælg, hvorved indgangen til struben kan iagttages (laryngoskopi). Ved anvendelse af en endotracheal tube vil denne uundgåeligt røre ved stemmebåndene.

Det var nævnets vurdering, at der var forhold, som talte imod brugen af larynxmasken ved anlæggelse af bedøvelse af kvinden, herunder at hun var betydeligt overvægtig med et såkaldt BMI (Body Mass Index) over 40, dels at hun led af spiserørsbrok, hvilket indebar en risiko for, at der under anæstesen kunne løbe maveindhold op i svælget og ned i lungerne (aspiration).

Nævnet oplyste videre, at en sådan såkaldt aspiration kan blive forhindret ved anvendelse af en endotracheal tube, men kan ikke med sikkerhed forhindres ved brug af larynxmasken.

Klage over epiduralblokada

En 33-årig kvinde skulle i forbindelse med fødsel have anlagt en rygbedøvelse (epiduralanalgesi) som smertelindring. Efterfølgende udviklede hun hovedpine.

Der blev klaget over, at der i forbindelse med bedøvelsen blev begået fejl.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at bedøvelsen blev anlagt relevant, samt at problemet med hovedpine i efterforløbet af en rygbedøvelse forekommer hos 1 – 5 % af patienter, som har fået anlagt epiduralkateter. Hos hovedparten af disse patienter skyldes hovedpinen en utilsigtet punktur af den hårde hjernehinde, som afgrænser rygmærken (ned til den øverste del af den 1.lændehvirvel) og rygmærkesvæsken (ned til cirka den anden korsbenschvirvel).). Lækagen af rygmærkesvæske gennem hullet i den hårde hjernehinde kan give anledning til hovedpine, så længe hullet er åbentstående. Det er muligt at opnå en hurtig lukning af dette hul ved at indsprøjte 15 – 20 ml af patientens eget blod i epiduralrummet.

3 Blodsygdomme

Klage over manglende henvisning til sygehus og anden sygehusafdeling samt forkert diagnose.

En 65-årig mand fik leukæmi i 1997. I april 2001 fik han hoste. Egen læge opfattede hosten som forårsaget af nedsat hjertefunktion, og behandlede med hjertemedicin. På baggrund af en undersøgelse, der viste forandringer af lungerne, fortalte lægen, at forandringerne skyldtes leukæmien.

I december 2001 blev patienten undersøgt på et sygehus. Det blev vurderet, at leukæmien skulle behandles, og der blev blandt andet foretaget røntgenundersøgelse af brystkassen. Resultatet af røntgenundersøgelse af brystkassen forelå ikke ved en konsultation den 24. januar 2002, og der blev aftalt ny kontrol den 5. april 2002. Ved denne kontrol så lægen for første gang røntgenbeskrivelsen af røntgenundersøgelsen udført den 24. januar 2002. Den gav mistanke om en svulst. En ny røntgenundersøgelse af brystkassen viste nu en tydelig svulst i venstre lunges overlap.

Den 13. maj 2002 blev patienten opereret for svulsten i lungen Det var ikke muligt at fjerne hele svulsten.

Der blev klaget over, at egen læge ikke foretog sig noget, da hustruen rettede henvendelse til ham. Derudover blev der klaget over, at afdelingslægen stillede forkert diagnose den 24. januar 2002, ligesom lægen ikke henviste til en anden afdeling, da der blev påvist en plet på lungens.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af egen læge. Nævnet lagde vægt på, at lægen skønnede, at hosten skyldtes hjertepumpesvigt, at røntgenundersøgelsen viste normale forhold, og at der blev ordineret stærkere vanddrivende medicin og et middel til stabilisering af hjerterytmen og fremmede effekt på hjertets pumpefunktion. Derudover lagde nævnet vægt på, at han kontaktede patienten, som angav, at smerterne var tålelige.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af afdelingslægen. Nævnet lagde vægt på, at undersøgelse af knoglemarven bekræftede diagnosen leukæmi. Afdelingslægen ordinerede ultralyd af maven og røntgenundersøgelse af brystkassen.

Nævnet lagde videre vægt på, at ultralydsundersøgelsen af maven den 24. januar 2002 ikke viste forstørret milt eller lymfeknuder. Røntgenundersøgelse af brystkassen forelå ikke ved konsultationen hos afdelingslægen, som aftalte ny kontrol. Da han ved kontrollen så

røntgenbeskrivelsen af røntgenbilledet af brystkassen, gav den mistanke om svulst, og der blev igen udført røntgenundersøgelse af brystkasse, som viste nu en tydelig svulst i venstre lunges overlap.

Der var ingen signatur på røntgenbeskrivelsen af den 24. januar 2002 om, at den var modtaget på afdelingen. Ifølge overlægen var sekretærerne og sygeplejerskerne bekendt med, hvilken læge en given patient var tilknyttet. Prøvesvar, herunder røntgenundersøgelser, som modtages, blev lagt til patientens kontaktlæge i dennes kasse i ambulatoriet. Først når svarene var signeret, måtte de lægges ind i journalen. I tilfælde af fravær var det aftalt, hvilken læge der skulle gennemse prøvesvar.

Da det ikke var klarlagt, om det var en person, der var omfattet af nævnets kompetence, der havde taget sig af det, kunne nævnet ikke tage stilling til denne del af klagen.

4 Gynækologi og obstetrik

Der blev klaget over tidligt planlagt kejsersnit (umodne lunger hos nyfødt).

En 32-årig andengangsfødende kvinde fik i graviditetsuge 36+3 foretaget planlagt kejsersnit. Ved kejsersnittet fødte kvinden en datter, der vejede 3162 g. Den nyfødte pige måtte have ilt efter fødslen og blev indlagt til behandling for umodne lunger.

Der blev klaget over, at kejsersnittet blev planlagt og udført for tidligt, og at den nyfødte pige ikke modtog en korrekt behandling, herunder at hun blev taget ud af respirationsunderstøttende behandling.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der havde planlagt og udført kejsersnittet. Nævnet lagde vægt på, at et barn betragtes som værende modent ved 37 graviditetsuger, og at kejsersnittet kun blev foretaget fire dage før dette tidspunkt. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involverede i behandlingen af den nyfødte pige. Nævnet lagde herved vægt på, at man først begyndte at nedtrappe den respirationsunderstøttende behandling, da hendes tilstand var stabil.

Klage over hul i tarm i tilknytning til fjernelse af livmoderen

En 49-årig kvinde fik fjernet livmoderen på grund af blødningsforstyrrelser. Efter operationen fik patienten meget ondt i maven, havde åndedrætsbesvær og maven var oppustet og spændt. Der blev iværksat røntgenoversigt af bughulen to dage efter operationen, som viste luft i mellemgulvet. Herefter blev patienten overflyttet til en specialafdeling med henblik på yderligere udredning, idet den behandelende overlæge på gynækologisk afdeling havde mistanke om tarmperforation.

Der er klaget over, at patienten ikke fik en korrekt behandling i forbindelse med fjernelse af livmoderen samt i forbindelse med efterforløbet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den pågældende overlæge på gynækologisk afdeling. Hverken ved operationen eller i efterforløbet.

Nævnet lagde herved vægt på, at operationen, hvorved livmoderen blev fjernet, blev udført i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinier, og at overlægen tilså kvinden et par

timer efter operationen. Der blev videre lagt vægt på, at den pågældende overlæge konfererede med en speciallæge i mave-tarmsygdomme to dage efter operationen, og at denne speciallæge ikke havde nogen behandlingstilbud ud over det allerede iværksatte.

Der blev yderligere lagt vægt på, at overlægen på gynækologisk afdeling foranledigede overflyttelse til et andet sygehus med en specialeafdeling to dage efter operationen, da mistanken om tarmperforation var vakt.

Nævnet fandt, at uanset at tarmperforationen opstod i forbindelse med underlivsoperationen, var dette en utilsigtet og hændelig komplikation til indgrebet, som ikke kunne tilskrives en forkert operationsmetode eller teknik.

Der blev herved lagt vægt på, at der ikke under selve underlivsoperationen var mistanke om, at der var sket en læsion af tarmene, hvorfor det er nævnets opfattelse, at det ikke er almindelig procedure at gennemgå mavetarmkanalen for eventuelle perforationer.

Klage over manglende information og overvågning i forbindelse med opvågningen

En 38-årig kvinde blev opereret for stress-inkontinens (såkaldt TVT-operation) i februar 2004. Under operationen var det nødvendigt at fjerne det anlagte bændel, og idet den pågældende gynækologiske afdeling ikke havde flere TVT-sæt på lager, kunne operatøren ikke fuldføre operationen.

Efter operationen blev patienten kørt på opvågningsafsnittet, og hun blev udskrevet samme aften. Det blev konstateret, at man havde glemt at fjerne venflon'et inden patienten forlod afdelingen.

Der blev klaget over patienten ikke var under opsyn i timerne efter operationen, og at hun blev udskrevet for tidligt. Der blev endvidere klaget over, at patienten ikke fik en samtale med operatøren omkring den mislykkede operation, og at der ikke blev fulgt op med yderligere kontrol efter udskrivelsen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger og sygeplejerske i forbindelse med indlæggelsen og den efterfølgende kontrol. Nævnet fandt endvidere, at de involverede læger ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling vedrørende spørgsmålet om information omkring operationen, både før og efter denne.

Nævnet lagde vægt på, at der forelå et fyldestgørende sygeplejekardex, der dokumenterede, at patienten blev observeret og overvåget under hele opvågningen.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten før den planlagte TVT-operation var informeret om indgrebets omfang og risici, og at patienten havde fået udleveret skriftligt patientinformation. Nævnet lagde vægt på, at patienten efter operationen blev informeret af en afdelingslæge omkring operationen og årsagen til, at denne ikke kunne gennemføres. Der er lagt vægt på, at operatøren ringede til patienten dagen efter udskrivelsen og igen forklarede hende forløbet i sagen.

For så vidt angår tidspunktet for udskrivelsen lagde nævnet vægt på, at patienten selv ønskede at komme hjem med det samme, og at patienten var i velbefindende. Nævnet fandt, at det var et hændeligt uheld, at patienten forlod afdelingen med et venflon i hånden.

Endelig lagde nævnet vægt på, at patienten af operatøren blev tilbudt en ny tid til operation i april 2004, og at patienten fik tid i ambulatoriet en måned efter TVT-operationen.

Klage over tarmperforation i tilknytning til underlivsoperation

En 29-kvinde fik i oktober 2003 fjernet venstre æggeleder og æggestok på grund af betændelse. Efter operationen blev patienten utilpas med feber. Der blev tre dage efter operationen foretaget en røntgenundersøgelse af tyktarmen, som viste et hul på forsiden af endetarmen. På den baggrund blev patienten opereret akut, og man fandt en klump betændt væv omkring hullet. Der blev lagt en stomi, og efterforløbet var langvarigt og kompliceret med blodforgiftning og bylder i bughulen.

Der er klaget over, at den primære underlivsoperation i oktober 2003 ikke blev udført korrekt, idet tarmen herved blev perforeret.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de opererende læger på gynækologisk afdeling i forbindelse med ved operationen i oktober 2003

Nævnet lagde herved vægt på, at indgrebet var kompliceret af talrige sammenvoksninger mellem ”fedtforklædet” og forreste bugvæg, ligesom hele det lille bækken var lukket af sammenvoksninger. Livmoderen var endvidere med sammenvoksninger til blæren.

Videre lagde nævnet vægt på, at der fandtes betændelsesforandringer omkring venstre æggeleder og æggestok, og at betændelsesforandringer kan mørne vævet så meget, at der opstår spontan tarmperforation.

Nævnet lagde samtidig vægt på, at de opererende læger afsluttede indgrebet med at indhælde vand i bughulen samtidig med, at man blæste luft i endetarmen for at sikre, at der ikke var hul på tarmen noget steds. Nævnet lagde således vægt på, at der ikke var tegn på perforation af tarmen ved denne manøvre, og at der heller ikke var klinisk mistanke om tarmperforation. Det fandtes derfor i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard at afslutte operationen.

Nævnet fandt, at tarmperforationen, som blev erkendt nogle dage efter indgrebet, var en hændelig komplikation til operationen og ikke var udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed, idet man ikke kunne erkende tarmperforationen under operationen. Der var formentlig tale om en delvis gennemskæring af bindevævshinden på tarmen, som i løbet af nogen tid udviklede sig til en fuldvægslæsion.

Klage over abortindgreb

En 31-årig kvinde blev af praktiserende læge henvist til gynækologisk afdeling med henblik på at få foretaget en abort. Hun blev modtaget på afdelingen, hvor hun blev undersøgt, og ultralydsskannet. Herefter blev abortindgrebet foretaget via sugemetoden. Det udhentede vævsmateriale blev ikke sendt til undersøgelse.

Efterfølgende udeblev kvindens menstruation, og en ultralydsundersøgelse viste, at hun var gravid i 17. uge.

Der blev klaget over, at abortindgrebet ikke blev udført korrekt.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, der foretog indgrebet. Nævnet oplyste, at der ikke er noget krav om mikroskopisk undersøgelse af det udhentedede væv, og selv om dette var gjort kunne man ad denne vej ikke med sikkerhed have konstateret, at abortindgrebet var udført fuldstændigt.

Nævnet oplyste videre, at det er en kendt, men sjældent forekommende komplikation, til kirurgisk abort ved sugemetode, at dele af graviditeten ikke kommer med ud, og i yderst sjældne tilfælde fortsætter graviditeten og udvikler sig videre i et normalt forløb.

5 Hjerter- og kredsløbssygdomme

Klager over fejl ved gennemførelse af undersøgelse af hjertets kranspulsårer (blodprop i hjernen)

En 48-årig mand havde gennem kortere tid haft føleforstyrrelser og styringsbesvær i højre arm samt svimmelhed. Ved bevægelse havde han videre smerter i venstre arm og bag brystbenet med udstråling til kæben. Der blev fundet indikation for foretagelse af undersøgelse af hjertets kranspulsårer. Efterfølgende udviklede patienten blodpropper to steder i venstre hjernehalvdel.

Der blev klaget over, at undersøgelsen af hjertets kranspulsårer ikke blev gennemført korrekt.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens behandling af patienten, idet nævnet lagde vægt på, at der ved undersøgelse af hjertets kranspulsårer er en risiko for, at der dannes små blodpropper, der rives med af blodstrømmen.

Nævnet fandt dog anledning til at bemærke, at det ikke var muligt at afgøre, om blodpropperne, der blev konstateret i hjernen, skyldtes selve undersøgelsen eller en i forvejen dårlig blodforsyning til hjernen.

Klage over beskadigelse ved indstik i lysken

En 50-årig kvinde blev indlagt på kardiologisk afdeling for at få foretaget en røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer. Røntgenundersøgelsen blev foretaget via en arterie i lysken. Kranspulsårerne blev fundet normale. Ved kontrol i ambulatoriet 4 måneder efter havde patienten smerter i højre lyskeområde. Hun oplyste, at der havde været lidt vanskeligheder med indførelsen af kateteret i arterien i lysken. Dog havde der ikke været nogen blodansamling. Ultralydsundersøgelse af lysken viste normale forhold, specielt ingen blodansamling.

Der blev klaget over, at benet blev beskadiget ved indstik i lysken.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere behandlingen.

Ifølge overlægen havde kranspulsåreundersøgelsen vist normale kranspulsårer, og indgrebet var ukompliceret, idet selve proceduretiden var mindre end 5 minutter, og den tid, man brugte til at gennemlyse med røntgen, var meget kort. Patienten blev udskrevet samme dag.

Ifølge patienten oplevede hun indstikket i højre lyske som ubehageligt og smertefremkaldende, trods at der var indgivet lokalbedøvelse. Endvidere havde operatøren oplyst, at huden havde været sej at stikke i.

Nævnet fandt på baggrund af patientens oplysninger og på baggrund af, at udskrivelsen fandt sted samme dag som undersøgelsen, at blodansamlinger ikke kunne være forårsaget af indstikket. Desuden var der blevet gennemført ultralydsskanning på et senere tidspunkt, som ikke viste tegn til gamle blodansamlinger i lyskere-regionen.

Klage over behandling i strid med livstestamente

En 72-årig kvinde havde den 17. Oktober 2002 fået indopereret en ny hjerteklap. Den 4. November 2002 fik hun hjertestop, og hun var uden åndedræt og puls. Lægerne begyndte kunstigt åndedræt og hjertemassage. Brystkassen blev herefter åbnet, og et hul i legemspulsåret blev syet sammen, og der blev givet intern hjertemassage, som medførte, at hjertet kunne pumpe af sig selv og brystkassen blev syet sammen igen. Nogle timer senere svigtede hjertet igen, og patienten døde.

Der blev klaget over, at lægerne i strid med patientens livstestamente forsøgte at holde hende i live, da hun blev konstateret respirations- og livløs den 4. November 2002.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne for deres behandling af patientens hjertestop.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af livstestamentet, at patienten ikke ønskede livsforlængende behandling, hvis hun var i en situation, hvor hun var uafvendeligt døende. Nævnet oplyste, at man hos en nyopereret hjertepatient, der får hjertestop, ikke opfatter denne tilstand i sig selv som en situation, hvor patienten er "uafvendeligt døende", idet man ofte med relativt enkle midler vil kunne genetablere kredsløb og åndedræt, uden at patienten får varige mén af behandlingen.

6 Hud- og kønssygdomme

Klage over utilstrækkelig undersøgelse og behandling af en hudlidelse, samt over forveksling af biopsiprøver

En 41-årig kvinde henvendte sig til speciallæge på grund af kløende udslæt på overkroppen, der havde varet 6-8 uger. Hun blev sat i behandling med blandt andet antibiotika. Ved en efterfølgende kontrol var der fortsat udslæt, og der blev foretaget hudbiopsi. Svar på biopsien viste en svampet irritation i huden. Herefter blev tilstanden forværret, og der blev foretaget ny hudbiopsi, der viste en blodkarsvulst, som ikke svarede til kvindens symptomer. Det viste sig efterfølgende, at der var tale om en forbytning af hudbiopsiprøverne.

Der blev klaget over, at speciallægen ikke foretog tilstrækkelige undersøgelser, herunder at hun ikke henviste kvinden til videre behandling og at der skete en forveksling af biopsiprøver.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af speciallægen, idet nævnet lagde vægt på, at årsagen til hudlidelsen oftest er ukendt, at der findes udslæt, som kan forveksles med lichen ruber, at tidlige eller atypiske tilfælde kan være svære at diagnosticere, samt at forløbet af hudlidelsen er variabelt. Derimod fandt nævnet anledning til kritik af bioanalytikerne, idet nævnet lagde vægt på, at der var sket en forbytning af hudbiopsiprøverne.

7 Intern medicin

Klage over utilstrækkelig undersøgelse og behandling af kvinde med hjerneblødning

En 75-årig kvinde blev indlagt på medicinsk afdeling på grund af mistanke om hjerneblødning. Dagen efter blev hun undersøgt af en overlæge, som vurderede, at det formentlig drejede sig om en demenstilstand.

16. dage senere blev patienten indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af en urolig og forvirret tilstand. En CT-scanning viste forandringer i hjernen eventuelt forenelige med en hjernesvulst med blødning i midten.

Ved en operation 3 uger senere viste en undersøgelse af bortopereret væv, at det udelukkende drejede sig om en blødning i hjernen.

Der blev klaget over, at overlægen på medicinsk afdeling foretog en utilstrækkelig undersøgelse og behandling.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen, idet hun udskrev patienten uden at have foretaget tilstrækkelige undersøgelser for at udelukke, at der forelå en rumopfyldende proces.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var indlagt på grund af mistanke om hjerneblødning. Det fremgik af henvisningen, at patienten samme dag havde ændret adfærd, herunder blandt andet havde lidt af glemsomhed og svigtende evne til at orientere sig. Ved indlæggelsen var hun bevidsthedssvækket, men svarede på tiltale. Der var ingen lammelser, ligesom der var normalt blodtryk, puls og temperatur. En neurologisk undersøgelse viste normale forhold. Lægerne fandt, at der dagen efter skulle tages en hjernescanning, hvis prøverne ikke afslørede årsagen til den pludselige forvirringstilstand. Der blev foretaget en vurdering af bevidsthedsniveauet i henhold til Glasgow score.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten dagen efter blev undersøgt af overlægen, som konstaterede, at patienten ikke var helt orienteret i tid. Overlægen fandt intakt bevægelighed i arme og ben og normal følsomhed. Hun vurderede, at forvirringstilstanden formentlig kunne tilskrives en begyndende præsenil demensudvikling og at der derfor ikke var akut behov for en CT-scanning af hjernen,

Nævnet har endelig lagt vægt på, at såvel den praktiserende læges beskrivelse på henvisningen som familiens oplysninger burde have medført nærmere udredning.

Det var derfor nævnets opfattelse, at overlægen selv om hun ikke fandt grundlag for en akut scanning af hjernen, i det mindste inden udskrivelsen burde have sikret sig, at en scanning kunne finde sted inden for en rimelig tid.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Klage over manglende kontrol

En 75-årig kvinde havde slidgigt, og var igennem mange år blevet behandlet med binyrebarkhormon. Da hun fik det værre, var træt, stiv og forkvalmet, blev hun sat i behandling

med Methotrexat. Der blev løbende foretaget blodprøvekontrol enten på hospitalet eller ved egen læge. Efter et lille år med denne behandling blev patienten indlagt med åndedrætsbesvær, og hun udviklede en ikke-bakteriel lungeinflammation.

Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat tilstrækkelig kontrol af patienten ved brug af Methotrexat.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, idet der regelmæssigt blev foretaget blodprøvekontrol, og at denne kontrol er led i overvågning af lever-, nyre- og knoglemarvsfunktionen.

Nævnet oplyste videre, at 1-2 % af patienter i behandling med Methotrexat kan udvikle en akut indsættende ikke-bakteriel lungeinflammation (allergisk alveolitis). I forbindelse med denne tilstand kan der ses eosinofili i blodet, men dette er ikke et obligat fund. Blodprøveundersøgelse vil derfor ikke med større sikkerhed kunne identificere patienter med særlig risiko for udvikling af denne tilstand.

Klage over behandling med NSAID-præparater

En 75 årig kvinde blev den 29. september 2003 indlagt på medicinsk afdeling på et sygehus efter at hun et par dage forinden havde fået lændesmerter i højre side. På indlæggelsessedlen blev det oplyst, at hun ikke kunne tåle giftmedicin af typen NSAID.

Den 1. oktober 2003 ordinerede en overlæge smertebehandling med Voltaren Rapid og den 3. oktober 2003 ordinerede han behandling med Ibumetin. Begge præparater er giftmidler af typen NSAID.

Behandlingen med Voltaren blev stoppet den 2. oktober og den 11. oktober 2003 stoppede man behandlingen med præparatet Ibumetin.

Den 13. oktober 2003 fik patienten pludselig et ildebefindende og blev bevidstløs og fik klinisk hjertestop. Der blev foretaget genoplivning, og man fik stabiliseret hjerterytmen igen. Blodprøver viste, at der var abnormt højt indhold af salt og kalium, og højt blodsukker. Man fandt endvidere, at patienten havde en massivt nedsat nyrefunktion, hvorfor hun efterfølgende gennemgik flere dialyser (blodrensninger), og klinisk rettede sig på dette.

Der blev klaget over, at lægerne på medicinsk afdeling ordinerede noget forkert medicin til patienten i perioden fra den 29. september til den 13. oktober 2003.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægens behandling af patienten i perioden fra den 1 til den 11. oktober 2003.

Nævnet oplyste, at behandling med NASID præparater udover gener fra maven, kan medføre mange alvorlige bivirkninger, herunder allergiske reaktioner, knoglemarvspåvirkning og påvirket nyrefunktion. Akut nyresvigt, som patienten i sagen oplevede, er en sjælden bivirkning.

Det var nævnets opfattelse, at når en læge iværksætter en behandling med et præparat, som en patient har oplyst, at vedkommende ikke tåler, er det i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard forinden at få oplysninger om de specifikke bivirkninger, der tidligere har været.

Det var derfor nævnets opfattelse, at overlægen burde have sikret sig præcise oplysninger om de bivirkninger som patienten havde haft tidligere under behandling med NSAID præparater, inden han iværksatte behandling med Ibumentin den 3. oktober 2003

8 Karkirurgi

Klage over for sen operation af blodprop i det ene ben og manglende fjernelse af blodprop i det andet ben

En 56-årig mand fik i 1997 indopereret en omkørsel fra legemspulsåren til lyskepulsåre i begge ben. I september 1998 fik han udskiftet bukseprotesen. Den 2. januar 2002 blev det vurderet, at han havde en fistel mellem protesen og tolyfingertarmen og formentlig en blodprop i venstre lyske. Overlæge A besluttede, at han skulle opereres den følgende morgen, hvor han også fik udskiftet bukseprotesen. Om aftenen d. 3. januar 2002 blev han undersøgt af overlæge B, som opererede ham med fjernelse af blodpropper fra pulsåren i højre lyske. Den 4. januar 2002 havde patienten nedsat blodforsyning i benene og blev opereret igen. Ved undersøgelse af begge ben den 11. januar 2002 blev det konstateret, at der var udbredt død af muskler på højre underben og mindre udtalt død af muskler på venstre underben. Patienten fik højre ben amputeret i knæleddet og venstre underben amputeret svarende til underbenet.

Der blev klaget over, at der ikke blev opereret om aftenen den 2. januar 2002, da der var tegn på blodpropper i benene og over, at man ikke fjernede en blodprop i det andet ben under operationen den 3. januar 2002.

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af overlæge A's behandling og journalføring den 2. og den 3. januar 2002 og grundlag for kritik af overlæge B's journalføring den 3. januar 2002.

Det var nævnets vurdering, at patienten før indlæggelsen havde alvorlige symptomer på kritisk blodforsyning til venstre ben, og der blev beskrevet tab af følesansen. Overlæge A burde have beskrevet de fund, der lå til grund for hans vurdering af, om operationen skulle udføres akut eller den følgende dag. Nævnet fandt, at overlæge A burde have ordineret en udtrykkelig plan for observation, indtil operationen blev udført, og at der burde have været udført måling af ankeltryk.

Operationen udførtes den 3. januar 2002 af overlæge A i samarbejde med en anden overlæge. Nævnet fandt, at overlæge A's journalføring var utilstrækkelig, idet det ikke blev journalført, at der blev fjernet blodpropper i venstre ben. Det fremgik af anæsthesiskemaet, at det højre ben var hvidt og uden puls ved operationens afslutning. Nævnet fandt grundlag for kritik af behandlingen, idet overlæge A burde have foretaget undersøgelse af benenes tilstand, inden operationens afslutning og have reopereret umiddelbart ved tegn på manglende blodforsyning.

Den 3. januar 2002 blev patienten overført til intensiv afdeling til observation og behandling efter operationen. Det var nævnets vurdering, at overvågningen efter operationen var mangelfuld, idet der ikke blev foretaget tilstrækkelig kontrol af den karmæssige status herunder eventuelt ved måling af ankeltrykket.

Nævnet fandt herefter anledning til kritik af, at overlæge A, som opererende læge, havde undladt at sikre sig, at der var blodtilførsel til benene i forløbet efter operationen.

Det var nævnets vurdering, at overlæge B i forbindelse med operationen den 3. januar 2002 burde have anført i journalen, at der var foretaget en vurdering af blodforsyningen til patientens venstre ben. Nævnet fandt derfor grundlag for kritik af overlæge B's journalføring af behandlingen den 3. januar 2002.

9 Kirurgi

Klage over manglende information i forbindelse med en finnålsbiopsi af knude i bryst

En 46-årig kvinde havde tidligere fået fjernet en knude i venstre bryst, der var godartet. Der var nu kommet en knude i højre bryst. Patienten blev undersøgt herfor af en overlæge, og samme dag blev der foretaget en mammografi, hvor der blev foretaget en finnålsbiopsi af knuden. Undersøgelsen gav mistanke om kræft og overlægen indkaldte patienten til operativ fjernelse af knuden. Herefter blev knuden fjernet. Efterfølgende blev patienten informeret om, at mikroskopiundersøgelsen havde vist, at hun havde kræft, og det blev anbefalet, at hun fik fjernet yderligere væv og lymfekirtler i armhulen.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke forud for operationen fik information om, at finnålsbiopsien havde givet mistanke om kræft.

Nævnet fandt grundlag for kritik af overlægen, idet der var mistanke om, at patienten havde brystkræft, herunder betydningen af det nye svar på celleundersøgelsen og eventuelle alternativer til det planlagte operative indgreb.

Det var nævnets opfattelse, at overlægen burde have givet disse overvejelser videre direkte til patienten eller til den kirurg, der skulle operere hende.

Klage over manglende diagnosticering af spredning af brystkræft

En 42-årig kvinde fik i januar 2001 fjernet venstre bryst samt lymfeknuder fra armhulen på grund af brystkræft. Den efterfølgende patologiske vurdering viste, at der var tale om forstadier til brystkræft (duktalt carcinoma in situ) uden spredning, og der blev planlagt kontrol efter 1 år.

I juli 2001 henvendte patienten sig på grund af smerter i venstre skulder, men der blev ikke fundet tegn på tilbagefald af sygdommen. Ved 1 års kontrollen oplyste patienten, at hun fortsat havde smerter og nedsat bevægelighed i venstre skulder. Ved undersøgelsen blev der ikke fundet tegn på tilbagefald af sygdommen.

I maj 2002 henvendte patienten sig på ny, idet hun var bekymret over sine smerter og nedsatte bevægelighed i venstre skulderregion. I juli 2002 rettede patienten på grund af vedvarende smerter i højre bryst henvendelse på en plastikkirurgisk afdeling, hvor hun tidligere var blevet behandlet. Der blev foretaget en ultralydsvejledt finnålsbiopsi fra en lymfeknude i venstre side, som viste ondartede celler. Patienten blev opereret med fjernelse af 16 lymfeknuder fra venstre armhule, hvoraf der i 14 lymfeknuder var metastaser.

Der blev klaget over, at lægerne ikke undersøgte patienten tilstrækkeligt, svarende til hendes klager.

Nævnet oplyste, at duktalt carcinoma in situ er et forstadium til brystkræft, hvor kræftcellerne er lokaliserede inde i mælkegangene og endnu ikke er begyndt at vokse ind (invasion) i det omkringliggende brystvæv. Da forandringerne per definition er begrænset til mælkegangene, er spredning til lymfekirtlerne teoretisk set udelukket, men i praksis er udbredelsen af spredning til lymfekirtlerne i armhulen på operationstidspunktet knap 2 %. Spredningen sker, fordi invasion, som ikke er erkendelig ved almindelig patologisk undersøgelse, forekommer, specielt når forandringerne er omfattende.

Det var nævnets vurdering, at der var tale om udbredte carcinoma in situ forandringer i vævssnittene fra patienten. Det var desuden nævnets vurdering, at der i et enkelt snit var ondartede celler samt smågrupper af celler, der syntes at vokse ekspansivt fra kirtelstrukturen uden den afgrænsning mod omgivelserne, som man ser ved carcinoma in situ.

Nævnet oplyste, at det kan være overordentlig vanskeligt og nogle gange umuligt at skelne mellem de nævnte to diagnoser.

Nævnet fandt på denne baggrund ikke grundlag for at kritisere, at den undersøgende patolog ikke konstaterede de ondartede celler.

Nævnet oplyste, at det ved fjernelse af lymfeknuder fra armhulen er uundgåeligt, at man irriterer eller beskadiger små nervegrene i armhulen. Dette resulterer i, at mange kvinder oplever smerter i den opererede skulder eller arm efter operationen. Fjernelse af brystet og af lymfeknuder fra armhulen kan ligeledes resultere i indskrænkning af skulderbevægelighed på grund af operationens påvirkning af skuldermusklerne i form af arvæv og kroniske smerter.

Herudover oplyste nævnet, at de nævnte symptomer kan vare i op til flere år og normalt behandles med fysioterapi og en gang imellem med medicin. Symptomerne er så hyppige, at man normalt ikke foretager supplerende undersøgelser for at få en forklaring på symptomerne, og normalt vil disse symptomer ikke rejse mistanke om tilbagekomst af patientens brystkræft.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den undersøgelse og behandling patienten modtog i juli 2001, idet der ikke blev fundet nogen kliniske tegn på tilbagekomst af brystkræft i operationsområdet.

Nævnet oplyste, at når symptomer med smerter og indskrænkning af bevægeligheden i den opererede skulder eller arm varer ved eller tiltager snarere end aftager med tiden på trods af relevant behandling, kan det være udtryk for tilbagekomst af sygdommen. Der er ingen generelle anerkendte retningslinier for, hvornår man bør iværksætte supplerende undersøgelse af sådanne symptomer med henblik på afsløring af eventuel tilbagekomst af sygdommen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den undersøgelse og behandling patienten modtog ved 1 års kontrollen og i maj 2002. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om patienten havde fået foretaget supplerende undersøgelser for at få en forklaring på de vedvarende og uændrede symptomer i skulderen og i armen og for at udelukke tilbagekomst af sygdommen.

Klage over manglende information forud for en operation i brystet (information om sentinel node diagnostik)

En 45-årig kvinde fik foretaget en tripeldiagnostik på grund af en knude i højre bryst. Undersøgelsen viste, at knuden var godartet. Da knuden begyndte at vokse, blev hun henvist til mammografi, hvor der blev foretaget en finnålsbiopsi af knuden. Det blev vurderet, at knuden skulle fjernes. Efter operationen fik patienten konstateret kræft i brystet, og det blev anbefalet, at hele brystet skulle fjernes.

Der blev blandt andet klaget over manglende information, herunder muligheden for at få foretaget en sentinelnodediagnostik på andet sygehus.

Nævnet fandt grundlag for kritik af overlægen, idet overlægen burde have informeret patienten om fordelene og ulemperne ved sentinel node diagnostik, og om muligheden for at få foretaget den primære mammaoperation samtidig med sentinel node diagnostik på et andet hospital.

Nævnet oplyste, at sentinel node diagnostik er en undersøgelse, der bliver anvendt for at vurdere om der er spredning af brystkræftceller fra brystet til lymfekirtlerne. Hvis sentinel node diagnostik afslører kræftceller er det anbefalet, at man foretager fjernelse af yderligere ca. 10-20 lymfeknuder fra armhulen (aksilrømning). Hvis sentinel node diagnostik er normal, det vil sige ikke viser kræftceller, er det ikke nødvendigt at fjerne yderligere lymfeknuder fra armhulen.

Klage over manglende fremsendelse af henvisning (elektronisk henvisningssystem)

En 29-årig mand blev flere gange undersøgt af sin praktiserende læge på grund af en forstørret lymfeknude i venstre armhule. Han blev endvidere henvist til vurdering på kirurgisk afdeling. I den forbindelse blev det bestemt, at han skulle have foretaget en ultralydsskanning af knuden til vurdering af, om der kunne være tale om en kræftsygdom. Lægen sendte herefter en elektronisk henvisning til radiologisk afdeling.

På grund af vanskeligheder med det elektroniske henvisningssystem kom henvisningen imidlertid ikke frem til radiologisk afdeling, og det var efterfølgende ikke muligt at se, at henvisningen var sendt.

Det var den normale arbejdsgang, at journaler med henvisninger skulle gennemgås en gang ugentligt af afdelingens sekretærer til opfølgning af undersøgelsesvar. På grund af arbejdspress og flytning af lokaler blev journaler med henvisninger imidlertid ikke gennemgået.

Ledende overlæge A oplyste til sagen, at man fra afdelingens side var opmærksom på problemerne med det elektroniske henvisningssystem.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev tilstrækkeligt undersøgt og over, at der ikke blev ordineret akut scanning

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen, idet hun burde have sikret sig, at den ugentlige opfølgning på undersøgelsesvarene blev foretaget af sekretærerne, således at en ny henvisning kunne være fremsendt, da hun på dette tidspunkt havde viden om, at elektronisk fremsendte henvisninger indimellem forsvandt.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den henvisende læge, idet det var nævnets opfattelse, at der ikke var grundlag for en akut henvisning.

10 Lungesygdomme

Klage over kikkertundersøgelse i brystet

En 35-årig kvinde, der havde forandringer ved lungerødderne og forstørrede lymfeknuder i området mellem lunger hjerte og brystben, fik foretaget en kikkerundersøgelse. Under undersøgelsen opstod en voldsom blødning.

Der blev klaget over, at afdelingslægen ikke foretog en korrekt behandling i forbindelse med kikkertundersøgelsen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægen. Nævnet lagde herved vægt på, at blødningen skyldtes en hændelig komplikation, idet den opstod i en blodåre, som der ved den foretagne undersøgelse var en halv promilles risiko for at ramme.

11 Mave-tarmsygdomme, kirurgiske

Klage over fejl i forbindelse med anlæggelse af ny tarmåbning (loop-ileostomi)

En 45-årig mand fik foretaget fjernelse af en knude ved endetarmen ved en kikkertrørsoperation. Efterfølgende opstod der byldedannelse, hvorfor der blev foretaget fornyet operation, hvor der blev anlagt en stomi. Dernæst udviklede patienten tarmslyng, hvorfor der atter måtte foretages operation.

Der blev klaget over reoperationen, hvor der blev anlagt stomi.

Nævnet fandt anledning til kritik af overlægen, idet det ved fornyet operation på grund af den opståede tarmslyng blev konstateret, at tarmen, der var brugt til stomi, var drejet, hvorved der var opstået en aflukning af selve tarmen. Nævnet lagde vægt på, at det i forbindelse med anlæggelse af stomi er vigtigt at sikre sig, at selve tyndtarmslyngen ikke er snoet, da der i så fald vil opstå tarmstop.

Klage over utilstrækkelig undersøgelse i forbindelse med hyppig afføring

En 61-årig mand henvendte sig flere gange til sin praktiserende læge på grund af hyppig afføring. Lægen behandlede ham først med Paragurt, men da problemerne fortsatte, henviste lægen ham til udredning hos en speciallæge. Speciallægen udførte en kikkertundersøgelse af en del af tyktarmen og endetarmen, som ikke viste noget unormalt, og foretog ikke yderligere undersøgelser. Patienten fik senere ved en undersøgelse på et sygehus konstateret en kræftsvulst i endetarmen.

Der blev klaget over, at mandens praktiserende læge i perioden fra juni til december 2002 ikke foranledigede tilstrækkelig undersøgelse og behandling af patienten. Der blev videre klaget over, at den praktiserende læge i perioden fra sommeren til december 2002 ikke foranledigede tilstrækkelig undersøgelse og behandling af patientens arbrok. Der blev desuden klaget over, at en speciallæge i

sommeren/efteråret 2002 ikke undersøgte patienten tilstrækkelig grundigt, idet han overså en kræftsvulst i endetarmen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægen for hans behandling af patienten den 1. august 2002, idet han afsluttede undersøgelsesprogrammet efter kun at have udført en delvis kikkertundersøgelse af tarmen.

Nævnet lagde herved vægt på, at patienten var blevet henvist til speciallægen på grund af ændret afføringsmønster. Speciallægen foretog en kikkertundersøgelse af den S-formede del af tyktarmen og endetarmen (fleksibel sigmoideoskopi), som viste normale forhold, og han noterede, at det mistænkelige blod formentlig var rødbeder.

Nævnet oplyste, at ændring i afføringsvanerne er et af de væsentligste symptomer, som hos patienter over 40 år skal give anledning til undersøgelse for mulig ondartet sygdom i tyktarmen. Undersøgelsen skal omfatte en kikkertundersøgelse af den S-formede del af tyktarmen og endetarmen (fleksibel sigmoideoskopi), undersøgelse af afføringen for ikke synligt blod, kikkertundersøgelse af tyktarmen (koloskopi), samt en almindelig objektiv vurdering inklusive undersøgelse af endetarmen (rektal eksploration).

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læge for hans behandling af manden i perioden fra maj til december 2002, idet han henviste patienten til udredning hos speciallæge, som ikke gav anledning til yderligere opfølgning.

Nævnet lagde herved vægt på, at patienten henvendte sig til lægen den 23. maj 2002 på grund af ændrede afføringsforhold, og lægen konkluderede, at det drejede sig om hyppig afføring og ordinerede behandling med Paragurt. Patienten henvendte sig igen den 20. juni 2002 med fortsatte klager over ændrede afføringsforhold og oplyste, at der var tale om meget hyppige afføringer, som enkelte gange havde haft rødlig farve. Lægen mistænkte på denne baggrund, at der kunne være tale om blodtilblanding og henviste til yderligere undersøgelse hos speciallæge.

Klage over manglende undersøgelser og behandling i forbindelse med stærke mavesmerter

En 58-årig mand blev bragt til undersøgelse på skadestuen, da han havde mavesmerter. Der var mistanke om mavesår, og det blev tilrådet, at praktiserende læge henviste patienten til en kikkertundersøgelse af mavesækken. Den efterfølgende aften blev patienten undersøgt af en vagtlæge i hjemmet, da han stadig havde mavesmerter. Lægen ordinerede stærkt smertestillende medicin og henviste ham til praktiserende læge. Den praktiserende læge henviste ham dagen efter til en kikkertundersøgelse af mavesækken. Den efterfølgende morgen blev patienten fundet død i sengen.

Der blev blandt andet klaget over den behandling patienten modtog af reservelægen på skadestuen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af reservelægen, idet patientens mave ved undersøgelse var blød med ømhed i maveregionen lige under brystbenet, men ellers ikke øm. Patienten havde ikke haft blod i afføring eller opkast. Videre havde patienten effekt af syreneutraliserende medicin.

Nævnet oplyste hertil, at mavesårssygdommen giver smerter højt i bugen mellem ribbensbuerne (epigastriet), og at der meget ofte samtidig ses mørk afføring (melæna/blodtilblanding) som følge af blod i tarmkanalen, der kommer ud med afføringen. Ofte kan patienterne tillige have opkastning

med blodtilblanding, som får et "kaffegrumslignende" udseende, fordi blodet har været i kontakt med mad/mavesyre gennem nogen timer.

Videre oplyste nævnet, at der ved akut hul (perforation) på mavesækken eller tolvfingertarmen som følge af mavesårssygdom kan optræde akutte symptomer i bugen, således at bugvæggen er meget fast eller hård (deféense), ligesom der kan komme en lammelse af tarmperistaltikken, når mavens indhold kommer ud i bughulen, hvorved der ikke kan høres tarmlyde. Patienten kan endeligt få lavt blodtryk og høj puls (chok).

Klage over, at blindtarmen ikke blev fjernet

En 28-årig mand henvendte sig d. 16.marts 2004 i ambulatoriet på kirurgisk afdeling på grund af kvalme, opkastning, feber og smerter i maven. Da man ikke kunne udelukke, at der var tale om blindtarmsbetændelse, blev han indlagt på afdelingen.

Den 17. marts 2004 havde patienten en temperatur på 38,0, og da han ved undersøgelse fortsat havde symptomer på blindtarmsbetændelse, blev han opereret samme dag med henblik på fjernelse af blindtarmen.

Ved operationen fandtes hele tyndtarmen betændelsesagtig (inflammeret) og højrød, og i de sidste 50 cm af tyndtarmen (ileum) var væggen svært fortykket og stivvægget med belægninger (fibrin). 1. reservelægen konfererede fundene med 2 overlæger, og på baggrund heraf blev det besluttet at fjerne blindtarmen.

Den mikroskopiske undersøgelse viste, at der ikke var tale om et blindtarmsvedhæng (appendix), men en anden struktur fra tyktarmen.

Der blev herefter klage over, at operationen til fjernelse af blindtarmen ikke blev udført korrekt, idet blindtarmen ikke blev fjernet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere 1. reservelægens behandling af patienten, idet det var aftalt, at han som operatør skulle fjerne patientens blindtarm ved operationen den 17. marts 2004 på kirurgisk afdeling.

Klage over manglende erkendelse af hul på tarmen

En 62-årig mand fik den 25. august 2003 fjernet polyp ved en kikkertundersøgelse ved 1. reservelæge C. Dagen efter fik patienten stærke smerter i underlivet, hvorfor han blev indlagt på kirurgisk afdeling. Ved indlæggelsen blev patienten undersøgt af reservelæge A, som ordinerede røntgenundersøgelse af bughulen, undersøgelse af blodprøver, samt ordinerede Morfin 10 mg direkte i en blodåre ved behov. Dette blev godkendt af reservelæge B.

I løbet af eftermiddagen og aftenen kontaktede sygeplejerskerne mellemvagten med oplysninger om resultatet af røntgenundersøgelsen og nogle blodprøver. Lægerne havde ikke tid til at se patienten på det pågældende tidspunkt.

Den 27. august 2003 om morgenen blev patienten undersøgt af en læge, som fandt, at der formentlig var opstået en perforation af tarmen. Ved en operation samme dag fandt man en perforation af tyktarmen. Denne blev sammensyet, og efterforløbet var ukompliceret.

Der blev klaget over at patienten ikke modtog en korrekt behandling af lægerne i perioden fra den 25. til den 27. august 2003.

Nævnet fandt anledning til at kritisere reservelæge A og reservelæge B, men ikke 1. reservelæge C.

Nævnet fandt, at 1. reservelæge C fjernede polyppen i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard den 25. august 2003, og at det måtte betegnes som en hændelig komplikation, at der senere gik hul på tarmen.

Nævnet oplyste, at der var en risiko for, at der kan opstå hul på tarmen (perforation) efter polypfjernelse gennem kikkert (koloskop). Det var derfor nævnets opfattelse, at en patient, som blev indlagt med mavesmerter efter polypfjernelse burde observeres og behandles med baggrund i denne mistanke.

Det var nævnets opfattelse, at det var under normen for almindelig anerkendt faglig standard at ordinere smertestillende medicin efter behov (p.n.) til en patient som i det aktuelle tilfælde, idet patienten skal tilses ved smerter.

På denne baggrund fandt nævnet, at reservelæge A og reservelæge B handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard den 26. august 2003, idet de henholdsvis ordinerede og godkendte behandling med Morfin p.n. til patienten. Da 1. reservelæge C ifølge det oplyste ikke var orienteret om Morfin ordinationen finder nævnet ikke, at hun havde handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard den 26. august 2003.

Klage over at blodtrykket ikke blev målt, inden anlæggelse med lokalbedøvelse (Carbocain-Adrenalin)

En 72-årig mand var den 11. august 2003 til forundersøgelse hos en speciallæge i kirurgi forud for en planlagt operation for brok i lokalbedøvelse den 3. oktober 2003. Ved forundersøgelsen oplyste patienten, at han ikke led af hjerte-lungesygdomme, og at han ikke fik nogen former for medicin. På denne baggrund bedømte speciallægen, at patienten kunne lokalbedøves med et sædvanligt middel, Carbocain-Adrenalin, uden kontraindikation.

Den 3. oktober 2003 blev behandlingen indledt med indlæggelse af en kanyle til senere indgift af medicin, og der blev tilsluttet pulsovervågning samt indsprøjtet lokalbedøvelse 20 ml Carbocain-Adrenalin i hud og underhud. Umiddelbart herefter fik patienten et ildebefindende, og blodtrykket blev målt til 196/101, mens pulsen var lav (40-70/min). Som følge af tilstanden blev patienten akut indlagt på en hjerteafdeling.

Der blev klaget over, at speciallægen ikke målte blodtrykket, inden bedøvelsen blev anlagt, eftersom lokalbedøvelsen var tilsat Adrenalin.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægens behandling af patienten.

Nævnet lagde ud fra de foreliggende omstændigheder vægt på, at uanset om speciallægen relevant havde udspurgt om tilstedeværelse af andre lidelser og anvendelse af medicin, så burde han inden bedøvelse med Carbocain-Adrenalin have sikret sig, at blodtrykket blev målt.

Nævnet oplyste, at Adrenalin er en hjerte- og blodkarsammentrækkende substans (karkontraherende stof).

Nævnet havde i forbindelse med behandlingen af klagesagen stillet spørgsmål til Retslægerådet, der i sin besvarelse udtalte, at det var en fejl, at blodtrykket ikke blev målt, inden speciallæge gav patienten bedøvelse med Carbocain-Adrenalin.

Klage over at den dybe galdegang blev overskåret i forbindelse med fjernelse af galdeblæren

En 55-årig kvinde blev i 2003 opereret med henblik på at fjerne galdeblæren, da hun led af galdesten. Ved operationen fandt overlægen mange sammenvoksninger op mod galdeblæren samt en lille skrumpen galdeblære, der målte 5 x 2,5 cm. Sammenvoksningerne blev løsnet fra galdeblæren. Overlægen isolerede, hvad han mente var galdeblærens udførselsgang (ductus cysticus), og som fremtrådte relativt kort og lidt bred.

En akut kikkertundersøgelse af galdevejene fire dage senere var ikke konklusiv, og patienten blev overført til andet sygehus på mistanke om den dyb galdevejslæsion.

En fornyet operation viste, at der var fjernet et ca. 5 cm langt stykke af hovedgaldegangen (ductus choledochus).

Der blev klaget over, at overlæge ved galdeblæreoperationen kom til at skære den dybe galdegang over.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægens behandling af patienten.

Nævnet lagde til grund, at en efterfølgende operation påviste, at den dybe galdegang var aflukket og overskåret ved udførselsgangen i tolvfingertarmen. Der manglede et 5 cm langt stykke af den dybe galdegang (ductus choledochus).

Nævnet lagde således til grund, at delingen af den rørformede struktur, som overlægen vurderede til at være galdeblærens udførselsgang (ductus cysticus), rent faktisk var en deling af den dybe galdegang fra leveren (ductus choledochus).

Ud fra det faktum at overlægen tog fejl af galdeblærens udførselsgang fra den dybe galdegang fandt nævnet, at han ikke kunne antages at have frilagt de anatomiske strukturer i tilstrækkeligt omfang.

Da identifikation af de anatomiske strukturer efter operationsbeskrivelsen var besværliggjort var det nævnets opfattelse, at overlægen enten burde have fået foretaget en røntgenfotografering igennem den struktur, som han mente var galdeblærens udførselsgang i den dybe galdegang, eller have afsluttet operationen og viderevisiteret patienten til en subspecialiseret afdeling med speciel ekspertise i rekonstruktion af de dybe galdegange.

Nævnet oplyste, at læsion af den dybe galdegang er en velkendt alvorlig komplikation i forbindelse med operativ fjernelse af galdeblæren. Der er en læsion, der kan opstå i forbindelse med såvel åben operation som ved kikkertrørsoperation. Hyppigheden af læsionen er under 1 %, og hyppigheden af læsionerne er større i forbindelse med kikkertrørsoperation end efter åben operation.

Klageover operation for cyste mellem ballerne

En 23-årig mand blev indlagt med henblik på operation for en cyste i et hulrum svarende til furen mellem ballerne (pilonidalcyste). Han var tidligere opereret herfor 4 gange. Lægen planlagde derfor spaltning og oprensning af såret med henblik på heling fra bunden. På baggrund af det fundne besluttede lægen under operationen at sætte 4 -5 sting i bunden af hulrummet for at fremskynde ophelingen. Såret helede op med dannelse af et nyt hulrum hen over knoglen. Patienten fik derfor en måned senere foretaget fornyet operation af såret, således at det nu var bredt åbent fra bunden.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget korrekt operation.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at lægen foretog udskæring af vævet og oprensede hulrummet fuldstændigt, hvorefter han syede hen over et hulrum med granulationsvæv, mens han lod såret i hudniveau stå helt åbent.

Klage over behandling af blindtarmsbetændelse

En 23-årig mand blev indlagt på sygehuset med smerter i maven. Ved første undersøgelse blev der konstateret indirekte ømhed og slipømhed.

Ved undersøgelse tre timer senere blev der fundet direkte ømhed i højre side af maven med tegn på bughindepåvirkning. Det blev vurderet, at der kunne være tale om akut blindtarmsbetændelse. Overlæge B valgte at se tiden an.

Ved undersøgelse næste morgen blev der konstateret forværring i tilstanden, og patienten blev opereret for blindtarmsbetændelse.

Der blev blandt andet klaget over, at overlæge B ventede for længe inden han opererede patienten.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlæge B, men nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om overlægen ved undersøgelsen af patienten også havde foretaget undersøgelse af endetarmen.

Nævnet oplyste, at diagnosen blindtarmsbetændelse kan være vanskelig at stille. Mistanken vækkes primært på baggrund af karakteristiske symptomer og fund ved den objektive undersøgelse. Det vigtigste fund ved objektiv undersøgelse er tilstedeværelse af såkaldt peritoneal reaktion. Ved dette forstås en særlig udtalt ømhed ved slip og bankning samt indirekte ømhed. Symptomerne kan imidlertid være mere diskrete, og i sådanne tilfælde kan det være relevant at holde patienten under observation.

Nævnet oplyste endvidere, at indre ømhed ved undersøgelse med en finger i endetarmen i sjældne tilfælde kan bidrage til at stille diagnosen blindtarmsbetændelse.

Klage over mangelfuld behandling af bristet mavesår (konservativ behandling af bristet mavesår)

En 59-årig kvinde blev den 17. oktober 2001 indlagt akut på en kirurgisk afdeling på grund af pludseligt opståede smerter i maven. Den følgende dag blev det vurderet, at patienten havde haft et lille mavesår med gennembrud til bughulen. Der blev iværksat konservativ behandling heraf med mavesonde og antibiotika.

Den 19. oktober 2001 havde patienten fået det betydeligt bedre, men dog fortsat behov for morfininjektioner.

Den 20. og 21. oktober 2001 havde patienten fortsat feber, men hun havde det bedre og var oppegående.

Den 22. oktober 2001 fik patienten foretaget en ultralydsscanning, som gav mistanke om en byld under venstre mellemgulv, hvorfor hun blev overført til et andet sygehus, hvor hun samme dag blev opereret, hvorved man konstaterede et 2x3mm stort hul i tolvfingertarmen.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten i perioden fra den 17. til den 22. oktober 2001 ikke blev tilstrækkeligt observeret.

Sagen har været forelagt for Retslægerådet, og Patientklagenævnet har ved sin afgørelse lagt vægt på Retslægerådets udtalelse.

Nævnet fandt, at det var kritisabelt, at patienten den 18. oktober 2001 fik iværksat konservativ behandling med sonde og antibiotika i stedet for at få foretaget operation for bristet mavesår.

Nævnet oplyste, at der ved behandlingen af bristet mavesår næsten uden undtagelse vil være indikation for akut kirurgisk behandling. Kun i ekstreme situationer, hvor patienten er helt ekstrem dårlig uden mulighed for at overleve på grund af forekomsten af også andre sygdomme, eller hvor patienten er helt upåvirket uden feber og tegn på bughindebetændelse, kan det forsvares at undlade operation. Hvis man vælger en sådan konservativ behandling, skal der foretages meget tæt observation, og operation skal foretages, hvis ikke der sker en klar og fremadskridende bedring indenfor de næste dage.

Videre oplyste nævnet, at hvis der er tegn på, at mavesåret ikke er forsegle (påvirket bughinde, temperatur forhøjelse, leukocyt og CRP stigning mm), skal der efterfølgende opereres i en sådan observationsperiode.

Det var nævnets vurdering, at patientens sygehistorie var typisk for bristet mavesår, idet der var pludseligt opståede smerter og spændt bughule med bughindeirritation.

Det var derfor nævnets vurdering, at patienten burde have været opereret for bristet mavesår den 18. oktober 2001, da der ved ultralydsundersøgelsen blev påvist bughindeirritation, fri luft og væske, og patienten var påvirket, selvom hun fik betydelig doser stærk smertestillende medicin (morfika type).

Nævnet fandt endvidere, at det var kritisabelt, at den sygehuslæge, som tilså patienten den 19. oktober 2001 samt den overlæge som tilså hende den 20. og 21. oktober 2001, på baggrund af hendes symptomer undlod at ordinere akut operation.

Klage over, at galdestensoperation ikke blev konverteret fra kikkertoperation til åben operation

En 37-årig kvinde blev indlagt med henblik på udførelse af operation med fjernelse af galdeblæren. Indgrebet blev udført som kikkertoperation og i forbindelse hermed gik der hul på galdeblæren, hvorfor denne ikke kunne fjernes hel. Der gik efterfølgende betændelse i operationsarret.

Der blev blandt andet klaget over, at indgrebet blev ført til ende som kikkertoperation og ikke som åben operation.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at der efter konstateringen af et hul på galdeblæren blev foretaget grundig skylning af bughulen. Det var videre nævnets vurdering, at det må anses for en hædelig komplikation til indgrebet, at der kan opstå hul på blæren, og at der således ikke forelå forhold, der gjorde, at operationen burde være ændret til en åben operation.

Klage over manglende behandling af hæmorroideblødning

En 65-årig mand fik pludselig blødning fra endetarmsåbningen, og ved akut indlæggelse på en kirurgisk afdeling, blev det konstateret, at der var tale om hæmorroideblødning. Der blev planlagt analt eftersyn den følgende dag.

Den følgende dag foretog en 1. reservelæge analt eftersyn, hvorved der blev konstateret en blodansamling og hæmorroide. Operation blev ikke fundet påkrævet, og det blev planlagt, at hvis der fortsat var ro, kunne der ske udskrivning den følgende dag med efterfølgende ambulante kontrol.

Der blev klaget over, at patienten ikke havde modtaget en korrekt behandling, idet det operative indgreb var blevet aflyst, og at patienten den følgende dag var blevet udskrevet medgivet en recept, da han stadig blødte.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af 1. reservelægen og lagde herved vægt på, at 1. reservelægen havde foretaget et analeftersyn, hvorved der var konstateret blødning stammede fra en udvendig hæmorroide, hvori der var opstået en blodansamling.

Nævnet kunne oplyse, at blodansamlinger i udvendige hæmorroider (perianalt hæmatom) kan give symptomer i form af kraftige smerter eller sjældnere ved blødning, hvis der spontant går hul på blodansamlingen. I de tilfælde, hvor der spontant går hul på en blodansamling, skal man ikke foretage sig yderligere end at afvente at blødningen ophører. Efterfølgende anbefales, at man foretager kikkertundersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen (sigmoideoskopi). Man kan i reglen ikke aktivt stoppe blødning, og den ophører stort set altid af sig selv. Elastikbehandling kan ikke anvendes, idet påsætning af elastik udenfor endetarmsåbningen er særdeles smertefuld. Operativ fjernelse af den udvendige hæmorroide er heller ikke tilrådelig i en situation som den aktuelle, blandt andet på grund af risikoen for infektion.

Klage over, at operation af galdeblæren blev foretaget som kikkertoperation

En 67-årig kvinde blev indlagt på kirurgisk afdeling, på grund af galdeblærebetændelse. Patienten havde 20 år forinden fået fjernet livmoderen og begge æggestokke. Det blev aftalt, at galdeblæren skulle fjernes ved en kikkertoperation. Efter operationen havde patienten svære mavesmerter, og

der blev fundet indikation for en reoperation. Ved denne blev der ikke fundet tegn på lækage af tarmen. Da patienten stadig havde smerter i maven og blev kredsløbspåvirket, blev patienten overflyttet til en større kirurgisk, og der blev atter foretaget en reoperation, hvor der blev fundet utæthed i den sammensyede tyndtarmt.

Der blev blandt andet klaget over, at operationen blev foretaget med kikkert, og ikke som åben operation.

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af den opererende overlæge, idet han anvendte en lukket teknik i navlen hos patienten ved kikkertoperationen.

Nævnet oplyste, at man ved en kikkertoperation kan indføre kuldioxiden i bughulen på principielt 2 måder. Enten ved blindt indstik efter forudgående hudsnit eller ved såkaldt åben teknik. Ved den åbne teknik skæres under synets vejledning til bughulen, hvor man sikrer sig, at der ikke er tarm fastloddet på bughinden før indførsel af arbejdskanalerne.

Nævnet oplyste videre, at man helst skal anvende åben teknik hos en patient, der er blevet opereret før. Ved anvendelse af lukket teknik (Veres kanyler) skal man ved optikskift til anden port sikre sig, at der ikke er sket skade på det øvrige bughuleindhold, specielt ved 1. indstiksport. Ved anvendelse af lukket teknik i navlen til patient med eksisterende nedre midtliniesnit må dette være et absolut krav.

Klager over udskrivelse fra hospital med for højt blodtryk

En 41-årig kvinde opsøgte sin læge på grund af mavesmerter. Lægen fandt lav blodprocent og hastig puls (120/min) og indlagde hende akut på mistanke om blødende mavesår. Hun havde igennem nogle uger forinden taget et smertestillende lægemiddel.

På sygehuset fandt den modtagende læge, at patienten havde et blodtryk på 185/117, en puls på 123/min samt tegn på blod i afføringen. Overlægen foretog akut kikkertundersøgelse af mavesækken og fandt et stort, men ikke aktuelt blødende sår i tolvfingertarmen. Han iværksatte medicinsk behandling samt anbefalede patienten at undlade smertebehandling med lignende lægemidler fremover.

Dagen efter blev patienten udskrevet med aftale om kontrol af blodprocenten hos egen læge. Den seneste blodtryksmåling inden udskrivelsen viste et blodtryk på 190/117. Dette blev ikke anført i udskrivningsnotatet.

Efter udskrivelsen konsulterede patienten 7 gange sin egen læge, uden at blodtrykket blev kontrolleret. Hun blev efter sidste konsultation indlagt og fik konstateret svær nyrepåvirkning med hjertesvigt og leverpåvirkning.

Der blev klaget over, at patienten blev udskrevet med et blodtryk på 200, som medførte, at hun pådrog sig forstørret hjerte, dårlig lever, stærkt nedsat syn og nyresvigt.

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af overlægen, idet det fremgik af journalen, at det på indlæggelsesdagen ved tre målinger blev konstateret, at patienten havde forhøjet blodtryk og

blodprøver viste let påvirkning af nyrefunktionen. Nævnet fandt, at dette burde være meddelt egen læge, ligesom patienten burde have været orienteret om det. Desuden fulgte overlægen ikke op på det forhøjede blodtryk og den samtidige let påvirkede nyrefunktion, ligesom han ikke anførte det i udskrivningsbrevet til egen læge med henblik på yderligere opfølgning og udredning af det forhøjede blodtryk.

Klage over mangelfuld kikkertundersøgelse af tyktarmen (blødning)

En 59-årig mand blev henvist til kirurgisk afdeling, da han havde blod i afføringen og hård mave. Der blev foretaget en kikkertundersøgelse af tyktarmen (sigmoideoskopi), der kun kom 40 cm op i tarmen. Overlægen fandt, at patienten skulle henvises tilbage til praktiserende læge med henblik på behandling af forstoppelse, og fandt derfor ikke grundlag for videre kontrol.

Det blev efterfølgende konstateret, at patienten havde en kræftknude 40 cm oppe i tyktarmen.

Der blev klaget over, at overlægen ikke foretog en korrekt behandling.

Nævnet fandt grundlag for kritik af overlægen, idet der ikke blev iværksat yderligere undersøgelser, herunder en kikkertundersøgelse af hele tyktarmen (koloskopi).

Nævnet oplyste, at en patient med ikke frisk blødning i afføringen, og med ændrede afføringsvaner skal gennemgå følgende undersøgelsesprogram (det initiale program) med blodprocents måling, bughule undersøgelse ved tryk (abdominal palpation), rektal undersøgelse og sigmoideoskopi.

Nævnet oplyste videre, at det i henhold til undersøgelsesprogrammet for tyktarmskræft (kolorektal cancer) fremgår, at patienter med blødning fra endetarmen (per rectum), der ikke er frisk blødning, og med ændrede afføringsvaner efter det initiale undersøgelsesprogram, skal have foretaget en kikkertundersøgelse af hele tyktarmen (koloskopi).

12 Mave-tarmsygdomme, medicinske

Klage over manglende vitaminbehandling medførende Wernike-Korsakoffs syndrom

En 45-årig kvinde blev akut indlagt ultimo marts 2003 på grund af smerter højt i maven, nedsat appetit, opkastninger og et vægttab på 10 kg igennem de forudgående 6 uger. Der blev iværksat en række undersøgelser, herunder såvel CT-scanning og ultralydsscanning. Der blev mistænkt flere forskellige lidelser, både mavesår samt lidelse i bugspytkirtlen.

Den 21. april 2003 udviklede patienten ufrivillige øjenbevægelser og blev herefter overflyttet til et andet sygehus. Det kom herefter frem, at patienten drak 1/2 flaske rødvin dagligt, ofte mere og gerne øl, og på mistanke om alkoholinduceret bugspytkirtelbetændelse iværksatte man behandling med Thiamin og B-combin. Det blev desuden konstateret, at patienten havde udviklet et såkaldt Wernike-Korsakoffs syndrom med svigtende hukommelse og konstant svimmelhed som følge af manglende B-vitaminbehandling.

Der er klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling på det primære behandlingssted, idet man ikke iværksatte behandling med B-vitamin.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger på det primære behandlingssygehus, medicinsk afdeling.

Nævnet lagde vægt på, at de involverede læger på medicinsk gastroenterologisk afdeling iværksatte et relevant udredningsprogram, og at de foretagne undersøgelser ikke umiddelbart gav mistanke om, at patienten havde et stort alkoholforbrug, der gjorde, at patienten var særlig følsom for utilstrækkelig vitamintilførsel.

Nævnet lagde vægt på, at blodprøverne kunne forklares ud fra patientens tilstand med utilstrækkeligt fødeindtag og bugspytkirtelbetændelse. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten ikke udviklede abstinenssymptomer, og at levertallene normaliseredes efter 14 dages indlæggelse.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten ikke havde oplyst at have et stort alkoholforbrug, hverken ved indlæggelsen eller ved tidligere indlæggelser på sygehuset. Den 11. april 2003 kom det frem, at patienten havde haft et vist alkoholforbrug, tidligere omkring ½ flaske, men ikke mere end det.

Nævnet fandt derfor, at de involverede læger ikke kunne gennemskue et alkoholmisbrug ud fra patientens egne oplysninger, hvorfor den behandling, patienten modtog på den pågældende afdeling, var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

13 Neurokirurgi

Klage over operation for diskusprolaps foretaget i den forkerte side

En 25-årig kvinde blev den 1. oktober 2002 indlagt på reumatologisk afdeling til behandling af lumbal diskusprolaps, der var blevet påvist ved scanning i juni 2002. Hun havde haft gradvist tiltagende lændesmerter med udstråling til højre ben.

Den 11. oktober 2002 blev patienten henvist til neurokirurgisk afdeling til vurdering. Ved en undersøgelse samme dag blev det vurderet, at hun havde en højresidig prolaps og tegn på tryk på nervebundet i lænden (cauda equina). Der blev fundet indikation for akut operation, som blev foretaget samme dag af en kursusreservelæge. Operationen resulterede imidlertid ikke i en bedring af patientens tilstand.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev korrekt opereret for diskusprolaps.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere kursusreservelægens operation af patienten. Nævnet lagde herved vægt på, at prolapsen var højresidig, men at kursusreservelægen ved operationen foretog frilægning i venstre side. Nævnet oplyste i den forbindelse, at der ved operation for lændediskusprolaps ikke er mulighed for at forveksle siderne på grund af anatomiske variationer eller andre forhold.

14 Neurologi

Klage over forbrænding i forbindelse med en nerveledningsundersøgelse

En 61-årig mand havde som ung været udsat for et svært traume med et kompliceret brud på højre underben, der havde omfattet fodrodknogler og øverste del af lægbenet. Der havde efterfølgende ikke været påvirkning af bevæge- eller følenerver.

Cirka 1 år forud for tidspunktet for den indklagede behandling havde patienten været udsat for et kraftigt faldtraume, der havde forårsaget brud på bækkenknoglen og den nedre del af hvirvelsøjlen (columna). Patienten havde fået en konservativ behandling, og der havde umiddelbart været lændesmerter med udstråling til højre hæl men ikke sikkert ud på forfoden. Patienten havde endvidere bemærket en nedsat følesans på fodens overside og nederste del af underbenet.

Den 17. marts 2004 blev patienten undersøgt af en afdelingslæge på neurofysiologisk laboratorium, hvorved der blev fundet lammelse i forbindelse med udadrejning og opadbøjning samt ved strækning af tæerne. Herudover blev der fundet nedsat smerter og berøringssans på oversiden af højre fod samt over nederste del af underbenets for- og yderside. I forbindelse med en nerveledningsundersøgelse blev der påvist forandringer i bevægenerverne med forstyrrelser i de tilsvarende musklers aktivitet.

Den 24. marts 2004 henvendte patienten sig hos sin praktiserende læge på grund af et 5 x 5 cm stort brandsår af grad 2 på højre underben.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget en korrekt undersøgelse af patientens ben den 17. marts 2004, idet han pådrog sig en stor forbrænding under sit højre knæ.

Nævnet fandt grundlag for kritik af afdelingslægen, idet afdelingslægen ikke i tilstrækkeligt omfang sikrede sig, at patienten ikke blev udsat for skadelig varmepåvirkning i forbindelse med undersøgelsen den 17. marts 2004.

Nævnet var af den opfattelse, at der var en snæver tidlig relation mellem den neurofysiologiske undersøgelse og brandsårets opståen. Varmeføleren der skulle sikre afkobling af varmelampen ved høj temperatur var sandsynligvis placeret midt på underbenet, netop i det område hvor brandsåret opstod, det vil sige cirka 20 cm neden for knæskallen.

Nævnet lagde vægt på, at temperaturen på forsiden af anklen blev målt til 39,7 grader. Området midt på underbenet var tættere på varmelampen end anklen. Nævnet var derfor af den opfattelse, at temperaturen midt på underbenet på måletidspunktet derfor måtte have været lige så høj eller snarere over 39,7 grader.

Varmeføleren kunne således have været placeret ukorrekt, varmføleren kunne have været faldet af under undersøgelsen, kredsløbet mellem varmføleren, termostaten og varmelampen kunne have været forbundet eller indstillet forkert eller defekt.

Nævnet kunne oplyse, at ansvaret for at udstyret er i orden påhviler afdelingsledelsen og afdelingens ingeniører, og det blev til sagen oplyst, at der ikke var observeret fejl på udstyret i pågældende periode.

Det var herefter nævnets opfattelse, at det er den undersøgende læges ansvar at påse, at varmekøleren er placeret korrekt, og at den ikke falder af i forbindelse med undersøgelsen. Det er endvidere den undersøgende læges ansvar at påse, at patienten ikke udsættes for skadelig varmekølevirkning i forbindelse med undersøgelsen.

15 Ortopædkirurgi

Klage over for sen amputation af en tå hos en sukkersygepatient

En 53-årig mand havde i mange år haft insulinkrævende sukkersyge. Patienten blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling til sårrevision på grund af sårproblemer på både venstre fod og på højre fods 3. tå. Da patienten fik feber og stigende infektionstal, blev hjertekarundersøgelsen udsendt. Herefter fik patienten konstateret væske på lungerne. EKG og laboratorietal tydede på en blodprop i hjertet. Patienten blev overflyttet til en medicinsk afdeling. Der blev foretaget amputation på højre skinne ben og efterfølgende amputation på venstre skinneben.

Der blev blandt andet klaget over, at der ikke på et tidligere tidspunkt blev foretaget en amputation af den højre fod.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik, idet nævnet lagde vægt på, at patienter med kredsløbslidelse i benene ofte konkurrerende sygdomme, som er vigtig at behandle sideløbende for at undgå eller minimere risikoen for komplikationer til bedøvelse og amputationskirurgi.

Nævnet lagde videre vægt på, at der var foretaget løbende vurderinger af patientens kliniske udvikling.

En akut amputation hos patienter med en kredsløbslidelse i benene kan komme på tale, hvis patienten bliver akut livstruende syg på grund af kompliceret blodforgiftning fra et betændt ben. I sådanne tilfælde kan amputation være livsreddende.

Klage over fejlagtig behandling af tilbagevendende knoglebetændelse

En 32-årig mand blev opereret på en ortopædkirurgisk afdeling med henblik på fjernelse af marv i venstre skinneben på grund af tilbagevendende knoglebetændelse. Ved operationen blev der forsøgt marvboring fra den øverste ende af skinnebenet, men knoglen var så hård, at det ikke var muligt at gennemføre den planlagte operation.

Efter en uge blev patienten på grund af infektion opereret med oprensning af knoglen samt indlæggelse af en såkaldt kæde med 30 kugler antibiotika i knoglen. Kæden blev med stort besvær fjernet efter en måned.

Der blev klaget over, at lægerne ikke gennemførte operationen korrekt, samt at lægerne ikke behandlede patientens ben korrekt, herunder at kæden ikke som planlagt blev fjernet efter 10 dage.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den opererende overlæge, idet den foretagne operation var utilstrækkelig.

Nævnet oplyste, at behandlingen af kronisk knoglebetændelse er særdeles vanskelig. Behandlingen

er en kombination af kirurgisk behandling med fjernelse af alt inficeret knoglevæv og behandling med antibiotika.

Det var nævnets vurdering, at de foreliggende røntgenbilleder og en udført CT-scanningen viste veludtalte kroniske forandringer i den midterste 2/4 af skinnebenskoglen med udtalt fortættet knogletegn og næsten helt udslettet marvhule. Det var ikke muligt på hverken scanningen eller røntgenbillederne at lokalisere en eventuel aktiv knoglebetændelse. En sådan vurdering ville have forudsat supplerende undersøgelse før operationen eksempelvis i form af en knoglescintigrafi.

Det var endvidere nævnets vurdering, at den opererende overlæge burde have forudset, at det muligvis ikke ville være muligt at gennemføre den planlagte operation med genskabelse af marvhulen i hele den del af knoglen, hvor der var røntgenologiske forandringer, hvorfor det kunne blive nødvendigt med yderligere operativ behandling af knoglen.

Videre var det nævnets vurdering, at den opererende overlæge burde have henvist patienten til en specialafdeling på området, dersom han ikke så sig i stand til at gennemføre den nødvendige kirurgiske sanering af infektionen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten modtog ved den efterfølgende operation. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om den opererende overlæge havde planlagt en tidligere fjernelse af kæden med Gentamycinkugler end efter 3 uger, hvor den ville være "vokset" mere eller mindre fast.

Klage over behandling af et håndledsbrud

En 57-årig kvinde brækkede den 20. februar 2003 spolebenet i højre håndled, og hun fik på skadestuen sat bruddet på plads og anlagt en gipsskinne. En røntgenundersøgelse 1 uge senere viste, at bruddet havde givet sig, således at der var en vinkel på 12 grader. Patienten blev herefter indlagt med henblik på påpladssætning af bruddet under fuld bedøvelse.

Det lykkedes ikke at løsgøre bruddet, hvorfor afdelingslægen måtte nøjes med et resultat på 10 grader vinkling. Den 1. april 2003 blev den eksterne fiksektion fjernet. 7 dage senere fik patienten fjernet gipsskinnen, og det blev konstateret, at bruddet var helet. Den 12. juni 2003 blev det ambulante optræningsforløb afsluttet, og det blev konstateret, at albueknoglens fjerneste ende stod frem i nogen grad.

Der blev klaget over, at afdelingslægen ikke foretog en korrekt operation i højre håndled, idet et led blev sat forkert sammen, således at knogler stak ud på højre håndled, ca. 1,5 cm i højden og diameter.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægen for hans operation af håndleddet. Nævnet lagde vægt på, at afdelingslægen havde anvendt en relevant operationsmetode, og at røntgenbillederne viste, at bruddet var påpladssat i god stilling med normal længde på spolebenet svarende til ledfladen. Der var en minimal sammenpresning af bruddet, men det var nævnets opfattelse, at denne dog var fuldt acceptabel stillingsmæssig. Endelig kunne der på røntgenbilledet ikke ses nogen abnorm tiltning af brudstykket i spolebenet ned mod håndfladen.

Nævnet kunne oplyse, at det er et kendt fænomen, at der trods behandling af håndledsnære brud efter anerkendte retningslinier i enkelte tilfælde forekommer slutresultater, hvor der fremtræder forandringer i håndleddets konturer.

Klage over manglende antibiotisk og smertestillende behandling.

En 33-årig mand henvendte sig på skadestuen, idet han under arbejde i haven havde skåret sig på venstre håndryg. Efter anlæggelse af lokalbedøvelse og sårrensning blev såret syet sammen. Den følgende dag blev der konstateret hævelse af håndryggen og derfor påbegyndt behandling med antibiotika.

Der blev klaget over, at der ikke ved første behandling på skadestuen blev iværksat antibiotisk behandling og udleveret smertestillende medicin.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den reservelæge, der behandlede patienten, da det ikke er sædvanligt, at give forebyggende antibiotika til alle patienter, der henvender sig til skadestuen med sår. Nævnet oplyste i den forbindelse, at risikoen for at udvikle modstandsdygtige bakterier ville være alt for stor, dersom dette var tilfældet.

Endvidere oplyste nævnet, at det ikke er vanlig rutine at give alle patienter med sår smertestillende medicin, da patienterne selv kan og skal anskaffe sig denne medicin.

Klage over manglende diagnostik af brud i ansigtsskelet

En 37-årig kvinde ankom til skadestuen efter at være blevet påkørt af en svingende bil. Hun var blevet ramt i venstre ansigtshalvdel.

En reservelæge foretog en klinisk undersøgelse. Han fandt ikke tegn på hjernerystelse, og han fandt ikke konturspring ved nederste del af venstre øjenhulerand. Han bestilte røntgenundersøgelse med henblik på undersøgelse for brud på venstre kindben og venstre kraveben. Røntgenundersøgelsen viste ingen tegn på brud, og patienten blev sendt hjem.

Patienten blev 1 måned senere henvist til en mund- tand- og kæbekirurgisk afdeling, hvor man konstaterede brud på venstre kindben. Kliniske blev der da fundet et let konturspring svarende til kindbenets forside, og at sammenbidet fra side til side var påvirket.

Der blev klaget over, at lægen ikke foretog en korrekt behandling, idet det blev anført, at han ikke indlagde patienten til observation og ikke tilkaldte en tandlæge samt ikke foranledigede scanning. Desuden blev der ikke informeret om, at der skulle foretages røntgenkontrol af kæben.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægernes behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at patienten var vågen og klar uden tegn på hjernerystelse, og at ansigtsskelettet blev gennemført, og at der ikke fandtes spring i knoglestrukturen som tegn på brud. Tændernes sammenbid fandtes normale. Øjenbevægelser var ligeledes normale, og der var ingen oplysninger, der pegede imod, at der var brud. Røntgenundersøgelsen viste ikke tegn på brud. Billederne blev gennemset af en radiolog, som heller ikke kunne finde tegn på brud.

Der var ikke mistanke om tandskader, og der var ingen mistanke om skade på, eller blødning i eller omkring hjernen. Der var derfor ikke grund til at tilkalde tandlæge eller foretage CT-scanning af hjernen.

For så vidt angik røntgenbeskrivelsen, var det nævnets vurdering, at røntgenbillederne ikke viste tegn på skeletskade, og at der ikke var blodansamlinger, specielt i næsens bihuler

Klage over manglende behandling af et knæ

En 23-årig mand vred om på sit knæ under en fodboldkamp. På skadestuen fandt man et stræk på knæets ydre ledbånd. Han blev instrueret i at aflaste knæet. 4 måneder senere låste patientens knæ sig fast, og han henvendte sig på en anden skadestue, hvor det blev konstateret, at han havde beskadiget den indre menisk og overrevet det forreste ledbånd.

Det blev klaget over manglende undersøgelse og behandling af knæet.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af reservelægen, men fandt at det havde været hensigtsmæssigt, at reservelægen havde sat patienten til kontrol i ortopædkirurgisk ambulatorium.

Nævnet oplyste hertil, at det kræver høj grad af ekspertise, at påvise meniskskader i den akutte fase blandt andet på grund af, at den klinisk undersøgelse er vanskeliggjort af de ofte udtalte smerteter i knæet. Det er derfor almindelig praksis, at der bliver henvist til en fornyet klinisk undersøgelse af knæet efter passende tid (ca. 14 dage), såfremt symptomerne fortsætter.

Nævnet oplyste videre, at det ikke er almindelig praksis at foretage operativ behandling af korsbåndsskader i den akutte fase. Dette skyldes dels, at man ved akut behandling vil få et besværligt efterforløb, og dels at det ofte vil vise sig, at der ikke vil være behov for at foretage en sådan operation. Meniskskader kan blive behandlet operativt såvel i den akutte fase som senere, og det endelige resultat af behandlingen er uafhængig af, hvornår en operation bliver foretaget.

Klage over, at afglidning af ledhovedet i forhold til lårbenshalsen (epifysiolyse capitis femoris) hos en 12-årig dreng først blev konstateret efter flere undersøgelser

En 12-årig dreng søgte i november 2001 egen læge, da han havde ondt i højre lyske og lår. Objektivt fandt egen læge ikke nogen forklaring på symptomerne og valgte at se tiden an med let aflastning.

I slutningen af februar 2002 henvendte patienten sig til en skadestue, da der var kommet smerter i højre knæ efter løb under fodboldtræning. Patienten blev undersøgt og de fandt let ømhed ved direkte tryk lige nedenfor knæskallen og gav råd om roligt regime de næste par dage.

Den 3. marts 2002 henvendte patienten sig igen på skadestuen på grund af forværring af generne fra højre knæ, der var begyndt at klikke, ligesom der var kommet smerter på ydersiden af højre lår og i højre balle. Patienten blev undersøgt af reservelæge A, som fortil på den ydre ledlinje fandt en ganske svag blålig misfarvning. Reservelægen fandt tegn på smerter udløst fra knæets udvendige menisk. Bevægeligheden i knæet var smerteindskrænket, og patienten kunne ikke gå i knæ.

På mistanke om menisklæsion konfererede reservelæge A med sin bagvagt. Det blev aftalt at se tiden an i form af en måned med konservativ behandling, hvorefter patienten skulle undersøges på

ortopædkirurgisk ambulatorium. Han blev medgivet krykkestokke og tilrådet RICE (hvile, kulde, kompression og elevation).

Den 2. april 2002 blev patienten undersøgt på ortopædkirurgisk ambulatorium af reservelæge B. Reservelæge B fandt normale forhold vedrørende højre knæ og opfordrede patienten til at ophøre med at benytte krykkestokke. Reservelægen informerede om, at patienten skulle begynde at gå almindeligt uden at halte og henvende sig til egen læge ved vedvarende eller genopståede problemer med knæet.

Den 15. maj 2002 blev patienten igen undersøgt af egen læge, der observerede påfaldende gang med udadrotation af højre ben. Egen læge konstaterede samtidig påfaldende tvangsholdning i højre hofte. På mistanke om hofteledelse henviste egen læge til fornyet undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium.

14 dage senere blev patienten undersøgt på ortopædkirurgisk ambulatorium, og en røntgenundersøgelse af begge hofter viste afglidning af ledhovedet på højre lårben (epifysiolyse), svarende til en 1/2 ledhoveds bredde.

Der blev klaget over, at patienten i længere tid og ved flere undersøgelser havde symptomer på en behandlingskrævende hofteledelse men at dette først blev konstateret den 28. maj 2002, da der var foretaget en røntgenundersøgelse af hoften.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere reservelæge A. Nævnet lagde vægt på, at reservelæge A ud over sin relevante undersøgelse af det højre knæ også burde have foretaget en udførlig undersøgelse af hoften, selvom en undersøgelse i slutningen af februar 2002 var beskrevet som normal for højre hofte vedkommende, da der forelå oplysninger om tidligere problemer i højre lyske og der aktuelt var forværring af smerterne ved gang, at reservelæge A ud over sin relevante undersøgelse af det højre knæ også burde have foretaget en udførlig undersøgelse af hoften.

Nævnet oplyste, at lidelsen epifysiolyse capitis femoris er en af de hyppigste hofteledelser og består i en afglidning af ledhovedet i forhold til lårbenshalsen og giver anledning til smerter ved belastning af benet. Smerterne er ofte alene lokaliseret, som såkaldt henført smerte (referred pain) på den indvendige side af knæet, men det udelukker ikke en mulig placering af smerterne på udsiden af knæet. Prognosen for et tilfredsstillende resultat af behandling af epifysiolyse capitis femoris er meget afhængig af tidspunktet for, hvornår diagnosen stilles, eftersom afglidningen af ledhovedet i forhold til lårbenshalsen bør stoppes så tidligt som muligt.

Nævnet oplyste endvidere, at det er helt principielt, at der ved smerter i benene hos børn skal være fokus på, om lidelsen kan sidde i et andet led, hvorfor en korrekt undersøgelse i disse tilfælde skal involvere undersøgelse af bevægeligheden i både hofte- og knæled.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere den bagvagt, som reservelæge A konfererede med.

Nævnet lagde vægt på, at en speciallæge i ortopædisk kirurgi bør være specielt opmærksom på mulig hofteledelse i form af sygdommen epifysiolyse capitis femoris hos en dreng i alderen 12-16 år, når der foreligger en længere sygehistorie med smerter omkring knæet og problemer omkring hoften.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at mistanken om menisklæsion i patientens tilfælde i øvrigt var svag, da der blandt andet var konstateret normal bevægelse i knæet.

Det var i den forbindelse nævnets opfattelse, at bagvagten ud fra de oplysninger, der blev forelagt ham, selv burde have foretaget en objektiv undersøgelse af patienten omfattende en nærmere undersøgelse af hoften eller foranlediget, at reservelæge A gjorde dette.

Nævnet fandt også grundlag for at kritisere reservelæge B.

Nævnet lagde vægt på, at reservelæge B den 2. april 2002 burde have mistænkt, at der var tale om en hoftelidelse, da der var normal knæundersøgelse, og patienten havde haltet i en måned. Reservelægen burde i den anledning have undersøgt og beskrevet, hvordan patienten gik uden krykkestokke, herunder udspurgt hvordan forløbet havde været siden sidste undersøgelse. Alternativt kunne der være henvist til videre udredning af hoften ved en speciallæge på et højere kompetenceniveau.

Nævnet bemærkede i den forbindelse, at den senere røntgenundersøgelse den 28. maj 2002 understøtter, at tilstanden havde bestået en rum tid, da der er en reparationsproces i gang.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelæge C.

Nævnet lagde vægt på, at reservelæge C ved sin undersøgelse af patienten optog en udførlig og fyldelstgørende sygehistorie og på den baggrund foretog en relevant objektiv undersøgelse, der blandt andet ikke gav grundlag for at mistænke nogen hoftelidelse, hvorfor der derfor ikke var grundlag for at tage et røntgenbillede af hoften på det pågældende tidspunkt.

Klage over mangelfuld undersøgelse af brud i ryggen (ustabilt brud) og klage over manglende information

En 65 årig kvinde blev den 29. juni 2003 indlagt på ortopædkirurgisk afdeling efter at være faldet. På indlæggelsesdagen blev der taget røntgenbilleder af begge hofter og bækken, som ikke viste tegn på brud. Røntgenundersøgelse af lænderyghvirvlerne viste et let sammentrykningsbrud på den første lænderyghvirvel.

Den 30. juni 2003 bestilte overlæge D medicinsk tilsyn, da patienten var besværet af vejrtrækningsproblemer. Den 2. juli 2003 fandt overlæge A, at patienten skulle forsøges mobiliseret, således at hun kunne udskrives samme dag eller den følgende eller overflyttes til et andet sygehus. Hun blev efter eget ønske udskrevet til datteren.

Den 10. juli 2003 havde patienten telefonisk kontakt med egen læge, som arrangerede hjemmesygeplejerske på grund af liggesår. Den 14. juli 2003 var patienten til konsultation hos egen læge, der henviste til skadestuen på grund af lænderygsmarter strålende ud over højre hofteregion og dårlig gangfunktion samt natlige urininkontinens og tryksår på balderne.

Den 14. juli 2003 blev patienten indlagt på ortopædkirurgisk afdeling hvor man på ny den 15. juli 2003 ved CT-scanning påviste sammentrykningsfraktur i første lænderyghvirvel, men nu også føleforstyrrelser i venstre ben og liggesår på ryg og balder. Sammentrykningsbruddet af første lænderyghvirvel var ustabil, og der var et knoglebrudstykke, som trykkede ind mod rygmarvskanalen. Den 16. juli 2003 var føleforstyrrelserne i venstre ben forsvundet efter

immobiliseringen, og der blev ordineret 3-punkts-korset og mobilisering. Patienten blev udskrevet den 23. juli 2003, og ved ambulant kontrol den 8. september 2003 var bruddet helet, og den 6. oktober 2003 blev behandlingen afsluttet.

Der blev klaget over at lægerne på ortopædkirurgisk afdeling i perioden fra den 29. juni til den 2. juli 2003 overså, at patienten havde brækket ryggen til trods for, at hun havde stærke smerter, og at hun ikke fik foretaget en scanning af ryggen i perioden fra den 29. juni til den 2. juli 2003, samt at hun blev udskrevet allerede den 2. juli 2003 med piller til 4 dage, 2 krykker og 2 decubitus. Der blev endvidere klaget over at patienten ikke blev informeret om, at røntgenundersøgelsen den 29. juni 2003 viste sammentrykning af første lændehvirvel, samt at hun havde kalkmangel.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlæge A for dennes behandling af patienten den 2. juli 2003 på ortopædkirurgisk afdeling. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere Reservelæge B og 1. reservelæge C for deres behandling af patienten den 29. juni 2003, eller overlæge D's behandling den 30. juni 2003.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at det efter nævnets opfattelse var overlæge A, der som den udskrivende læge burde have informeret patienten om, at røntgenundersøgelsen foretaget den 29. juni 2003 viste let kalksvind samt sammentrykning af første lændehvirvel.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Klage over utilstrækkelig behandling af brækket håndled

En 68-årig kvinde brækkede venstre håndled, og der blev iværksat behandling i form af påpladssætning og gipsskinne. Cirka en uge senere blev patienten indlagt med henblik på operativ behandling af bruddet, og 2 dage senere foretog afdelingslæge A operationen.

Imidlertid var der dagen efter operationen sket et skred i bruddet, og en afdelingslæge satte bruddet på plads igen. Efter udskrivningen mødte patienten samme dag i skadestuen, da der var sket et skred i bruddet. Overlæge A foretog påpladssætning af bruddet og stramning af apparaturet, men røntgenundersøgelse samme dag viste ikke tilfredsstillende stilling, og der blev planlagt operation den følgende dag. Operationen blev foretaget nogle dage senere.

Ved efterfølgende ambulant kontrol var stillingen i bruddet uændret, men brudlinien var lidt mere synlig end ved tidligere optagelsen. Cirka en måned senere blev Hoffmann apparaturet fjernet uden bedøvelse af reservelæge B.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling af afdelingslæge A i forbindelse med en operation og 2 dage senere, hvor behandling blev foretaget uden bedøvelse og uden at der blev skrevet et journalnotat. Endvidere blev der klaget over, at patienten under to operationer fik Morfin på trods af, at hun havde oplyst, at hun ikke kunne tåle dette. Endelig blev der klaget over, at patienten fik fjernet fire skruer i hånd og arm uden lokalbedøvelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af afdelingslægen og lagde nævnet vægt på, at afdelingslæge A opererede patienten, hvorved der efter placering af de 2 x 2 pinde, der blev forbundet med barre, blev foretaget påpladssætning. Der blev anvendt røntgengennemlysning, der viste acceptabel stilling.

Nævnet kunne oplyse, at et brud som det aktuelle almindeligvis behandles med lukket påpladssætning og efterfølgende ekstern fiksering, og at det er velkendt, at der trods korrekt behandling kan forekomme skred i et brud, og at det kan ske allerede i de første døgn. Derfor foretages der almindeligvis altid røntgenoptagelser inden en eventuel udskrivelse.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at patienten 2 dage efter udskrivelse henvendte sig igen, idet det eksterne apparat havde løsnet sig, og der på ny var sket skred i bruddet. Afdelingslæge A foretog påpladssætning samt fikserede det eksterne apparat på ny.

Nævnet kunne oplyse, at påpladssætning samt låsning af apparaturet på ny – som i den aktuelle sag - almindeligvis kun vil være ganske let smertende, og at det var nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at afdelingslæge A efter aftale med patienten forsøgte påpladssætning af bruddet uden bedøvelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af afdelingslægen vedrørende det manglende journalnotat fremgik det af journalen, at afdelingslægen dikterede et erstatningsnotat, og nævnet fandt herefter, at afdelingslægen handlede i overensstemmelse med reglerne om journalføring.

For så vidt angik klagen over, at patienten under to operationer fik Morfin på trods af, at hun havde oplyst, at hun ikke kunne tåle dette, lagde nævnet vægt på, at der ved alle 3 operationer blev givet fuld bedøvelse (generelle anæstesier) af typen total intravenøs anæstesi (TIVA).

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de læger fra anæstesiologisk afdeling, der havde været involveret i behandlingen af patienten.

Nævnet kunne oplyse, at TIVA består af kontinuerlig intravenøs indgift af sovemiddel (Propofol) samt intravenøs indgift af såkaldte syntetiske opioider (morfinlignende stoffer).

Det var nævnets opfattelse, at indgift af syntetisk opioid i forbindelse med TIVA er en uomgængeligt nødvendig komponent for at sikre smertefrihed. Unkladelse heraf vil medføre uønsket, potentielt faretruende, påvirkning af patientens kredsløb (højt blodtryk og hurtig puls).

Nævnet kunne i forbindelse hermed oplyse, at en patients oplysning om, at han/hun ikke tåler et medikament, kan dække over mange forhold. For opioiders vedkommende kan der for eksempel være tale om, at patienten tidligere har oplevet kvalme/opkastning, kløe, sløvhed eller forvirring. Sådanne bivirkninger kan dog variere meget, afhængigt af blandt andet tid og situation (fx operationstype). Alle opioider kan give kvalme og opkastning, men som anført er indgift af syntetisk opioid nødvendigt i forbindelse med TIVA.

Vedrørende klagen over, at patienten fik fjernet fire skruer i hånd og arm uden lokalbedøvelse, fandt nævnet at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at foretage fjernelse af eksternt apparat på en underarm og hånd uden bedøvelse efter behandling af håndledsnært brud.

Klage over manglende tilbud på behandling

En 15-årig pige havde igennem en årrække haft smerter under sine hæle. En elektrofysiologisk undersøgelse havde vist, at der kunne være tale om en forsnævring af nervekanalen til fødderne. På

den baggrund blev patienten henvist til ortopædkirurgisk afdeling. Den pågældende overlæge fandt imidlertid ikke grundlag for at operere patienten for en mulig forsnævring af nervekanalen.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik tilbud om operativ behandling, når to andre læger mente, at der forelå en forsnævring af nervekanalen til fødderne.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den pågældende overlæge.

Nævnet lagde vægt på, at en operation for forsnævring af nervekanalen til fødderne (tarsaltunnelsyndrom) i en situation som den konkrete ville være forbundet med betydelig usikkerhed med hensyn til resultatet, og at der tillige var en vis risiko for forværring af tilstanden.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at den neurofysiologiske undersøgelse var behæftet med usikkerhed, og at smertesymptomer fra hælene kunne have mange forskellige årsager, hvorfor diagnosticering af årsagen ofte er forbundet med betydelig usikkerhed.

Klage over at en 3 ½ år gammel dreng ikke modtog korrekt behandling af et fingerbrud

En 3 ½ år gammel dreng fik den 2. januar 2004 sin venstre hånd i klemme, hvorved han pådrog sig knusningsskader af mellem- og yderstykkerne på 3. og 4. finger. Han blev samme dag undersøgt og behandlet på skadestuen.

Den 5. januar 2004 blev det ved røntgenkonference på ortopædkirurgisk afdeling vurderet, at der var behov for operativ behandling af bruddet i mellemstykket af 3. finger, idet den yderste del af mellemstykket var fejlplaceret. Der blev derfor planlagt indkaldelse af patienten den 6. januar 2004, men da patientens familie var ude at rejse, blev patienten først set den 7. januar 2004, hvor en overlæge vurderede, at der foreløbig ikke var mulighed for operativ behandling, da der var væskedannelse fra sårene på begge fingre.

Den 21. januar 2004 fandt overlægen ved kontrolundersøgelse af patienten, at der var god funktion af hånden og kun begrænset smertereaktion. Det blev vurderet, at han frit skulle have lov at bruge fingrene, og der blev planlagt kontrol efter 6 uger.

Ved kontrolundersøgelse den 3. marts 2004 fandt overlægen, at venstre hånd kunne bruges frit, og at der kun var begrænset smertereaktion. Der kunne knyttes om en kuglepen med god styrke og god bevægelighed. Patientens forældre blev informeret om, at der kunne komme skævvækst i vækstlinierne på fingrene, og at der i givet fald kunne ske genhenvielse til ortopædkirurgisk afdeling. Behandlingen blev herefter afsluttet.

Patienten blev efterfølgende genhenvist til ortopædkirurgisk afdeling, og den 26. november 2004 blev der planlagt operativ behandling af de yderste dele af patientens 3. finger på grund af manglende funktion over fingerens yderled, dannelse af falsk led i fingerens mellemstykke, ligesom den yderste del af fingerens mellemstykke var meget lille og fejlplaceret. Den planlagte operative behandling blev foretaget den 4. januar 2005.

Der var klaget over, at patienten ikke modtog korrekt undersøgelse og behandling i perioden fra januar til marts 2004 på den ortopædkirurgiske afdeling.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den overlæge, der havde behandlet patienten.

Nævnet oplyste, at et brud af den pågældende art som udgangspunkt bør behandles operativt, men at det var relevant, at overlægen den 7. januar 2004 vurderede, at der foreløbig ikke skulle foretages operativt indgreb, idet et sådant ville have medført en betydelig forøget risiko for sårinfektion.

Nævnet fandt endvidere, at det var relevant, at overlægen ved kontrolundersøgelsen den 21. januar 2004 ikke ordinerede operativ behandling, men valgte at se tiden an. Nævnet oplyste i den forbindelse, at det med overvejende sandsynlighed vil medføre betydelig eller total stivhed i yderleddet på 3. finger, såfremt man operativt sætter et brud af den pågældende type på plads.

Endelig fandt nævnet, at det efter de foreliggende oplysninger om kraft og bevægelighed i håndens 3. finger var relevant at afslutte behandlingen af patienten den 3. marts 2004.

Klage over utilstrækkelig behandling af brud på skinneben

En 21-årig mand faldt under en fodboldkamp og fik efterfølgende konstateret et tværbrud på skinnebenet. Patienten blev indlagt til videre behandling. Der blev foretaget en opretning af vinklingen, hvorefter der blev anlagt gipsbandage. Ved efterfølgende kontroller havde patienten smerter i benet ved belastning og benet var skævt.

Det blev siden besluttet operativt at rette bruddet op og indsætte søm i marvkanalen.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af behandlingen. Nævnet lagde vægt på, at der blev foretaget en opretning af vinklingen, hvorefter der blev anlagt cirkulær bandage. Patienten blev samtidig informeret om, at der var nødvendigt med en operation, såfremt at bruddets stilling ændrede sig.

Nævnet lagde videre vægt på, at man ved et tværgående brud på skinnebenet kan man vælge mellem en lukket påpladssætning og efterfølgende gipsbehandling eller en operativ behandling med ibankning af marvsøm, eller som 3. alternativ en behandling med ekstern fiksatoren. De 3 behandlinger har hver sine fordele og ulemper. Ulempen ved den aktuelle behandling med påpladssætning og gipsbandagering er manglende mulighed for vægtbelastning og risiko for heling i en vis fejlstilling i ca. 10 % af tilfældene. Det skal imidlertid holdes op imod risikoen for komplikation med øget tryk i musklerne (compartmentsyndrom) og specielt for marvsøm i underbenet gælder, at der i ca. 25 % af tilfældene er ledsagende lette knægener efter indgrebet, hvor marvsømmet bliver nedbanket.

Klage over amputation af ben

En 71-årig mand blev i oktober 2003 henvist til ortopædkirurgisk afdeling med henblik på amputation på venstre ben. Han blev på operationsgangen undersøgt af afdelingslæge A. Benet var varmt indtil den nederste tredjedel med bevaret muskelfunktion og følesans. Under operationen bemærkede afdelingslæge A, at alle muskler fungerede og havde blodforsyning. I november 2003 fandt 1. reservelæge B stumpen pæn med lidt sårskorpe på spidsen og uden infektionstegn.

16 dage senere var benstumpen rød og hævet og med pussekretion. Patienten var ikke interesseret i yderligere amputation, hvorfor man aftalte at forsøge at behandle benstumpen uden amputation. Samme dag blev han indlagt på ortopædkirurgisk afdeling. 1. reservelæge C foretog operation med

fjernelse af alt dødt væv omkring stumpen. Herefter var der ikke væv til at lukke omkring knoglen. Ved undersøgelse dagen efter var der fortsat dødt væv. 2 dage derefter fik han amputeret nederste del af lårbenet.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling på ortopædkirurgisk afdeling.

Nævnets fandt ikke grundlag for kritik af behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at den foretagne amputation blev foretaget efter sædvanlige retningslinier, hvor man sikrede sig fornuftigt bløddelsdække henover benstumpen.

Patienten blev siden henvist til ortopædkirurgisk afdeling på grund af tiltagende smerter i amputationsstumpen. Afdelingslæge B foretog en grundig objektiv undersøgelse og sikrede sig, at man hurtigt kunne iværksætte en fornyet kontrol, hvis tilstanden skulle blive forværret.

Ved den efterfølgende operation blev der foretaget amputation nedadtil på lårbensniveau efter sædvanlige retningslinier, hvor man sikrede sig en god bløddelsdækning.

Klage over manglende diagnosticering af kræft i knæet

En 64-årig mand havde gener fra venstre knæ og det blev konstateret i slutningen af maj 2003, at det drejede sig om en såkaldt Baker-cyste i knæet. 3 måneder senere blev der foretaget en ultralydsundersøgelse af knæet, som viste, at cysten var vokset, og patienten fik tilbudt at få cysten fjernet ved en operation.

Herefter blev der i oktober 2003 foretaget operation, men cysten blev ikke fjernet, i stedet for blev en "mus" fjernet. Patienten gik til kontrol, og det blev besluttet at fjerne cysten, idet der ikke var fremgang. I slutningen af februar 2004 blev den cystiske knude fjernet og sendt til mikroskopi. Det viste sig, at der var tale om kræft.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling af sit knæ.

Nævnet fandt grundlag for kritik af afdelingslægens behandling i oktober 2003 og grundlag for kritik af overlægens behandling af patienten i februar 2004

Nævnet lagde vægt på, at den opererende læge i oktober 2003 ikke foretog yderligere undersøgelser af patienten med henblik på at påvise tilstedeværelsen af Bakercysten, og at Bakercysten godt kunne være tilstede, selvom den ikke havde kunnet påvises ved en kikkertvejledt undersøgelse.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at den opererende læge ved operationen i slutningen af februar 2004 burde have nøjes med at tage en vævsprøve fra det mistænkelige væv, og altså ikke fjerne hele det sygelige væv, idet man ikke kendte arten af eller udbredelsen af vævet.

Klage over læges behandling af brækket fod

En 48-årig kvinde kom den 17. maj 2003 til skade med sin venstre fod. Hun blev undersøgt af en reservelæge på en skadestue, som fandt et brud på ydersiden af venstre fods forled. Patienten blev udstyret med en ROM-walkerbandage. Det blev herefter arrangeret, at hun skulle til kontrol på skadeambulatorium i sin hjemby efter en uge, og hun blev orienteret om, at hun skulle påregne at bruge bandagen de følgende 6 uger.

Da hun fortsat havde gener, blev hun af egen læge genhenvist dertil, men på grund af lang ventetid valgte man i stedet at henvise hende til en speciallæge i ortopædkirurgi, som den 18. september 2003 henviste hende til en røntgenundersøgelse af venstre fodled på en røntgenklinik. Her blev der den 1. oktober 2003 foretaget røntgenundersøgelse af venstre forled inklusiv optagelse af højre fodled til sammenligning. Man kunne se brud i heling svarende til venstre fods forled. Der var ikke nogen fejlstilling og specielt ingen breddeøgning af fodgaflen.

Patienten blev herefter henvist til MR-scanning. Her blev der foretaget MR-scanning af venstre forled den 21. oktober 2003. Man fandt udover det kendte brud, som var under opheling, en overrivning af ledbånd ligesom der var irritation i det uægte led.

Der klages over at reservelægen ikke foretog korrekt behandling den 17. maj 2003, idet han ikke diagnosticerede, at patienten havde 3 brud i foden.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægens behandling, idet reservelægen optog en sygehistorie i hvilken det blev oplyst, at patienten var vredet om på venstre fod under fodboldspil. Herefter foretog reservelægen en undersøgelse af patientens venstre ankelregion, hvor reservelægen fandt tydelige tegn på brud af den udvendige ankelknyst på venstre side, hvilket førte hende til en bekræftelse af diagnosen brud på udvendige ankelknyst ved den efterfølgende røntgenundersøgelse. Herefter planlagde reservelægen en behandling med en ROM-walkerbandage, der skulle anvendes i 6 uger, og der var ikke planlagt tilladelse til, at patienten skulle støtte på benet med denne bandage. Da patienten ikke var bosat i området, blev hun sat til kontrol på skadestueambulatoriet på et andet hospital. Ved en konference dagen efter uheldet blev man enig om, at patienten måtte støtte på benet i bandagen og dette blev meddelt hende.

Den behandling, reservelægen foretog er en af de mest gængse metoder til behandling af ankelbrud af den type, som patienten havde pådraget sig. De ledbånd, der blev nævnt som bristede ved den foretagne MR-scanning, vil altid bryde i forbindelse med et ankelbrud af den type, som patienten pådrog sig. Ved en forvridding i anklen kommer ledbåndsskaderne først, og hvis forvriddingen er svær, vil det ende med brud af knoglen, som det skete her. Man behandler ikke ledbåndsoverrivninger omkring anklen med operation, da man ved større videnskabelige undersøgelser har vist, at resultatet ved en bandagebehandling er lige så god eller bedre.

Klage over forskellig benlængde efter hofteoperation

En 55-årig kvinde fik isat en kunstig hofte i venstre side på grund af slidgigt. Ved en efterfølgende kontrol blev det konstateret, at højre ben var 1,9 cm længere end venstre ben.

Der blev klages over, at der var begået fejl ved operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, idet der ved en forkortning af benet var øget risiko for ustabilitet i hoften og dermed øget risiko for ledscred i proteser.

Nævnet oplyste, at der sædvanligvis tilstræbes en benlængdeforskel på under 1cm, men at en forskel op til 2 cm kan accepteres, idet skoene kan korrigeres således, at det almindeligvis giver relativt få gener.

Klage over manglende konstatering af lungekræft med dattersvulster

En 60-årig mand brækkede sit kraveben ved løft af en tung spand. Efter undersøgelse på skadestuen blev der iværksat behandling med slynge og smertestillende medicin. Ved senere undersøgelser af patienten ordineret af praktiserende læge blev det konstateret, at der var tale om lungekræft med dattersvulster i venstre ribben og højre kraveben.

Der blev klaget over, at lægerne på skadestuen ikke iværksatte undersøgelser for at klarlægge årsagerne til smerterne samt årsagen til, at kravebenet brækkede.

Nævnet fandt ikke grundlag for af kritik af de involverede læger, idet nævnet lagde vægt på, at der på baggrund af det oplyste samt det ved undersøgelse, herunder røntgenundersøgelse, fundne var forklaring på det opståede.

Det var videre nævnets vurdering, at der ikke var grundlag for at antage, at der var andre årsager til kravebensbruddet end en skadelig påvirkning, da de radiologiske fund var forenelige med et ukompliceret brud uden synlige forandringer i knoglen.

Klage over manglende diagnosticering af brækket skinneben

En 37-årig mand blev bragt til skadestuen, idet han havde forvredet højre fodled. En 1. reservelæge fandt på baggrund af en objektiv undersøgelse, at højre fod var forstuvet, og der blev iværksat behandling i form af støttebind.

6 dage senere fik patienten foretaget en røntgenundersøgelse, der viste brud på nederste del af skinnebenet. Der blev lagt gipsskinne, men efterfølgende CT-skanning viste, at bruddet inddrog ledfladen. Patienten fik herefter foretaget en operation.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling på skadestuen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den reservelæge, der behandlede patienten på skadestuen, og lagde herved vægt på, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at reservelægen på baggrund af fundene i form af hævelse og ømhed foran på anklen, men ikke ved selve den udvendige ankelkno vurderede, at foden var forvredet. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om 1. reservelægen havde undersøgt for indirekte ømhed for eksempel ved tryk i benets længere retning samt havde undersøgt for bevægeudslag i fodledet.

Nævnet kunne oplyse, at behandling ved brud på ankelledet er gipsbandage, og såfremt der findes grundlag for operation, vil en operation først blive udført, når hævelsen har fortaget sig i løbet af 8. til 10. dagen efter traumet.

Det var videre nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at der ikke blev foretaget røntgenundersøgelse, idet der ikke på baggrund af den objektive undersøgelse var tegn på et knoglebrud.

Klage over udeladt operation og bredspektret antibiotisk behandling i forhold til kattebid i en finger, der i to uger havde været rød og hævet.

En 56-årig mand blev den 22. december 2001 bidt af en kat i højre hånds 3. finger. Patienten konsulterede vagtlæge, som behandlede ham med Primcillin 800 mg 3 gange dagligt. I de efterfølgende dage hævede fingrene og håndryggen, og den 28. december 2001 blev han af sin praktiserende læge sat i behandling med Primcillin 800 mg 2 tabl. x 2 dagligt og Dicillin 500 mg 3 gange dagligt. Den 2. januar 2002 blev behandlingen suppleret med en skinne.

13 dage efter biddet blev patienten henvist til en ortopædkirurgisk afdeling, hvor reservelæge A fandt, at der var hævelse og rødme over mellemlæddet på 3. finger og foranledigede en røntgenundersøgelse af fingeren. Undersøgelsen viste normale forhold svarende til knogler og led. Der blev ordineret fortsat behandling med Dicillin i 10 dage og ophør med behandlingen med Primcillin.

Den 19. januar 2002 blev patienten indlagt, og den følgende dag fandt man knoglebetændelse i mellemlæddet af 3. finger med total destruktion af leddet. Der blev iværksat behandling med penicillin og Dicillin direkte i blodbanen og foretaget akut operation med oprensning og fjernelse af dødt væv. 14 dage senere blev patienten udskrevet. Efterforløbet var kompliceret med springfinger og tryk på en af nerverne ved hånden, som blev opereret (carpaltunnelsyndrom).

Der blev klaget over, at reservelæge A ikke iværksatte en virkningsfuld intravenøs behandling og eventuelt ordinerede en operation, der samtidig ville have medført en analyse af bakteriesammenhængen med videre.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere reservelæge A for hans behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at symptomerne i form af rødme, hævelse og ømhed af mellemlæddet burde have givet reservelæge A mistanke om betændelse i leddet. Da der cirka 3 dage efter kattebidet stadig var betydelig hævelse og ømhed af 3. finger, burde han desuden have taget i betragtning, at der ofte ikke er effekt af antibiotisk behandling og foretaget indlæggelse med henblik på akut operation med åbning ind til leddet, dyrkning for bakterier og herefter bredspektret antibiotisk behandling i et forsøg på at undgå destruktion af brusken i leddet. Alternativt var der klar indikation for at bede en mere erfaren lægekollega tilse patienten til vurdering af de videre behandlingstiltag.

Patientklagenævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere både den overlæge fra ortopædkirurgisk afdeling, der gennemgik skadesedlen vedrørende patienten den følgende hverdag, og den overlæge fra ortopædkirurgisk afdeling, der samme dag ledede røntgenkonferencen.

Nævnet lagde vægt på, at overlægerne burde have fået mistanke om betændelse i leddet og foranstaltet indlæggelse og akut operation med åbning ind til leddet, dyrkning for bakterier og herefter bredspektret antibiotisk behandling i et forsøg på at undgå destruktion af brusken i leddet.

Nævnet oplyste, at det er almindelig kendt, at bidsår fra hund og kat samt sår opstået ved, at en hånd er slået mod en anden persons tænder, ofte er forurenede med flere forskellige bakteriearter, hvoraf nogle er særdeles aggressive. Ved bidskader over led er der stor risiko for, at biddet går ind i leddet (artikulære panaritier).

Nævnet oplyste endvidere, at der derfor altid er indikation for behandling med bredspektret antibiotika fra starten i behandlingsdoser og ikke i profylaktiske doser (forebyggende). Antibiotika kan ikke eller kun i begrænset omfang nå ind i en ledhule, og der er derfor ofte ikke effekt af antibiotikabehandlingen. Når der derfor opstår mistanke om infektion i et led, er behandlingen typisk operation.

Klage over utilstrækkelig undersøgelse ved hoftetraums

En 49-årig mand faldt på sin cykel og slog venstre hofte. Ved undersøgelse på skadestuen fandt lægen, at der var bevægeindskrænkning i hofte og smerter ved forsøg på udstrækning. Benet var uden fejlstilling. Det blev vurderet, at der ikke var brud, og der blev ikke foretaget røntgenundersøgelse.

Der blev klaget over utilstrækkelig undersøgelse.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen, idet det var nævnets opfattelse, at der burde være foretaget en nærmere undersøgelse af hofteleddet og dets bevægelighed, samt røntgenundersøgelse ved konstatering af strækkedefekt.

Nævnet oplyste, at patienter uden forskudte brud eller med brud på hofteskålen ikke har fejlstilling af benet. I disse tilfælde sker der blødning i ledhulen, som forårsager smerte på grund af spænding i leddet. Disse patienter vil derfor konstatere smerte ved forsøg på bevægelse, typisk ved rotation af hofteleddet.

16 Plastikkirurgi

Klage over informationen i forbindelse med et plastikkirurgisk indgreb.

En 31-årig mand fik foretaget en ansigtsløftning og herunder fjernet overskydende hud under hagen. Forud for operationen fik han mundtlig information om indgrebet og dets risici.

Der blev bl.a. klaget over, at den skriftlige information blev udleveret en time før selve operationen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægen, idet nævnet vurderede, at det udleverede materiale ikke havde karakter af informationsmateriale vedrørende den konkrete operation, men alene var en samtykkeerklæring.

Nævnet oplyste, at Sundhedsstyrelsen ved vejledning af 6. januar 2000 til landets læger har opstillet skærpede krav til den patientinformation, der skal gives forud for kosmetiske indgreb, idet patienter, der ønsker kosmetiske indgreb, som regel ikke har en helbredsforringende sygdom. Således stilles der krav om, at informationen i forbindelse med kosmetiske indgreb gives både mundtligt og skriftligt til patienten inden operationen

Klage over laser-behandling

En 28-årig mand ønskede at få fjernet en tatovering på højre skulder og blev derfor tilbudt laserbehandling. Han blev informeret mundtligt om risici og komplikationer ved behandlingen og om at kontakte klinikken på ny såfremt ophelingen varede mere end 10 dage. Der blev udført en prøvebehandling med de indstillinger af laseren, som lægen havde tænkt sig at benytte ved den egentlige behandling.

To måneder senere blev der udført en laserbehandling med de samme indstillinger.

Ved kontrol tre måneder efter fandt speciallægen, at der var kraftig rødme i området, og patienten oplyste, at ophelingen havde varet mindst 20 dage.

Efterfølgende kontaktede patienten speciallægen og oplyste, at han hos en hudlæge havde fået steroidindsprøjtning på grund af arvævsdannelse.

Patienten klagede blandt andet over, at han ikke havde modtaget information om risikoen for arvævsdannelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægens behandling, ligesom nævnet fandt, at der var givet relevant mundtlig information forud for indgrebet.

Nævnet fandt anledning til at kritisere, at der ikke forud for operationen var udleveret skriftligt informationsmateriale om laserbehandling til patienten.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at Sundhedsstyrelsen ved vejledning af 6. januar 2000 til landets læger har opstillet skærpede krav til den patientinformation, der skal gives forud for kosmetiske indgreb, idet patienter, der ønsker kosmetiske indgreb, som regel ikke har en helbredsforringende sygdom, således stilles der krav om, at informationen i forbindelse med kosmetiske indgreb gives både mundtligt og skriftligt til patienten inden operationen.

17 Psykiatri

Klage over tvangsbehandling med Risperdal med eventuel senere overgang til Risperdal Depot, samt med Seroxat.

En 21-årig gammel mand blev tvangsindlagt på behandlingsindikation på en psykiatrisk afdeling. Under indlæggelsen blev der – ud over almindelig klinisk, psykiatrisk vurdering – foretaget supplerende undersøgelser og observationer af patienten med henblik på yderligere diagnostisk udredning på baggrund af, at lægerne under en tidligere indlæggelse havde været i tvivl om, hvorvidt patienten led af en svær tvangstilstand eller en lidelse indenfor det skizofrene spektrum. Han fik siden begyndelsen af indlæggelsen tilbudt behandling i form af Risperdal, hvilket han dog vedvarende afviste.

Under den aktuelle indlæggelse vurderede lægerne, at der er tale om en psykotisk tilstand, idet patienten til stadighed frembød en bizar, tvangspræget og ritualiseret adfærd, der blandt andet manifesterede sig ved, at han vedvarende bar handsker – også i forbindelse med gennemførelse af supplerende diagnostiske undersøgelser, systematisk undgik enhver form for fysisk berøring, sov

fuldt påklædt, unddrog sig personlig hygiejne i form af badning, fremtrådte mistroisk og paranoidt fortolkende, med læderet emotionel kontakt, urealistisk med hensyn til fremtiden og egen formåen og ganske uden sygdomsindsigt.

Som led i supplerende diagnostiske undersøgelser blev der foretaget psykologisk undersøgelse, der konkluderede, at det ud fra en samlet vurdering var helt overvejende sandsynligt, at der er tale om en skizofreniform psykotisk tilstand, sandsynligvis en egentlig skizofreni. Da resultaterne fra den psykologiske undersøgelse forelå, vurderede lægerne, at patientens tilstand var forenelig med diagnosen uspecifik skizofreni, og der blev i knap to måneder efter indlæggelsen truffet beslutning om at tvangsbehandle ham med tablet Risperdal og evt. senere overgang til behandling med injektion Risperdal Depot, samt tvangsbehandling med tablet Seroxat.

Patienten klagede til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn over beslutningen om tvangsbehandling. Klagen blev tillagt opsættende virkning. Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling af patienten. Nævnet tilsidesatte dog beslutningen om eventuel senere overgang til behandling med Risperdal depot, idet nævnet fandt, at det på det aktuelle grundlag ikke ville opfylde kravet om mindst indgribende behandlingsform.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at betingelserne for tvangsbehandling med Risperdal var opfyldt. Vedrørende motivationstid/betænkningstid var det Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at afdelingens forsøg på at motivere patienten for at modtage behandlingen frivilligt, skulle omfatte motivering for et konkret behandlingsforslag, det vil sige tilbud om behandling med et eller flere bestemte præparater, således at patienten havde mulighed for at tage stilling hertil. Nævnet bemærkede i den forbindelse, at det hverken af patientens journal eller sygeplejekardex fremgik, at han forud for beslutningen om tvangsbehandling var blevet forsøgt motiveret for behandling med Seroxat, ligesom nævnet måtte lægge til grund, at der ikke var tale om en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen med Seroxat var til fare for hans liv eller helbred. På den baggrund fandt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, at betingelserne for at tvangsbehandle patienten med Seroxat ikke var opfyldt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt endvidere på baggrund af oplysningerne i patientens journal og sygeplejekardex det ikke godtgjort, at behandling med Risperdal givet som daglig peroral behandling ikke ville kunne gennemføres, hvorfor det ville være i strid med mindste middels princip på daværende tidspunkt at godkende en eventuel senere overgang til behandling med Risperdal Depot.

Klage over ændringen af tvangsmedicinering fra Risperdal til Risperdal Depot.

En 49-årig mand blev aktuelt tvangsindlagt på behandlingsindikation. Allerede fra indlæggelsesdagen fik patienten ordineret behandling med antipsykotisk medicin i form af Cisordinol, som han under en tidligere indlæggelse havde haft god effekt af. Han var fremdeles afvisende overfor at modtage behandling, som fem dage efter indlæggelsen blev ændret til ordination af tablet Risperdal. Patienten ønskede imidlertid fortsat ikke behandling, hvorefter der på indlæggelsens 10. dag blev truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Risperdal eller som alternativ injektion Cisordinol. Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte denne beslutning, og i en periode på en uge blev tvangsbehandlingen givet som injektion af Cisordinol, hvorefter patienten dagligt indtog medicinen som smeltetablet Risperdal under tilbagevendende verbale protester.

På den givne behandling med Risperdal bedredes patientens tilstand. Han blev således mere deltagende i samtaler, svarede relevant på spørgsmål og kunne i længere tid ad gangen opholde sig på sin stue i stedet for på fællesarealer, sådan at han kun tilbragte en del af natten i dagligstuen. Han havde imidlertid fortsat lange perioder, hvor han fremtrådte afvisende og negativistisk i afdelingen, mut, indesluttet, stirrede frem for sig, var afvisende og isolerede sig, var ude af stand til i længere tid ad gangen at opretholde kontakt til andre og uden sygdomsindsigt.

Patienten blev efter godt en måneds indlæggelse løbende søgt motiveret for behandling med Risperdal Depot, hvilket han, ligesom den igangværende tvangsbehandling, ikke ønskede. Efter fem ugers behandling vurderede lægerne dog, at et skift til behandling med Risperdal givet som depot yderligere ville kunne bedre hans tilstand, idet den sjældnere medicinering ville minimere graden af tvangsanvendelse, således at de miljøterapeutiske og socialpsykiatriske interventioner kunne intensiveres.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsmedicinering med Risperdal Depot til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn. Klagen blev tillagt opsættende virkning.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsmedicinering af patienten med Risperdal Depot. Det blev som begrundelse blandt andet anført, at nævnet havde fundet det sandsynliggjort, at daglig medicinering ville være mere indgribende for patienten end depotbehandling hver 14. dag, blandt andet henset til, at patienten opfattede det som et tvangsindbæb, hver gang han skulle have medicin, at den daglige medicin fyldte meget i hans bevidsthed, og at mulighederne for miljøterapeutisk behandling ville øges, hvis han fik depotbehandling, idet medicineringen ikke ville fylde så meget i hans dagligdag.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten på tidspunktet for beslutningen om overgang til tvangsbehandling med injektion Risperdal Depot var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet, og at betingelserne for tvangsbehandling således var opfyldt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn oplyste, at det af § 5 i bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger imidlertid fremgår, at depotpræparater i videst muligt omfang skal undgås i forbindelse med tvangsmedicinering.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt ud fra en konkret vurdering, at Risperdal i depotform ikke opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Uanset at det fremgik, at patienten opfattede den daglige medicinering som et tvangsindgreb, og at den daglige medicinering fyldte meget i hans bevidsthed, lagde nævnet afgørende vægt på, at det ikke af hverken læge- eller sygeplejejournal eller af overlægens erklæring fremgik oplysninger om, at den daglige medicinadministration skulle have været forbundet med betydelig brug af fysisk magtanvendelse, eller at den havde været særlig angstprovokerende. På den baggrund fandt nævnet, at betingelserne for tvangsmedicinering med et depotpræparat ikke var opfyldt.

Klage over en læges videregivelse til andre formål end behandling af helbredsoplysninger vedrørende en psykiatrisk patient

En 19-årig kvinde, der var indlagt på psykiatrisk afdeling indvilligede i april 2003 i, at hendes forældre blev inviteret til en samtale vedrørende det rent lægelige/diagnostiske forhold og hvilken behandlingsplan, som man ville foreslå ville blive anvendt. Den 30. april 2003 havde patienten en samtale med sine forældre. I forbindelse med samtalen deltog en læge, og denne gjorde forældrene bekendt med de rent lægelige oplysninger om deres datter. Herefter blev forældrene orienteret om de sociale planer i forhold til patienten.

Patienten blev den 4. maj 2003 kl. 19.55 akut overflyttet til en øre-, næse- og halsafdelingen efter et hængningsforsøg i selvmordsøjemed. Det blev vurderet, at hun fortsat var i livsfare, og der blev planlagt observation for frie luftveje.

På øre-, næse- og halsafdelingen tilkendegav patienten, at hun ikke ønskede indlæggelse på afdelingen. Man fandt, at der var indikation for tvangstilbageholdelse, og der blev anmodet om psykiatrisk tilsyn.

Senere samme dag foretog en 1. reservelæge psykiatrisk tilsyn, og han fandt grundlag for bæltefiksering, hvilket blev iværksat kl. 21.15. 1. reservelægen vurderede endvidere, at tilstanden var så alvorlig med risiko for at udvikle hævelse i luftvejene med efterfølgende kvælning, at det var bedst at orientere patientens pårørende. 1. reservelægen fandt patienten meget ambivalent omkring, hvorvidt der skulle tages kontakt til hendes pårørende, og han kontaktede telefonisk en overlæge med henblik på en drøftelse af, hvorvidt forældrene skulle orienteres om deres datters kritiske tilstand. Overlægen støttede 1. reservelægen i at orientere forældrene. Kl. 22.50 ringede 1. reservelægen til patientens far og fortalte ham om dagens hændelser.

Den 5. maj 2003 kl. 11.30 blev bæltefikseringen fjernet, og patienten blev tilbageflyttet til psykiatrisk afdeling efter, at hun var blevet vurderet uden for livsfare.

Der blev klaget over, at en hospitalslæge den 4. maj 2003 uden patientens samtykke havde videregivet oplysninger om en iværksat tvangsbehandling af hende til hendes forældre.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den vejledning, som overlægen gav 1. reservelægen i forbindelse med videregivelse af helbredsoplysningerne, men nævnet fandt ikke anledning til at kritisere 1. reservelægen for videregivelsen.

På baggrund af udgangspunktet om skriftligt samtykke til videregivelse af oplysninger om helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til andre formål end behandling, fandt nævnet, at det ikke kunne tillægges nogen afgørende betydning, at patienten i april 2003 havde givet mundtligt samtykke til, at forældrene blev informeret om den lægelige diagnose og den foreløbige behandlingsplan. Imidlertid havde patienten ifølge journalen tidligere på dagen den 4. maj 2003 været i affekt, men denne var klinget af, om end hun fortsat havde selvmordstanker. Det var nævnets opfattelse, at hun i øvrigt ikke var dement eller psykotisk. Under hensyn til patientens affekttilstand, hendes potentielt livstruende tilstand og det forhold, at hun var bæltefikseret, fandt nævnet, at der var tale om en situation, som efter loven ikke krævede indhentelse af et skriftligt samtykke.

Imidlertid lagde nævnet vægt på, at der kun kan videregives oplysninger i en situation som den foreliggende, hvis patienten har afgivet et utvetydigt samtykke, og nævnet fandt, at patienten, selv om hun til sidst ved det psykiatriske tilsyn gav mundtligt samtykke til, at forældrene blev kontaktet, i realiteten fremtrådte uafklaret i forhold til dette spørgsmål.

Det var herefter nævnets vurdering, at det ikke kunne lægges til grund, at patienten havde givet samtykke til, at 1. reservelægen kunne videregive de pågældende oplysninger til hendes forældre. Nævnet lagde her vægt på, at overlægen den 4. maj 2003 sammen med 1. reservelægen gennemgik overvejelserne om at orientere forældrene om patientens kritiske tilstand mod hendes ønske.

Nævnet fandt derefter, at hensynet til forældrenes interesse i at blive bekendt med deres datters kritiske helbredstilstand ikke kunne tilsidesætte lægens tavshedspligt.

Nævnet fandt således, at 1. reservelægen den 4. maj 2003 handlede retsstridigt ved at have oplyst patientens forældre om datterens selvmordsforsøg og efterfølgende kritiske tilstand, men fandt ikke grundlag for at kritisere 1. reservelægen herfor, idet han forinden videregivelsen havde rådført sig med afdelingens overlæge. Ansvar for den retsstridige videregivelse af oplysninger måtte derfor placeres hos overlægen, idet han vejledte 1. reservelægen om, at forældrene kunne oplyses om deres datters selvmordsforsøg og efterfølgende kritiske tilstand.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Klage over lokalt nævns tilsidesættelse af beslutning om tvangsmedicinering

En 33-årig mand havde siden 2000 flere gange været indlagt på psykiatrisk afdeling, på grund af paranoid skizofreni. Under disse indlæggelser havde behandling med antipsykotisk medicin mindsket hans forpintethed og angst.

Aktuelt blev patienten tvangsindlagt på behandlingsindikation den 11. november 2003 på en psykiatrisk afdeling. Lægerne vurderede, at han var præget af vrangforestillinger af storhedskaraktter, hvorunder han ønskede at tage patent på en epokegørende sejlbåd, der tilsyneladende krævede, at tyngdekraften blev ophævet. Han havde følt Gud sende besked til ham på en pc-skærm, og han mente, at alle var styret af en slags computer, som hvis han sendte en ond tanke til computeren, kunne ramme en person, hvorfor lægerne gik rundt og var syge. Patienten blev søgt motiveret for behandling med antipsykotisk medicin, men vægrede sig grundet manglende sygdomserkendelse ved at modtage dette.

Da patientens tilstand forblev uændret, traf lægerne den 12. december 2003 beslutning om tvangsbehandling med tablet Seroquel initialt 50 mg stigende til 750 mg dagligt afhængig af effekt og bivirkninger, subsidiært injektion Zeldox 20 mg dagligt. Patienten klagede over beslutningen om tvangsmedicinering til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, og klagen blev tillagt opsættende virkning.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn tilsidesatte beslutningen om tvangsbehandling af patienten, da nævnet vurderede, at han på baggrund af sin nuværende tilstand, herunder hans fremtræden på mødet, hvor han demonstrerede indsigt i sin egen situation, ikke var sindssyg eller i en tilstand, der ganske måtte sidestilles hermed. Nævnet fandt således, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldt. De behandlingsansvarlige overlæger ankede herefter afgørelsen til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandlingen den 12. december 2003 og indtil mødet i Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn den 23. december 2003 var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde herved vægt på oplysningerne i journal og kardex, hvoraf det fremgik, at patienten i perioden blandt andet blev vurderet forpint og paranoid, og lidende af storhedsforestillinger.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn oplyste, at patienter, der ikke umiddelbart er præget af psykotiske symptomer i form af syns- eller hørelshallucinationer, bizarre legemsopfattelser eller svære tankeforstyrrelser, ikke sjældent er i stand til i kortere perioder at dissimulere, det vil sige til ikke umiddelbart at frembyde samt at benægte umiddelbare symptomer på sindssygdom. I sådanne situationer kan det være af afgørende betydning at vurdere, hvorvidt patienten har erkendelse af tidligere konstateret klart sindssygelige symptomer. Såfremt det ikke er tilfældet, må patienten, trods manglende umiddelbare tegn på produktive, psykotiske symptomer, som udgangspunkt anses for fortsat psykotisk grundet den fortsatte manglende realitetserkendelse for såvel nuværende som tidligere symptomer på sindssygdom.

På den baggrund ændrede Sundhedsvæsenets Patientklagenævn afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, idet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at betingelserne for tvangsbehandling af patienten var opfyldt.

Klage over indgivelse af beroligende medicin samt over beslutningen om tvangsbehandling med Leponex og Seroquel

46-årig kvinde, der siden 1977 havde været indlagt mere end tres gange på psykiatriske afdelinger, idet hun led af skizofreni, blev den 15. november 2004 tvangsindlagt på behandlingsindikation. Patienten havde gennem årene været i behandling med forskellige antipsykotiske lægemidler. Forud for indlæggelsen var hun ophørt med at spise, og hun så ånder, der påbød hende ikke at tage sin medicin og fortalte hende, at hun skulle begå selvmord.

Den 16. november 2004 fik patienten frivilligt beroligende medicin i form af injektion Cisordinol Acutard 100 mg, og i løbet af de følgende 4 dage fik patienten 2 gange beroligende medicin ved tvang.

Den 22. november 2004 modsatte patienten sig fortsat enhver form for medicinsk behandling, og siden indlæggelsen havde hun spist og drukket yderst sparsomt, hvorfor det blev vurderet, at hun befandt sig i en livstruende tilstand. Den følgende dag, blev der derfor truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Leponex 100 mg dagligt og tablet Seroquel 1200 mg dagligt, alternativt behandling med injektion Cisordinol 20 mg dagligt samt Akineton 5 mg dagligt. Klagen blev ikke tillagt opsættende virkning.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn godkendte indgivelsen af beroligende medicin, idet nævnet lagde vægt på, at patienten var svært urolig, og idet indgivelse af beroligende medicin opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, da man forinden havde forsøgt at tilbyde <****> beroligende medicin til frivillig indtagelse.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn godkendte endvidere beslutningen om tvangsbehandling af <****> dog kun tvangsbehandling med Seroquel 750 mg dagligt, alternativt behandling med injektion Cisordinol 20 mg dagligt samt Akineton 5 mg dagligt, idet nævnet lagde vægt på, at den besluttede tvangsbehandling med tablet Leponex 100 mg dagligt ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Videre lagde nævnet vægt på, at den ordinerede behandling med Seroquel på 1200 mg i døgnnet var en ekstraordinært stor dosis, idet den maksimale døgndosis ifølge produktresumeeet vedrørende Seroquel er 750 mg dagligt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn godkendte endvidere, at <****>s klage over beslutningen om tvangsbehandling ikke blev tillagt opsættende virkning, idet nævnet lagde vægt på, at <****> befandt sig i en tilstand, der såfremt behandling ikke blev indledt, ville kunne udvikle sig til en livstruende tilstand, idet hun indtog væske og føde i yderst begrænsede mængder, således at der forelå en betydelig risiko for udvikling af akut delir.

Klage over tvangsmedicinering- for kort betænkningstid

En 59-årig mand, havde de sidste år været involveret i talrige naboklager og i forbindelse hermed involvering af både kommune, egen læge og distriktspsykiatrisk center, som har fundet ham sindssyg, men ikke skønnet, at der var indikation for tvangsinlæggelse. Han havde således aldrig været psykiatrisk behandlet.

Aktuelt blev patienten den 25. juni 2004 tvangsinlagt på farlighedsindikation på en psykiatrisk afdeling, efter at han havde været truende over for en underbo. Patienten havde igennem de seneste 6-7 år følt sig chikaneret af en såkaldt "mafia", som sendte elektricitet ind til ham, samt generede ham med lyde, der opladede elektrolytter og blev til elektromagnetisk stråling, som opladede hans elektriske apparater så som radio og fjernsyn. Han havde som anført været truende over for underboen, fordi han mente, at denne havde ødelagt hans musikbånd ved hjælp af en stor magnet. Hans lejlighed var ved indlæggelsen præget af, at han havde revet tapetet af væggene, fjernet paneler og pillet flere gulvbrædder op, ligesom han havde boret huller i væggen til diverse ledninger.

Ved indlæggelsen blev han fundet psykotisk, præget af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter. Han var uden sygdomserkendelse og -indsigt, og afviste med baggrund heri fra den 26. juni 2004 at indtage medicin. I en periode synes han at have været spisevægende, ligesom han drak sparsomt.

Fra den 29. juni 2004 blev han mere intensivt søgt motiveret for indtagelse af antipsykotisk medicin, men han afslog dette, hvorfor der den 6. juli 2004 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Risperdal 2 mg, 2 gange dagligt, eventuelt stigende til 2 mg 4 gange dagligt, subsidiært injektion Cisordinol 20 mg dagligt, eventuelt stigende til 40 mg. Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn. Klagen blev tillagt opsættende virkning.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om at tvangsbehandle patienten. Patienten ankede afgørelsen til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde

herved vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand, præget af vrangforestillinger af forfølgelseskarakter.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt imidlertid ud fra en konkret vurdering, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at beslutningen om tvangsbehandling blev truffet efter, at patienten gennem 7 dage var blevet forsøgt motiveret for frivillig behandling med antipsykotisk medicin. I dette tidsrum virkede han efter det oplyste ikke forpint, og han virkede heller ikke udadreagerende, men var tværtimod rolig og venlig i afdelingen. Nævnet lagde endvidere vægt på, at der var tale om en længerevarende psykotisk tilstand.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt på denne baggrund, at patienten burde have haft yderligere betænkningstid, inden beslutning om tvangsmedicinering blev truffet. Nævnet ændrede derfor afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn.

Klage over tvangsfikseringer, herunder med hånd- og fodremme, iværksat af plejepersonalet.

En 18-årig mand havde haft adfærdsmæssige problemer siden barndomsårene. Han havde haft svært ved at styre sit temperament, havde vedvarende haft skolevanskeligheder med mange skoleskift, røget en del hash og begået kriminalitet.

I 2001 fik patienten en dom til psykiatrisk behandling for røveri og tyveri. I forbindelse med retspsykiatrisk undersøgelse forud for dommen fandtes det overvejende sandsynligt, at han på daværende tidspunkt led af begyndende skizofreni. I forlængelse heraf havde patienten i længere perioder været indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, og var i mellemliggende perioder blevet behandlet ambulant i henhold til dommen, der blev varetaget derfra.

Aktuelt blev patienten indlagt på psykiatrisk afdeling den 7. januar 2003. Han var ved indlæggelsen forpint og anspændt, kontakten var dårlig, og han husede vrangforestillinger og var hallucineret. Han blev indledningsvist indlagt på åbent afsnit, hvor han periodevis fremtrådte truende og grænseoverskridende. I begyndelsen af marts måned blev han overflyttet til lukket afsnit på grund af opkørthed og efter at have øvet hærværk.

Den 3. april 2003 blev patienten observeret rygende hash sammen med en medpatient. Tidligt i aftenvagten fik han inddraget sin terrænfrihed og samtidig stillet i udsigt, at han ikke som planlagt kunne komme på tur med personalemedlem eller på besøg hos moderen i påsken som følge af, at han ikke havde overholdt en indgået aftale. Han blev fra kl. 18.15 skærmet på sin stue, hvorunder han spillede høj musik, hvorefter hans musikanlæg blev anbragt på kontoret til den efterfølgende morgen. Tre kvarter senere blev skærmningen bragt til ophør.

Klokken 21.15 samme aften hældte patienten vand ud over vognen med medicin til patienterne i afsnittet. Personalet søgte efterfølgende på ny at skærme ham på stuen, hvilket han modsatte sig. I stedet tog han en vandkande og en termokande og gik til den anden ende af gangen. Personalet tilkaldte herefter assistance fra andre afdelinger og forsøgte herefter at korrigere ham i hans adfærd, hvorefter han smed vand og en brændende cigaret efter personalet. Patienten blev herefter fastholdt, hvorunder han satte sig til modværge og fremtrådte truende, idet han anførte, at personalet blot skulle vente og se, idet han ville gøre alt for at blive overflyttet til en anden afdeling. Efter at have lagt patienten ned på gulvet anlagde plejepersonalet på eget initiativ og uden tilstedeværelse af læge håndremme på gangen kl. 21.30, hvorefter der blev foretaget bæltefiksering

på stuen kl. 21.40. Lægen kom til stede efter få minutter og besluttede, at patienten skulle forblive tvangsfikseret med bælte og håndremme. Håndremmene blev løsnet 50 minutter senere, kl. 22.20. Patienten blev tilbudt beroligende medicin i form af Truxal og efterfølgende sov han hele natten, afbrudt af toiletbesøg, hvorunder han var løsnet af bælte. Bæltefikseringen blev bragt til ophør den efterfølgende dag kl. 9.30.

Den 8. april 2003 havde patienten i løbet af dagen fremtrådt stofpåvirket og havde derfor i tidsrummet mellem kl. 14 og 18 været skærmet på sin stue. Kl. 21.45 blev han antruffet på en medpatients stue med et cigaretrør fuldt af hash. Han blev herefter med assistance af personale fra andre afsnit skærmet på stuen, men da disse forlod afsnittet, forlod han atter sin stue. Personalet anmodede ham om at gå til en såkaldt akutstue, hvilket han nægtede og truede med, at den første, der tog fat i ham, ville blive 'basket ned' og at han denne gang var ligeglad med, at det var kvinder. Da personalet gik tæt på ham for at følge ham på akutstuen, slog han ud, begyndte at bide, gjorde modstand og forsøgte at komme fri.

Patienten blev herefter på sin egen stue tvangsfikseret af plejepersonalet uden tilstedeværelse eller ordination af en læge, indledningsvis på maven, med bælte og håndremme grundet farlighed og efterfølgende båret på akutstuen. I forbindelse med, at personalet ville vende ham om på ryggen, gjorde han så megen modstand, at personalet på egen hånd igen anlagde såvel hånd- som fodremme førend vagthavende læge, som var tilkaldt, kom til stede. Patienten havde kort forinden indtaget beroligende medicin i form af Truxal. Efter 1½ time, kl. 015, var han faldet så meget til ro, at højre hånd- og venstre fodrem kunne løsnes, hvorefter han fik yderligere beroligende medicin (Buronil) samt sovemedicin (Imovane) og sov herefter hele natten. Venstre hånd- og højre fodrem løsnedes næste morgen kl. 9.00 og tvangsfikseringen med bælte blev bragt til ophør kl. 13.35. Patienten afgik ved døden den 13. april 2003.

Patientens mor klagede over beslutningerne om tvangsfiksering af ham den 3. og 8. april 2003 til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningerne om tvangsfiksering af patienten den 3. og 8. april 2003. Ved afgørelsen lagde nævnet vægt på, at han var oprevet og handlede grænseoverskridende og truende, og at han satte sig til modværge, truede og slog ud og bed efter personalet, da det blev forsøgt at skærme ham. Af samme grunde fandt nævnet, at betingelserne for, at plejepersonalet på egen hånd lagde ham i bælte, var opfyldt. Nævnet fandt dog ikke, at der i psykiatriloven var hjemmel til, at sygeplejepersonalet på egen hånd iværksatte fiksering med hånd- og fodremme.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn oplyste, at det af den dagældende bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger af § 13 fremgik, at i ganske særlige akut opståede situationer, hvor det af hensyn til patientens eller andres sikkerhed ville være uforsvarligt at udsætte beslutningen, kunne sygeplejepersonalet på egen hånd gøre brug af tvangsfiksering med bælte.

Vedrørende tvangsfikseringerne den 3. og 8. april 2003 fandt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, at plejepersonalets anlæggelse af håndremme den 3. april og hand- og fodremme den 8. april 2003 blev foretaget i strid med reglerne i psykiatriloven, allerede fordi denne kompetence alene er tillagt overlægen eller alternativt lægen, hvor overlægen i dette tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen. Det var i den forbindelse uden betydning, at remmene blev fjernet igen efter kort tid,

eller at lægen kom til stede få minutter efter, at patienten var blevet fikseret med bælte og remme, eller at lægen ved ankomsten besluttede, at tvangsfikseringen med bælte og remme skulle fortsætte.

Vedrørende plejepersonalets anvendelse af tvangsfiksering med bælte den 3. april 2003 inden lægens ankomst, fandt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at det ville have været uforsvarligt at udsætte beslutningen om tvangsfiksering af patienten til lægen kom til stede. Nævnet lagde herved vægt på, at der ifølge tvangsprotokollen var otte personalemedlemmer til stede i forbindelse med episoden, og at der hverken af læge- eller sygeplejersjournalen fremgik nærmere oplysninger om, at plejepersonalet for eksempel ikke ville kunne have fastholdt ham, indtil lægen kom til stede, eller om, hvor voldsom han var eller andre nærmere oplysninger, der kunne godtgøre, at der forelå en sådan ganske særlig akut opstået situation, hvor det ville have været uforsvarligt at udsætte beslutningen om tvangsfiksering.

Vedrørende plejepersonalets anvendelse af tvangsfiksering med bælte den 8. april 2003 inden lægens tilstedekomst fandt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at det ville have været uforsvarligt at udsætte beslutningen om tvangsfiksering af patienten til lægen kom til stede. Nævnet lagde herved vægt på, at der ifølge overlægens erklæring var seks personalemedlemmer til stede i forbindelse med episoden, og at der hverken af læge- eller sygeplejersjournalen fremgik nærmere oplysninger om, at plejepersonalet for eksempel ikke ville kunne have fastholdt ham, indtil lægen kom til stede, eller om, hvor voldsom han var eller andre nærmere oplysninger, der kunne godtgøre, at der forelå en sådan ganske særlig akut opstået situation, hvor det ville have været uforsvarligt at udsætte beslutningen om tvangsfiksering.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var truffet af Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn om tvangsfiksering af patienten den 3. og 8. april 2003 for så vidt angik plejepersonalets beslutninger om tvangsfiksering.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn hjemviste den afgørelse, der var truffet af Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn om tvangsfiksering af patienten den 3. og 8. april 2003 til fornyet behandling for så vidt angik lægernes beslutninger om tvangsfiksering med henblik på, at nævnet kunne træffe afgørelse herom.

Klage over tvangsbehandling med et andet præparat end det, der var motiveret for

En 33-årig mand blev den 28. april 2004 frivilligt indlagt på psykiatrisk afdeling. Han havde igennem det seneste halvandet år følt, at han blev gasset med psykofarmaka i sin lejlighed, ligesom han mente, at der var psykofarmaka i madvarer og cigaretter. Han havde endvidere indtryk af at være med i et forsøg, hvorfor han ind imellem følte sig presset til at true folk.

Han var på indlæggelsesdagen uden sygdomserkendelse og –indsigt og fremtrådte forpint af sin tilstand, men han ønskede dog ikke at modtage psykofarmaka

Det fremgår af journalen den 7. maj 2004, at patienten blev tvangstilbageholdt som følge af sin psykotiske tilstand. Han troede således, at der var psykofarmaka i luften, og man fandt endvidere, at han var forpint af den paranoide tankegang.

Den 10. maj 2004 fremgår det af journalen, at man ville forsøge at motivere patienten til medicinsk behandling (behandlingsalliance), og at han senere skulle tilbydes tablet Cisordinol, hvilket patienten modsatte sig.

Af journalen den 17. maj 2004 fremgår, at overlægen traf beslutning om tvangsbehandling med tablet/smeltetablet eller mixtur Risperdal 2 mg dagligt alternativt injektion med Zyprexa.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til Det Psykiatriske Patientklagenævn, og klagen blev tillagt opsættende virkning.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 19. maj 2004 beslutningen om tvangsmedicinering. Det blev som begrundelse anført, at nævnet lagde vægt på, at patienten var tydeligt forpint på grund af hans psykotiske forestillinger om konstant at blive udsat for psykofarmaka og overvågning. Endvidere lagde nævnet vægt på, at patienten løbende under indlæggelsen var blevet forsøgt motiveret for frivillig antipsykotisk behandling før beslutningen om tvangsmedicinering blev truffet.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn vedrørende tvangsmedicineringen af patienten.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand, præget af især vrangforestillinger af forfølgelseskarakter.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt dog, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Af journalen den 10. maj 2004 fremgik det således, at patienten blev tilbudt tablet Cisordinol.

Af tvangsprotokollen den 17. maj 2004 fremgår det, at der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet/smeltetablet/mixtur Risperdal 2 mg dagligt stigende til max 8 mg afhængig af tilsigtet eventuelt utilsigtet effekt alternativt injektion med Zyprexa 10 mg. Max 20 mg dagligt.

Der blev således truffet beslutning om tvangsbehandling med et andet præparat, nemlig Zyprexa, hvorimod patienten blot en dag, nemlig den 10. maj 2004 blev motiveret for behandling med Cisordinol.

Det er Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at motivationstiden i forbindelse med tvangsbehandling regnes fra det tidspunkt, hvor patienten er blevet gjort bekendt med, at lægerne anbefaler et konkret behandlingstilbud, og at motivationen for en konkret behandling endvidere skal foretages løbende.

Ved et konkret behandlingstilbud kan patienten således forholde sig til eksempelvis, hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling.

I det patienten ikke var blevet motiveret for et konkret behandlingstilbud fandt Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet, at beslutningen om tvangsbehandlingen ikke opfyldt kravet om mindst indgribende foranstaltninger.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet ændrede på denne baggrund den afgørelse, der var blevet truffet af det Psykiatriske Patientklagenævnet

Klage over tvangsbehandling (Zyprexa)

En 34-årig kvinde blev den 24. august 2004 indlagt på psykiatrisk afdeling. Forud for indlæggelsen havde tvangsindlæggelse været på tale, men patienten henvendte sig selv efterfølgende med henblik på indlæggelse. Op til indlæggelsen var der mistanke om medicinsvigt.

Hun havde sidst været i antipsykotisk behandling med Risperdal givet som depot. Man havde erfaring for, at patienten havde et godt udbytte af den medicinske behandling, idet hendes tilstand blev bedret, når hun var i behandling og levede under mere ordnede forhold med fast opholdssted.

Ved indlæggelsen kunne patienten ikke redegøre for sin situation. Hun angav at være generet af tankemylder og hørelshallucinationer, idet hun hørte nedsættende og kommanderende stemmer, der blandt andet kom fra den anden side af gaden. Hun fremtrådte svært forstyrret i kontakten, hendes tankegang var læderet, præget af privat logik, tankespring og ordnyddannelser. Hun kunne ikke fastholdes i en samtale, ligesom hun var paranoidt fortolkende, mistroisk og garderet. Hun angav, at hun ønskede at ophøre med sit misbrug af alkohol og benzodiazepiner, og at hun ville begynde at gå i skole.

I den efterfølgende periode under indlæggelsen var patienten afvisende overfor kontakt. Hun virkede kaotisk og optaget af sin egen indre verden, havde svært ved at overholde aftaler om udgang, misbrugte alkohol og muligvis medicin i forbindelse hermed, hun var tidvis vredliden og udkældende og var ganske uden sygdomsindsigt.

Under indlæggelsen blev patienten løbende søgt motiveret for stabil antipsykotisk behandling, herunder genoptagelse og fortsættelse af behandling med Risperdal Depot, som hun imidlertid kun accepterede at modtage uregelmæssigt, hvorfor der sideløbende blev ordineret behandling med Risperdal i tableform og Serenase givet ved behov.

Ved lægesamtale den 12. november 2004 accepterede hun at lade sig behandle med tablet Serenase som fast ordination.

Den 19. november 2004 ønskede patienten at skifte til behandling med Zyprexa, som herefter blev ordineret. De efterfølgende seks dage indtog hun medicinen uregelmæssigt.

Af journalen den 25. november 2004 fremgår det, at patienten havde taget sin medicin uregelmæssigt. Hun blev derfor orienteret om, at såfremt hun ikke i løbet af weekenden havde taget sin medicin regelmæssigt ville der blive truffet beslutning om tvangsbehandling.

Den 3. december 2004 fremtrådte patienten fortsat psykotisk med forstyrret kontakt. Hun var tankeforstyrret og kaotisk, talte om sine forskellige identiteter, skiftede gentagne gange navn, og hun var svært ambivalent overfor behandlingen. Det fremgår endvidere af journalen, at patienten i den mellemliggende periode flere gange havde ønsket at skifte præparat, og at hun havde taget den ordinerede medicin uregelmæssigt. Ved en lægesamtale den 3. december 2004 blev patienten gjort

bekendt med, at der ville blive truffet beslutning om tvangsbehandling, såfremt hun ikke den efterfølgende uge indtog sin medicin regelmæssigt.

Den 10. december 2004 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa stigende til 20 mg dagligt, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg dagligt.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til Det Lokale Psykiatriske Patientklagenævn. Klagen blev tillagt opsættende virkning.

Det Lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte ved afgørelse af 21. december 2004 beslutningen om tvangsmedicinering af patienten.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende, da udsigten til hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde herved lagt vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand præget af tankeforstyrrelser, herunder kaotisk tankegang, og at hun tidvist var hørehallucineret. Endvidere var patienten forstyrret og afvisende i kontakten med andre, og hun var endvidere meget ambivalent overfor at modtage behandling.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt endvidere, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at patienten gennem 15 dage blev forsøgt motiveret for frivillig behandling, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet.

Endelig lagde nævnet vægt på, at der primært blev besluttet tvangsbehandling med tablet Zyprexa og subsidiært med injektion Zyprexa.

Betingelserne for tvangsbehandling var således opfyldt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt endvidere, at behandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet lagde vægt på, at Zyprexa er et almindeligt anvendt og vel afprøvet antipsykotisk lægemiddel, ligesom den besluttede dosering er sædvanlig.

Nævnet bemærkede dog i relation til injektionsbehandlingen med Zyprexa, at producenten for Zyprexa har udsendt en advarsel om, at længere tids injektionsbehandling med Zyprexa er mistænkt for at medføre dødsfald, hvorfor injektionsbehandling kun er beregnet til kortvarig behandling. Nævnet oplyste herved, at det af lægemiddelkataloget fremgår, at der efter tre dage med injektionsbehandling med Zyprexa bør skiftes til oral behandling.

Klage over beslutning om tvangsbehandling med et andet præparat end det, der var motiveret for

En 54-årig mand blev den 1. juni 2004 tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling af helbredsmæssige grunde.

Ved indlæggelsen oplyste patienten, at der var folk i hans lejlighed, der gik ind og ud, samt stjal ting fra hans scrapbog, vægtæpper, lysestager og lignende. Han havde aldrig set de pågældende, men han var overbevist om deres eksistens, da ting forsvandt for ham. Han forklarede tyveri af hans tegninger med, at de måske kunne sælges og var gode nok til at blive trykt direkte. Han fortalte endvidere, at han også på sin tidligere bopæl havde haft problemer med, at naboerne gik rundt i hans hus, samt problemer med et vandhul, hvori der boede krybdyr, og hvori en bonde tømte sin gylletank.

Patienten erkendte ved indlæggelsen, at han tidligere havde haft problemer med at skelne fantasi fra virkelighed, men at dette ikke var tilfældet nu. Han var uforstående overfor, at han nogensinde skulle have haft brug for medicin, som han mente var skyld i mange af hans dårligdomme.

Ved lægesamtale den 3. juni 2004, erkendte patienten, at han på et tidspunkt havde været noget opkørt, fordi han var blevet generet af en række mennesker, ligesom han erkendte, at han konstant havde tanker, der kørte rundt i hovedet af ham, og at han i højere grad end tidligere blev generet af beboere i området. Vedrørende tidligere medikamentel behandling med Cisordinol oplyste han, at dette præparat gav ham bivirkninger i form af impotens, manglende initiativ og nedsat stemningsleje, men han accepterede efterfølgende at påbegynde behandling med Risperdal, hvis mulige bivirkninger han blev informeret om, ligesom han blev informeret om muligheden for depotbehandling med Risperdal.

Patienten blev herefter ordineret behandling med tablet Risperdal 1 mg 2 gange dagligt med efterfølgende gradvis dosisøgning til 3 mg 2 gange dagligt.

I den efterfølgende periode stillede han sig imidlertid uforstående overfor og modsatte sig den efterfølgende dosisøgning, således at han kun ville acceptere behandling med den indledende og på længere sigt utilstrækkelige dosis.

Ved efterfølgende lægesamtaler og samtaler med personalet fortalte patienten fortsat om, hvordan han i sit hjem blev overvåget af diverse folk, og at der, når han kom hjem, hver gang var flyttet rundt på hans møbler. Han angav at blive ført bag lyset, og at folk stjal fra ham for at gøre ham paranoid, ligesom han angav at vennerne til en meget kriminel nabo muligvis holdt ham under overvågning, at folk i forretninger generede ham, og at han var udsat for 'underbevidst frekvensmanipulation'. Han gav udtryk for at være 'Guds soldat', hvilket han gerne talte om til medpatienter, ligesom han angav at have 2 huller i hovedet (i kinden og i panden), som han mente måtte være synlige for enhver. Han var uforstående overfor, at naboer kunne have følt sig generet af, at han havde gået nøgen rundt i haven og talte om folk, der havde lavet 'pletter' i hans seng.

Fra den 10. juni 2004 blev patienten dagligt tilbudt Risperdal i doseringen 2 mg 2 gange dagligt, men han accepterede fortsat kun indtagelse af 1 mg 2 gange dagligt og modsatte sig fremdeles at stige i dosis af Risperdal

Den 17. juni 2004 blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med Zyprexa givet som tablet i doser op til 40 mg dagligt, alternativt givet som injektion.

Patienten tilkendegav umiddelbart at ville klage over beslutningen om tvangsbehandling.

Det Lokale Psykiatriske Patientklagenævn ved godkendte ved afgørelse af 23. juni 2004 beslutningen om tvangsmedicinering af patienten. Det blev som begrundelse anført, at patienten var sindssyg, og at han havde et udtalt behandlingsbehov, og at undladelse af behandling ville være uforsvarligt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde herved lagt vægt på, at patienten befandt sig i en psykotisk tilstand, præget af forfølgelsesforestillinger i form af en overbevisning om at blive overvåget og bestjålet, han var tankeforstyrret og uden sygdomsindsigt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt imidlertid, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kunne herved oplyse, at det fremgår af psykiatrilovens § 4, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten gives en passende betænkningstid.

Tvangsmedicinering forudsætter således, at vedvarende forsøg er gjort for at forklare patientens behandlingens nødvendighed for derved at opnå patientens frivillige medvirken.

Det var Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at betænkningstiden ved en tvangsbehandling regnes fra det tidspunkt, hvor patienten er blevet gjort bekendt med, at lægerne anbefaler et konkret behandlingstilbud. Patienten skal således være søgt motiveret for brug af et konkret præparat og dosis.

Patienten var søgt motiveret for behandling med præparatet Risperdal gennem 14 dage, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid præparatet Zyprexa.

Det fremgik imidlertid ikke af sagen, at patienten havde været søgt motiveret for præparatet Zyprexa.

På denne baggrund var Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at betingelserne for tvangsbehandling ikke var opfyldt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede på denne baggrund den afgørelse, der er truffet af Det Lokale Psykiatriske Patientklagenævn.

Klage over tvangsbehandling med ”antipsykotisk medicin”

En 48-årig mand blev dømt til behandling, hvorfor han blev indlagt på psykiatrisk afdeling. Under indlæggelsen fremtrådte han psykotisk præget af vrangforestillinger. Han blev gennem 14 dage motiveret for behandling med antipsykotisk medicin, hvorefter der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med Cisordinol og Zyprexa.

Der blev klaget over beslutningen om tvangsbehandling.

Nævnet fandt grundlag for at underkende beslutningen om tvangsbehandling, idet nævnet lagde vægt på, at patienten var blevet motiveret for "antipsykotisk medicin". Det var nævnets opfattelse, at motivationstiden i forbindelse med tvangsbehandling skulle regnes fra det tidspunkt, hvor patienten var blevet gjort bekendt med, at lægerne anbefalede et konkret behandlingstilbud, og at motivationen for en konkret behandling endvidere skulle foretages løbende. Ved et konkret behandlingstilbud kunne patienten således forholde sig til eksempelvis, hvilket præparat og hvilken dosis, som ville finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Videre var det nævnets opfattelse, at en motivation for behandling med "antipsykotisk medicin" ikke var tilstrækkelig konkret til at patienten kunne forholde sig til behandlingstilbuddet.

Klage over, at tvangsmedicinering med Leponex i en periode skulle foregå som injektionsbehandling, samt klage over magtanvendelsen i forbindelse med tvangsmedicineringen.

En 45-årig kvinde havde siden 1989 gentagne gange har været indlagt i psykiatriske afdelinger under diagnosen paranoid skizofreni (spaltningsindssygdom præget af vrangforestillinger). Hun havde fra januar 1999 til januar 2003 kontinuerligt været indlagt i psykiatrisk afdeling, og var ved udskrivelsen i behandling med en kombination af antipsykotiske midler i form af Trilafon og Risperdal.

Allerede den 28. februar 2003 blev patienten igen tvangsindlagt, idet hun var udtalt psykotisk, hallucineret og havde en højst påfaldende adfærd præget af ritualer, ligesom hun tidvis var voldsomt udsældende og udadreagerende med tendens til at smadre samtlige afdelingens termokander ved at kaste med dem. Patienten blev efterfølgende tvangsbehandlet med flere antipsykotiske midler, herunder Trilafon og Risperdal i depotform, hvilket medførte nogen bedring af tilstanden, men behandlingen med sidstnævnte præparat blev seponeret grundet bivirkninger. I april 2004 var hun så forpint af sin udtalte psykotiske tilstand, at ECT-behandling (elektrochokbehandling) undtagelsesvis blev skønnet nødvendig, men hun vægrede sig efter én enkelt behandling ved at fortsætte den behandlingsform. I stedet blev den igangværende behandling med Trilafon depot suppleret med det antipsykotiske middel Zyprexa.

Det blev herefter den 25. maj 2004 besluttet ECT-behandling ved tvang, men ved udsigten hertil accepterede patienten frivillig behandling med Leponex, hvorfor ECT-behandlingen ikke blev gennemført. Da hun nægtede at fortsætte behandlingen med Leponex blev der i midten af juli 2004 truffet beslutning om tvangsbehandling med Leponex i doser op til 600 mg dagligt, primært som tablet, alternativt som injektion i halv dosis. Samtidig med denne behandling modtog hun behandling med injektion Trilafon depot 162 mg pr. uge. Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte begge disse tvangsbehandlinger.

I løbet af sensommeren 2004 skete der i første omgang en bedring af patientens tilstand, der dog senere blev forværret igen. Den 9. november 2004 blev behandlingen med Leponex øget til 600 mg dagligt fordelt på tre doser. I denne periode blev patienten primært behandlet med Leponex i tabletform, men jævnligt nægtede hun at tage tabletterne, hvorfor hun disse gange fik injektioner i halv dosis.

Det fandtes godtgjort, at patienten ikke regelmæssigt indtog sine tabletter Leponex, hvorfor der den 12. november 2004 blev truffet beslutning om, at tvangsbehandlingen med Leponex skulle

gennemføres som to injektioner dagligt, i første omgang for 14 dage. Patientens klage herover blev ikke tillagt opsættende virkning.

Det lokale nævn godkendte beslutningen om tvangsmedicinering med injektion Leponex .

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsmedicinering, da nævnet fandt, at betingelserne herfor var opfyldt, idet hun fortsat var sindssyg. Nævnet godkendte endvidere, at patientens klage ikke var blevet tillagt opsættende virkning, idet det var nævnets opfattelse, at ændringen i medicinadministration til injektionsbehandling måtte betragtes som en videreførelse af den oprindelige beslutning om tvangsmedicinering, der også omfattede en beslutning om tvangsmedicinering som injektionsbehandling. Patienten havde fået sin oprindelige klage over tvangsmedicinering med Leponex behandlet ved det lokale nævn i juli 2004, og der var således efter nævnets opfattelse ikke tale om en fornyet beslutning om tvangsmedicinering. Nævnet fandt derfor, at der ikke var pligt til at tillægge klagen opsættende virkning.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn godkendte endvidere, at patienten kunne fastholdes med nødvendig magt i forbindelse med tvangsmedicineringen, idet nævnet ikke fandt grundlag for at fastslå, at denne magtanvendelse ville overstige, hvad der var nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål, jf. psykiatrilovens § 4, stk. 4.

Tvangsbehandling med Zeldox 240 mg dagligt var for høj dosis

En 49-årig kvinde, der i psykotisk tilstand 7 gange tidligere havde været indlagt på psykiatrisk afdeling, blev aktuelt frivilligt indlagt. Fra tidligere indlæggelser var der erfaring for, at patientens psykotiske tilstand bedredes ganske betydeligt ved medikamentel antipsykotisk behandling, ligesom baggrunden for patientens tilbagefald flere gange var, at denne stoppede med at tage sin medicin.

Dagen efter indlæggelsen blev patienten sat i behandling med tablet Cisordinol, da hun tidligere havde responderet godt på behandling hermed. 4 dage senere tilkendegav patienten imidlertid, at hun ikke ønskede behandling med Cisordinol, men hun accepterede herefter behandling med tablet Zeldox 40 mg dagligt.

Efterfølgende fremtrådte patienten svært psykotisk i afdelingen, hvorfor det blev besluttet at øge dosis af Zeldox til 80 mg to gange dagligt, hvilket patienten nægtede med den begrundelse, at tabletterne var hvide og ikke blå.

Patienten indtog den ordinerede medicin meget uregelmæssigt og flere dage modsatte hun sig helt behandling. Herefter blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet/kapsel Zeldox op til 240 mg dagligt, subsidiært injektion op til 10 mg 2 gange dagligt.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, der godkendte beslutningen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at der var grundlag for tvangsbehandling, og at behandlingen i relation til motivationstiden opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet patienten gennem 9 dage var søgt motiveret for frivillig behandling, før beslutning om tvangsbehandling blev truffet. Det forhold, at patienten i motivationsperioden sporadisk havde taget sin medicin ændrede efter nævnets opfattelse ikke motivationsperioden, idet der blev lagt vægt på,

at hun løbende var motiveret for at tage Zeldox og at yderligere motivationsforsøg ikke ville kunnet have formå patienten til frivillig indtagelse af medicinen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt imidlertid, at den besluttede tvangsbehandling, med Zeldox op til 240 mg dagligt, ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.

Det blev oplyst, at det af § 4, stk. 3 i den dagældende bekendtgørelse nr. 534 af 27. juni 2002 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger fremgik, at ordineringen skulle følge de retningslinier, der var fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Videre oplyste nævnet, at det af produktresumeeet vedrørende Zeldox fremgik, at den anbefalede dosis til akut behandling var 40 mg 2 gange dagligt indtaget sammen med føde. Den daglige dosis kunne efterfølgende justeres op til maksimalt 80 mg 2 gange daglig på baggrund af individuelt klinisk respons.

Den af det lokale nævn godkendte dosering af Zeldox på op til 240 mg dagligt oversteg således efter nævnets opfattelse det doseringsintervallet i markedsføringstilladelsen.

Tvangsbehandling iværksat på 3.dagen – patienten væsentlig forpint

En 42-årig kvinde havde 9 gange tidligere været indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af skizofreni. Aktuelt blev patienten tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling på behandlingsindikation, idet hun i måneder op til indlæggelsen havde ændret holdning, og idet hun havde fået det tiltagende psykisk og fysisk dårligt. Patienten var blevet tynd og affillet, hun smed sit overtøj udenfor, og det flød med affald. Derudover var hun aggressiv og ville ikke tale med naboerne. Patientens egen læge vurderede, at der var der fare for hendes helbred, såfremt hun ikke blev indlagt og behandlet.

Ved indlæggelsen fremtrådte patienten vred og udadreagerende, ligesom hun svarede med korte sætninger og slog ud efter personalet, da hun blev anmodet om at gå på sin stue. Hun angav, at hun havde det godt, at hun ikke havde brug for medicin. Efter ankomsten til afdelingen fandt man patienten psykotisk og forpint, og hun tog ophold foran afdelingens udgangsdør for at komme ud. Hun blev umiddelbart efter indlæggelsen givet beroligende medicin med tvang i form af injektion Zyprexa med nogen effekt, således at hun faldt noget til ro.

Dagen efter indlæggelsen tilkendegav patienten, at hun ikke ønskede at være i afdelingen. Hun fremtrådte psykotisk og forpint, om end i lettere grad. Hun benægtede, at hun ikke kunne tage vare på sig selv og forklarede sin dårlige hygiejne med, at hun gik i bad om natten. Hun var svært afglidende og garderet i kontakten, hendes tankegang var præget af privat logik, og derfor ordinerede man antipsykotisk medicin i form af tablet Zyprexa 15 mg dagligt efter behov.

De efterfølgende dage indtog patienten kun sparsomt væske og føde, ligesom nattesøvnen var forstyrret, idet hun i nogle døgn slet ikke sov. Hun opholdt sig en del i afdelingens fællesarealer, hvor hun stod stivnet og fremtrådte hallucineret. Hendes personlige hygiejne var dårlig, og det var ikke muligt for personalet at motivere hende for at gå i bad trods det, at hun efterhånden lugtede stærkt.

8 dage efter indlæggelsen og 3 dage efter, at man havde ordineret behandling med Zyprexa, blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Zyprexa 15–20 mg dagligt, alternativt injektion Cisordinol 10-20 mg dagligt.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltrådte afgørelsen fra det lokale nævn, idet nævnet fandt, at der var grundlag for tvangsbehandling, og at behandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten gennem 3 dage blev forsøgt motiveret for frivillig behandling. Trods den korte motivationstid fandt nævnet ud fra en konkret vurdering, at patienten blev tilstrækkeligt motiveret til frivillig behandling, før end beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten var væsentlig forpint af sin tilstand, idet det fremgik af journalen, at hun ikke havde været i bad under indlæggelsen, at hun intet havde spist eller drukket igennem et døgn tid, samt at hun ikke havde sovet, men i stedet havde stået op hele natten hæmmet af sine tanker. Ved en lægesamtale virkede hun angst og forpint, og hun var i en svær psykotisk tilstand, hvor hun ikke var i stand til at tage vare på sig selv. Endelig lagde nævnet lagt vægt på, at det ikke tidligere havde været muligt at fastholde patienten i antipsykotisk behandling, efter at hun var blevet udskrevet, hvorved hendes tilstand atter var blevet forværret.

Tvangsbehandling underkendt på grund af skift i præparat (utilstrækkelig udfyldelse af tvangsprotokol vedrørende tvangsbehandling)

En 40-årig mand, der led af paranoid skizofreni blev tvangsindlagt på behandlingsindikation på psykiatrisk afdeling. Ved indlæggelsen fremtrådte han psykotisk, og der blev ordineret antipsykotisk behandling med tablet Zeldox, hvilket ved en gennemgang den efterfølgende dag blev ændret til behandling med Cisordinol.

3 dage senere blev der atter ordineret behandling med Zeldox, idet patienten klagede over sløvhed ved behandling med Cisordinol. Herefter blev patienten løbende tilbudt tablet Zeldox 40 mg 2 gange dagligt, men han afviste vedvarende behandlingen.

13 dage senere blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med Cisordinol.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det lokale nævn, der godkendte beslutningen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at der var grundlag for tvangsbehandling, men at behandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet patienten alene gennem 2 dage i starten af motivationsperioden var blevet søgt motiveret for behandling med det præparat, som der senere blev truffet beslutning om tvangsbehandling med.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn bemærkede, at den udfyldte tvangsprotokol ikke indeholdt dato for beslutningen om iværksættelse af tvangsbehandling samt navnet på den ordinerende overlæge.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn oplyste, at bekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger § 32 fastslog, at der

ved tvangsbehandling skulle ske tilførsel i tvangsprotokollen af patientens navn og cpr-nr., behandlingens art og omfang, begrundelsen for tvangsbehandlingen, navnet på den ordinerende overlæge samt navnet på den tilstedeværende læge.

Videre oplyste nævnet, at det fremgik af kommentaren til Psykiatrilovens § 20 stk. 1, at registrering af tvangsanvendelse var nødvendig for den enkelte patients retssikkerhed f.eks. i forbindelse med behandlingen af konkrete klagesager ved domstolene eller patientklagenævnet. Det var nævnets opfattelse, at det således var af betydning for vurderingen i en eventuelt efterfølgende prøvelse af tvangsanvendelsens berettigelse, at datoen for tvangsindgrebet og overlægens navn var dokumenteret i forbindelse med beslutningen herom.

18 Røntgen

Klage over fejl i forbindelse med CT-skanning

En 62-årig kvinde blev indlagt på onkologisk afdeling med henblik på efterbehandling af tyktarmskræft i form af kemoterapi. Inden starten på kemoterapien blev indledt, blev der foretaget en CT-skanning med henblik på om kræften havde spredt sig. Ved denne undersøgelse gik kontrastvæsken ved siden af blodbanen. To måneder efter blev der foretaget en ny CT-skanning, der viste, at der var levermetastaser.

Der blev blandt andet klaget over, at der blev begået fejl i forbindelse med CT-skanningen..

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af afdelingslægen. Nævnet fandt dog at det havde været hensigtsmæssigt, om CT-skanning beskrivelsen desuden havde indeholdt en bemærkning om, at CT-skanningen da injektionen af kontrast, ikke som tilsigtet havde ramt blodbanen (subakut), ikke var optimal til påvisning af levermetastaser.

Nævnet oplyste, at når man foretager en CT skanning med intravenøs kontrast, skal selve skanningen gennemføres samtidig med, eller umiddelbart efter, start af kontrastinjektionen. Det er almindelig rutine at være hos patienten, når injektionen bliver påbegyndt, men i forbindelse med selve skanningen er patienten alene. Man har derfor ingen praktisk mulighed for at afbryde skanningen. Subkutan injektion af kontrast er en velkendt komplikation, som med de kontraststoffer, der anvendes i dag, er uden følgevirkninger for patienten, udover selve ubehaget i forbindelse med injektionen. For at undgå overdosering af kontraststoffet er det ikke almindelig praksis straks at gentage skanningen efter fornyet injektion af kontrast.

Klage over manglende diagnostik af løshed i skambenet

En 32-årig kvinde fik den 23. januar 2003 foretaget en røntgenundersøgelse af bækkenet på grund af et fald nogle dage tidligere. Billederne blev beskrevet som normale.

Den 20. maj 2003 fik patienten foretaget en MR-scanning af bækkenet på en privatklinik, hvor man fandt, at der var grundlag for at tage nye røntgenbilleder, suppleret med såkaldte "flamingooptagelser", for at påvise eventuel ustabilitet i skambenet (symfyse).

Patientens egen læge henviste den 22. oktober 2003 til fornyet røntgenundersøgelse, og videregav forslag om, at der blev foretaget "flamingooptagelser". Denne anmodning blev vurderet ved

røntgenkonferencen den 7. november 2003 på sygehuset af overlæge D fra røntgenafdelingen, samt overlæge B og overlæge C fra ortopædkirurgisk afdeling. Resultatet af konferencen var, at billederne i sig selv ikke afgav indikation for yderligere undersøgelser, og at det var de kliniske fund, der ville være afgørende for, hvilke undersøgelser der eventuelt burde foretages.

Patienten konsulterede herefter igen privathospitalet, som henviste til et andet sygehus, hvor der blev foretaget ”flamingooptagelser”, og efterfølgende fik patienten ved en operation fastgjort den løshed i skambenet (symfyse), der var opstået ved faldet i januar 2003.

Der blev klaget over, at røntgenlægerne fejlvurderede røntgenbillederne den 23. januar 2003 og at lægerne på røntgenkonferencen den 7. november 2003 fejlvurderede røntgenbillederne og ikke ordinerede nye røntgen/flamingo billeder.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger. Nævnet fandt, at røntgenundersøgelse af patientens bækken af den 23. januar 2003 viste helt normale forhold. På oversigtsoptagelsen var der efter nævnets opfattelse et par mm's niveauforskel imellem de 2 skambensknogler, men på den supplerende vinklede optagelse var der ingen niveauforskel, og der var specielt en helt normal afstand mellem de to skambensknogler, ligesom der ikke var tegn på brud i bækkenet bagtil eller løsning i leddet mellem skamben og korsben på nogen af siderne.

Klage over punktering af lunge ved udtagning af biopsi

En 69-årig kvinde skulle have foretaget en celleprøve fra en lille knude i højre bryst. I forbindelse med udtagning af celleprøven blev patienten dårlig. Ved en efterfølgende røntgenundersøgelse af brystkassen blev det konstateret, at hun havde fået et mindre sammenfald af lungen i højre side.

Der blev bl.a. klaget over, at der ved udtagningen af celleprøven blev stukket for dybt med kanylen, hvilket resulterede i et sammenfald i lungen i højre side.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, da den opståede perforation af højre lunge var en hændelig komplikation til indgrebet.

Endvidere oplyste nævnet, at finnålsbiopsi af en knude normalt er en risikofri procedure. Hos meget tynde patienter kan brystkassens væg være forbavsende tynd, og hvis knuden i brystet ligger tæt ind mod brystvæggen kan biopsinålen utilsigtet perforere lungehinden/lungen. Dette er en velkendt, om end sjælden forekommende komplikation til biopsitagning af en knude i brystet. Perforation er ufarlig, hvis den erkendes i tide og behandles korrekt.

Klage over støjniveauet under en MR skanning

En 58-årig mand fik foretaget en MR skanning af bryst og lænderyg, med henblik på at beskytte mod støj blev der udleveret 2 stk. ørepropper.

Der blev klaget over, at der ikke blev udleveret høreværn ved MR skanningen.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af overlægen der foretog MR skanningen. Nævnet oplyste, at der under en MR skanning vil de mekaniske dele i skanneren uundgåeligt frembringe støj. Der er tale om et uacceptabelt højt lydniveau, der afhænger af skannertype og specielt magnetens feltstyrke. Således vil en MR skanner på 0.2 Tesla larme mindre end én på 1.0 eller 3.0 Tesla. En MR skanner på 1-1.5 Tesla har ifølge fabrikanterne et støjniveau på max. 100 dB. Med

engangsørepropper kan man, ifølge vedlagte materiale fra fabrikanten, opnå en støjreduktion på 31 dB. Under anvendelse af velplacerede engangsørepropper vil støjniveauet under en MR skanning tidvist være på 70-75 dB. Høreværn i form af ørekopper yder generelt en dårligere beskyttelse. Almindeligt tilgængelige ørekopper dæmper mellem 23-27 dB. Støjniveau under 80 dB betragtes som sikkert. Trafikstøj er på ca. 85 dB. Ifølge "Sundhed og støj" er der "risiko for blivende høreskade, hvis man mere end 40 timer pr. uge udsættes for et lydtryk på 85 dB eller mere."

Nævnet oplyste videre, at det er i de fleste skannertyper nødvendigt ved skanning af hoved og ryg, da andre typer høreværn vil forstyrre billeddannelsen. Ved skanning af bughule, bækken og underekstremiteter kan man tilbyde høreværn med ørekopper, da placeringen under skanningen med hovedet udenfor skanneren sikrer at billeddannelsen alligevel bliver optimal.

Nævnet oplyste, at MR-skanneren støjer, og det er en belastning, specielt hvis man lider af tinitus, men MR-skanneren er den type billeddannende maskine, der giver de bedst mulige oplysninger om ryggraden, dens hvirvler, båndskiver og rygmarven samt nerverødderne. Støjubehaget må således vejes op mod værdien af resultatet af undersøgelsen.

19 Urinvejskirurgi

Klage over udskrivning på trods af mistanke om blodforgiftning

En 84-årig dement mand blev den 3. december 2003 indlagt på kirurgisk afdeling med henblik på anlæggelse af et topkateter. Reservelægen fandt patienten kronisk medtaget men ikke akut påvirket, og urinrørskateteret fungerede med let blodtingeret urin. Der var endvidere tegn på væskemangel. Dagen efter viste en blodprøve, at der var forhøjede antal hvide blodlegemer og urinstiks var positive for nitrit som tegn på en urinvejsinfektion. Der blev herefter ordineret urindyrkning, resistensbestemmelse og antibiotikum. Egen læge oplyste, at hovedproblemet var de sociale forhold og i den forbindelse et dårligt fungerende kateter. Den 5. december 2003 fungerede urinrørskateteret ikke, og der blev i stedet anlagt et silikonekateter, og patienten blev udskrevet samme dag efter konference med en overlæge. Patienten blev imidlertid indlagt på medicinsk afdeling samme dag, idet et akutteam, der skulle modtage patienten i dennes hjem ikke mente, at patienten kunne klare sig i hjemmet. Patienten fik konstateret en forværring i en vanlig åndenød samt temperatur på 39,6 grader. Herudover var patienten varm og lidt svedende og havde lidt bilyde (basal krepitation) på højre lunges bagflade. Lægen vurderede, at der var tale om en blodforgiftning på baggrund af en urinvejsinfektion, og der blev bestilt forskellige undersøgelser. Dagen efter døde patienten, og undersøgelsesresultaterne viste tegn på urinvejsinfektion og blodforgiftning.

Der blev klaget over, at patienten blev udskrevet selv om der var mistanke om forgiftning af blodet og på trods af, at han havde feber og var i en tilstand, hvor han ikke kunne gå og stå.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger på kirurgisk afdeling, der var involveret i behandlingen af patienten.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det af sygeplejekardex fremgik, at der inden patientens udskrivelse blev taget kontakt til hjemmeplejen og aftalt udskrivelse den 5. december 2003, og det blev aftalt, at hjemmeplejen skulle tilse patienten 6. december 2003. Det blev endvidere aftalt, at

hjemmeplejen skulle tilse patienten oftere end som hidtil en gang om ugen. Endvidere blev et familiemedlem orienteret om den planlagte udskrivelse næste dag, og at hun ville forsøge at komme hjem hos patienten om eftermiddagen samme dag patienten kom hjem.

Patientklagenævnet var af den opfattelse, at overlægen korrekt undersøgte baggrunden for indlæggelsen af patienten, og at overlægen herefter lagde relevante planer for behandling og udskrivelse.

Patientklagenævnet oplyste, at det tager op til 3 døgn at få svar på en urindyrkning med resistensbestemmelse. Dette er en undersøgelse af, om der er bakterier i en urinprøve, og hvilke det så fald drejer sig om, og hvilke antibiotika, der virker på bakterierne. Det er derfor almindelig praksis ved formodet urinvejsbetændelse at iværksætte behandling med et antibiotikum, der erfaringsmæssigt har stor mulighed for at være virksomt, før der foreligger svar på urindyrkning med resistensbestemmelse. Det er også almindelig praksis at udskrive en patient, før svaret foreligger, for om nødvendigt at justere den antibiotiske behandling, når svaret forekommer.

Patientklagenævnet oplyste endelig, at høj feber som tegn på blodforgiftning kan udvikles på en eller få timer.

Patientklagenævnet var af den opfattelse, at der ikke ved uskrivelsen den 5. december 2003 var objektive omstændigheder, der gav grund til mistanke om blodforgiftning hos patienten, og der blev under indlæggelsen ikke fundet anledning til at tage blodprøver til undersøgelse for bakterier i blodet.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Klage over nyrestensoperation (dødsfald, yngre kvinde)

En 38-årig kvinde blev indlagt på kirurgisk afdeling med henblik på knusning af nyresten i venstre side via kikkert indført gennem huden. Stennedbrydningen stod på, indtil der skete en apparaturfejl, hvorfor nedbrydning af resterende sten blev udsat med henblik på efterfølgende extracorporal stenk nusning (ESWL, nedbrydning af sten via apparatur uden for organismen).

Patienten blev overført til anæstesi/operationsafdelingen, hvor en 1. reservelæge forsøgte anlæggelse af centralt venekateter (CVK) i den dybe halsvene, men ramte halspulsåren (arteria carotis), dog uden arterielt tilbageløb.

Patienten blev reopereret samme dag på grund af mistanke om blødning eller væskeansamling i bugen. Efter at bughulen var lukket viste det sig, at der manglede en operationsserviet. Efter gennemlysning fandt man servietten beliggende omkring drænet, hvorfor man ved operation fjernede servietten. Da der var vedvarende blødning fra nyrekateteret blev området inspiceret på ny, og der fandtes diffus siven af blod, som ikke på noget tidspunkt størknede (koagulerede). Endvidere blev der observeret en beskeden rift i den nederste del af miltkapslen, og der blev pålagt et materiale, som skulle fremme størkningen, hvilket imidlertid ikke skete. Imidlertid var der fortsat størkningsproblemer, og det blev besluttet at fjerne milten.

Den følgende nat tiltog patientens mave igen i omfang og blev hård, og der var store vanskeligheder med at holde et sufficient blodtryk trods indgift af blod og blodprodukter. Der var maksimalt udvidede (dilaterede) pupiller uden lysreaktion, men der var observeret spontan

bevægelse og åbning af øjne. Det blev på denne baggrund vurderet, at der skulle foretages fornyet operation.

Samme dag blev der foretaget operation, men efter åbningen af bugen og opsugningen af blodet faldt blodtrykket, og hjertet begyndte at trække sig hurtigt sammen uden pumpefunktion (ventrikelflimmer). Der blev forsøgt hjertestød uden held, hvorefter man afstod fra yderligere behandling. Patienten afgik ved døden den 3. juni 2003 kl. 12.15.

Ved retslægelig obduktion blev dødsårsagen antaget at være kredsløbssvigt og forstyrrelser i blodets størkningsevne som følge af komplikationer til det operative indgreb med udsivning af væske fra nyrekateteret til bughulen.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med det operative indgreb den 2. og 3. juni 2003.

Patientklagenævnet fandt, at der var indikation for operation af patienten, idet der ved en undersøgelse af nyrene havde vist sig en sten i venstre nyrebækken strækkende sig ud i forgreningerne herfra. Endvidere fandt nævnet, at indføringen af kikkertør til nyrebækkenet og knusningen af stenen gennem kikkertøret i henhold til operationsbeskrivelsen blev foretaget i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

Det var nævnets opfattelse, at det var behæftet med stor usikkerhed at foretage et skøn af, at den mængde væske, der bliver skyllet ind gennem kikkertøret også var den mængde, der kom ud igen. Imidlertid var den komplikation, der senere blev erkendt i form af store mængder skyllevæske i bughulen uden påvist eller mistænkt hul på bughulen, så sjælden en komplikation, at den ikke kunne forventes mistænkt som årsag til de registrerede ændringer i inspirationstryk, puls og blodtryk.

Nævnet fandt imidlertid, at overlæge A og overlæge B handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard, da de ikke efter operationens afslutning tilså patienten. Nævnet lagde herved vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten umiddelbart efter operationen var ukontaktbar, at hun havde en hævelse over maven, samt at mave og lår var blå-røde. Endvidere fandtes misfarvet væske bag bughinden. Overlæge A og overlæge B blev derfor tilkaldt, men fandt ikke grundlag for at tilse patienten, da symptomerne skyldtes væske bag bughinden, hvilket man ikke kunne gøre noget ved.

Det var i forbindelse hermed nævnets opfattelse, at overlæge A eller B flere gange under operationen blev informeret om stigende inspirationstryk, stigende puls og til sidst også faldende blodtryk, og at der i sådanne en situation, hvor der efter en operation med kikkertkirurgisk indgreb på nyren konstateres bræthård udspiling af flanken, burde være foretaget en kirurgisk vurdering.

Nævnet fandt endvidere, at 1. reservelæge C handlede i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, idet det måtte anses som en hændelig komplikation, at halspulsåren blev punkteret i forbindelse med forsøg på at anlægge et centralt venekateter efter operationen. Det var endvidere i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at 1. reservelægen efterfølgende forsøgte at anvende kompression.

Det fremgik af journalen, at som følge af mistanke om enten blødning i bughulen eller stor væskeansamling blev det besluttet at foretage operativ åbning af bughulen (laparotomi) ved overlæge A. Ved operationen fandtes store mængder klar væske, og der blev opsuget 5,5 liter. Der var ingen blødning i bughulen, men det blødte vedvarende ved siden af nefrostomikakateteret. Området bagved bughinden ved siden af venstre nyre blev åbnet. Der var beskeden blødning, der blev opsuget, og herefter blev der anlagt et dræn gennem særskilt stikkanal. Efter lukning blev det konstateret, at der manglede en serviet.

Det var nævnets opfattelse, at der i tilfælde med større og/eller komplicerede indgreb med blødning er betydelig risiko for, at blodgennemvædede servietter gemmer sig i operationsfeltet, hvorfor der bør udvises ekstra omhyggelighed med optællingen i disse situationer.

På baggrund af ovenstående fandt nævnet, at operationssygeplejersken havde handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved ikke at have sikret korrekt optælling af servietter, som foreskrevet i instruksen, forinden operationssåret blev lukket. Nævnet fandt tillige grundlag for at kritisere operatøren for ikke at have spurgt til servietregnskabet.

Klage over manglende diagnostik i forbindelse med smerter i testikel (torsion)

En 43-årig mand henvendte sig på skadestuen, da han havde ømhed i venstre testikel. Han blev undersøgt af en reservelæge, der vurderede, at det var bitestikelbetændelse. Reservelægen konfererede beslutningen mellemvagten på urologisk afdeling. Da patienten stadig havde smerter to dage senere, blev han indlagt på urologisk afdeling, hvor det blev konstateret, at den venstre testikel var drejet 360 grader. Den blev herefter opereret bort.

Det blev klaget over, at lægen ikke fandt den rette diagnose.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægerne, men fandt at det havde været hensigtsmæssigt, om mellemvagten på urologisk afdeling var mødt op i skadestuen, og havde foretaget en undersøgelse af patienten.

Nævnet oplyste, at en drejning af testiklen med afklemning af blodforsyningen (testistorsion) har en helt karakteristisk aldersfordeling, og at testistorsion efter 30-års alderen må betragtes som ekstrem sjælden. Kendskabet til denne karakteristiske aldersfordeling er vigtig og må altid tages i betragtning i differentialdiagnostiske overvejelser ved vurdering af patienter med akutte smerter i pungen (skrotum). Ydermere er den vigtigste differentialdiagnose (alternativ sygdomsart) netop betændelse i bitestiklen (epididymitis acuta), som netop har aldersmaksimum omkring 40 til 50 år. Begyndelsessymptomerne ved betændelse i bitestiklen er desuden af og til identiske med symptomerne ved en testistorsion. Karakteristisk for betændelsen i bitestiklen i tidlig fase er netop distinkt ømhed på selve bitestiklen, mens selve testiklen kun er lidt øm eller uøm.

20 Øjensygdomme

Klage over behandling for nethindeløsning, årehindeløsning samt kræftknude

En 61-årig kvinde henvendte sig den 7. maj 2003 hos en øjenlæge på grund af trykkende fornemmelse omkring venstre øje. Øjenlægen fandt, efter at have foretaget en

standardundersøgelse, herunder en undersøgelse af øjenbaggrunden, normale forhold og tilrådede patienten at konsultere en optiker.

Den 3. juni 2003 henvendte patienten sig hos en anden øjenlæge, der fandt en kræftsvulst i patientens øje og henviste hende akut til operation.

Der blev klaget over, at øjenlægen på baggrund af klagers symptomer i form af trykken, ømhed og flimrer i venstre øje alene foretog en hurtig undersøgelse uden at dryppe klagers øjne eller foretage en oftalmoskopi.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægen.

På baggrund af en bevisvurdering fandt nævnet ikke grundlag for at fastslå, at klager i forbindelse med konsultationen den 7. maj 2003 oplyste øjenlægen om, at hun ud over en trykkende smerte bagom sit venstre øje, ligeledes havde ømhed og flimrer for øjet.

Nævnet kunne oplyse, at smerter bag og omkring venstre øje især bør give mistanke om en sygdomsproces i øjenhulen. Trykken og ømhed i selve øjet er langt oftest forårsaget af forhøjet tryk i øjet (glaukom) eller betændelsestilstande i øjets indre, især regnbuehinde betændelse, hvorimod symptomet er usædvanligt ved svulster inde i øjet (med mindre trykket er forhøjet) og slet ikke optræder ved nethindeløsning alene.

Flimrer for et øje er ikke en karakteristisk synsforstyrrelse ved nogen øjensygdom, med mindre det tillige angives, at der er lysglimt, bølgede linier, sorte prikker eller zig-zag-striber for øjet.

Ved mistanke om sygdomsproces i øjenhulen, bør øjenlægen undersøge, dels om det pågældende øje hvælver frem i forhold til det andet (exophthalmus), dels om der er forskel i fastheden af de to øjenhulers væv (retrobulbær resistance), når øjnene forsigtigt presses tilbage ved fingertryk (ved palpation), og endelig om øjenlågenes stilling og lukkeevne er påvirket.

Det kunne videre oplyses, at nethindeløsning såvel som svulster i øjet giver et større eller mindre blindt område i synsfeltet, der af patienten opleves som en mørk skygge, og af øjenlægen erkendes ved undersøgelse af synsfeltet.

Nævnet kunne ligeledes oplyse, at en undersøgelse ved første konsultation hos en speciallæge i øjensygdomme ikke omfatter medikamentel udvidelse af øjets pupil forud for oftalmoskopi, medmindre der er oplysninger om symptomer eller særlige almen sygdom, der fordrer indblik til større områder af øjenbaggrunden.

Det er nævnets opfattelse, at da det på grund af manglende beviser er lagt til grund, at øjenlæge den 7. maj 2003 ikke blev oplyst om symptomer ud over en trykkende smerte bagom venstre øje, kunne øjenlægen ikke kritiseres for ikke at have foretaget en pupiludvidende undersøgelse af øjenbaggrunden, herunder nethinden, ved oftalmoskopi.

Klage over manglende behandling af smerter i øjet efter en operation

En 42-årig mand fik ved operation fjernet galdeblæren. Umiddelbart efter operationen havde patienten ondt i det venstre øje. Den efterfølgende dag havde patienten stadig smerter i øjet og uklart syn. Der blev kontaktet en bagvagt på en øjenafdeling. Patienten blev udskrevet fra kirurgisk

afdeling. Det blev efterfølgende konstateret, at patienten havde fået nedsat synsstyrke på det pågældende øje.

Det blev klaget over, at patienten ikke modtog tilstrækkelig behandling i forbindelse med at patienten efter operationen havde stærke smerter i det ene øje.

Patientklagenævnet fandt anledning til kritik af en uidentificeret øjenlæge, idet denne på baggrund af 1. reservelægens oplysninger om, at patienten forsat havde smerter og nedsat syn på trods af behandling med kloramfenikol, burde have mistænkt hornhindebetændelse, og på denne baggrund burde have meddelt 1. reservelægen, at patienten skulle undersøges akut af en øjenlæge.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af 1. reservelægen, idet nævnet lagde vægt på, at der blev taget kontakt til en øjenafdeling, da patienten havde vedvarende smerter i øjet og uklart syn. Det er herefter øjenlægens skøn, hvilken behandling, der videre skal foretages, herunder om et akut øjenlægetilsyn er nødvendigt.

21 Øre-næse-halssygdomme

Afvisning af anmodning om genoptagelse på baggrund af udtalelse fra Retslægerådet af den 1. oktober 2003 af tidligere sag, afgjort i 1998, hvor der ikke var fundet grundlag for kritik af den indklagede sundhedsperson.

En 17-årig kvinde blev den 22. april 1997 opereret af en speciallæge for fremstående ører. Den 29. april 1997 var indledningsvise smerter fra ørene næsten væk, men der var fortsat en del gennemblødning, som gav anledning til skift af forbindelse hos speciallægen den 30. april og 2. maj 1997. Ved forbindingsskift igen den 5. maj 1997 iværksatte speciallægen behandling af operationssårene med penicillin på mistanke om betændelse, og den 7. maj 1997 var der ildelugtende sekret fra såret bag venstre øre, og de tilbageværende tråde kunne ikke holde. To dage senere blev der konstateret dødt væv inden for randen af venstre øre og randen af højre øre. De nekrotiske væv blev fjernet, og derved blev der afdækket et hul gennem øverste bagerste hjørne af venstre øreflip samt en afgnavning af højre ørerand.

Den 12. maj 1997 kontaktede speciallægen en øre-, næse- og halsafdeling, og der blev aftalt konsultation den 21. maj 1997 på sygehuset. Det blev aftalt, at sårene i mellemtiden dagligt skulle behandles hos speciallægen, ligesom antibiotikabehandlingen blev ændret.

Under den videre behandling på sygehuset blev der under bedøvelse fjernet nydannet betændelsespåvirket væv. I det videre forløb ophelede sårene, men resultatet var skæmmende i betydelig grad, hvorfor der blev fundet behov for en ny operation ved en plastikkirurg.

Nævnet traf afgørelse i sagen den 6. februar 1998 og fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen. Nævnet lagde vægt på, at speciallægens operation af ørene var i overensstemmelse med almindelig praksis, og at sårene med vævshenfald måtte anses som en sjælden og hændelig komplikation til indgrebet.

Nævnet var herunder af den opfattelse, at der i forbindelse med det komplicerede efterforløb ikke kunne bebrejdes speciallægen noget. Nævnet lagde herved vægt på, at speciallægen kontrollerede

og skiftede sårene regelmæssigt, ligesom der blev iværksat relevant antibiotisk behandling, da der blev konstateret infektion. Nævnet lagde endvidere vægt på, at der blev henvist til den regionale øre-, næse- og halsafdeling, da det stod klart, at der var tale om et kompliceret tilfælde.

Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om speciallægen havde foretaget podning den 7. maj 1997 og indrettet den medicinske behandling herefter.

I maj 2004 anmodede patientens advokat om, at sagen blev genoptaget af Patientklagenævnet, idet der blev henvist til, at Retslægerådet ved en udtalelse af 1. oktober 2003 blandt andet havde udtalt, at speciallægen burde have været foretaget podning den 7. maj 1997.

Nævnet fandt ikke grundlag for at imødekomme anmodningen om genoptagelse af sagen, hvor nævnet traf afgørelse den 6. februar 1998.

Nævnet oplyste, at grundlag for at genoptage en sag afhænger af, om der i forhold til den oprindelige behandling af sagen er kommet væsentlige nye oplysninger, som må antages at kunne medføre en ændret bedømmelse af sagen. Det skal forstås således, at der skal være tale om nye oplysninger, som ikke allerede forelå i udtalelser, journalnotater eller andre af sagens akter, da nævnet traf afgørelse i sagen. Disse nye oplysninger skal tillige være så væsentlige, at de måske kan føre til et andet resultat.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at det er et disciplinært organ, der i henhold til § 14 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse har mulighed for at fremsætte kritik overfor den indklagede sundhedsperson.

Nævnet fandt i den forbindelse, at der i forbindelse med en afgørelse af, hvorvidt en sag kan genoptages til fornyet realitetsbehandling i nævnet, må tages hensyn til det påklagede forholds alder såvel som den tid, der er forløbet mellem den oprindelige afgørelse og modtagelsen af en anmodning om genoptagelse. Det var herunder nævnets opfattelse, at en sundhedsperson, når nævnet har undladt at fremsætte kritik overfor denne, i høj grad bør kunne indstille sig på nævnets afgørelse.

Det var på denne baggrund nævnets opfattelse i relation til afgørelser truffet af Patientklagenævnet, hvorved der ikke er fundet grundlag for kritik, at muligheden for genoptagelse som udgangspunkt aftager i takt med hvor lang tid, der er forløbet imellem den oprindelige afgørelse og modtagelse af anmodning om genoptagelse, ligesom det påklagede forholds alder bør tages i betragtning.

Det påklagede forhold fandt sted i perioden fra den 22. april til den 14. maj 1997, hvilket var mere end 7 år, før nævnet modtog patientens anmodning om genoptagelse. Patientklagenævnet traf afgørelse den 6. februar 1998, hvilket var mere end 6 år, før genoptagelsesansøgningen blev indgivet.

Nævnet oplyste i anledning, at § 22, stk. 1, i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse blev ændret ved lov nr. 428 af 10. juni 2003, således at der blev indført en 5-årig frist for indgivelse af en klage til Patientklagenævnet. Denne absolutte forældelsesfrist fik virkning fra den 1. november 2003. Reglen har den virkning, at nævnet ikke kan behandle klager indgivet efter den 1. november 2003, hvis klagen er indgivet mere end 5 år efter det forhold, der klages over. Der er ingen mulighed for at se bort fra forældelsesfristen.

Om end reglen i § 22, stk. 1, ikke finder anvendelse på en anmodning om genoptagelse, var det dog på baggrund af lovændringen nævnets opfattelse, at nævnet ved stillingtagen til, om en sag skal genoptages, kan stille særlige krav til eventuelle nye oplysningers væsentlighed, hvis anmodningen om genoptagelse er indgivet mange år efter, at det påklagede forhold har fundet sted.

Nævnet lagde desuden vægt på, at Patientklagenævnet ved sin afgørelse af 6. februar 1998 tog specifikt stilling til, hvorvidt manglende podning af operationssårene den 7. maj 1997 kunne anses som en overtrædelse af lægelovens § 6, hvilket nævnet fandt, ikke var tilfældet. Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om speciallægen havde podet og indrettet den medicinske behandling herefter.

Patientklagenævnet havde således taget stilling til det spørgsmål om podning, som Retslægerådet havde besvaret under spørgsmål 4.

På denne baggrund samt under henvisning til det påklagede forholds alder, tidspunktet for nævnets oprindelige afgørelse samt det forhold, at Patientklagenævnet er et disciplinært organ, der kan fremsætte kritik af sundhedspersoner, fandt nævnet ikke grundlag for at genoptage den sag, hvor nævnet traf afgørelse den 6. februar 1998.

Det forhold, at erstatningssagen senere er forliget med det resultat, at der er udbetalt erstatning til patienten, kunne ikke anses at ændre herved, idet anerkendelse af et erstatningskrav efter nævnets opfattelse ikke nødvendigvis var udtryk for, at lægelovens § 6 er overtrådt.

Klage over, at der opstod tandskade i forbindelse med operation til fjernelse af en polyp i struben

En 37-årig kvinde konsulterede en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme, fordi hun havde en fornemmelse af ikke at kunne få tilstrækkelig luft. Speciallægen konstaterede, at patienten havde en polyp i struben, og han fandt, at der var indikation for at foretage en undersøgelse og fjernelse af polyppen ved et operativt indgreb (laryngoskopi)

Ved en forundersøgelse informerede speciallægen patienten om, at det planlagte indgreb indebar en risiko for tandskader. Ved denne lejlighed oplyste patienten, at hendes tænder var i god stand.

Under operationen opstod der skader på patientens tænder i overmunden. Speciallægen tilkaldte straks en tandlæge, der konstaterede, at 3 tænder var løsnet i lettere grad, og at 3 andre var så udtalt beskadigede, at de muligvis ville falde ud.

Efter operationen blev der ved en røntgenundersøgelse af patienten fundet rodafkortning (rodresorption) på hele overkæbefronten.

Der blev klaget over at speciallægen ikke foretog en korrekt behandling af patienten, idet der opstod tandskader i forbindelse med operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægen for hans behandling af patienten.

Nævnet lagde herved vægt på, at det var relevant, at speciallægen informerede om risikoen for tandskader og i den forbindelse spurgte patienten, om hun havde problemer med tænderne. Patienten oplyste, at hendes tænder var i god stand.

Klage over manglende indstilling til operation for hørenedsættelse og klage over instruks vedrørende information i forbindelse med blodprøvetagning

En 49-årig kvinde havde en massiv arvelig disposition til hørenedsættelse i familien.

Ved undersøgelse af patienten den 22. marts 2001 fandt overlæge A, at patienten ikke længere havde bevaret høreevnen på venstre øre, og at høreevnen på højre øre var blevet dårligere end ved en undersøgelse foretaget i 1999.

Ved en samtale den 18. juli 2001 informerede overlæge A om, at der nu kunne være indikation for at lave denne operation, men patienten var ikke interesseret i at få foretaget indgrebet på daværende tidspunkt.

Patienten havde i vinteren 2001/2002 haft en depression og havde fået 10 elektrochokbehandlinger. Hun blev efterfølgende fulgt af et distriktpsykiatrisk team. Patienten havde endvidere fået konstateret sukkersyge, som blev tabletbekhandlet frem til januar 2002, hvor hun under indlæggelse på en endokrinologisk afdeling begyndte insulinbehandling.

Ved ambulant undersøgelse den 4. april 2002 fandt overlæge A, at høreevnen på højre øre var lidt dårligere end sidst.

Den 1. og 5. juli 2002 var patienten til forsamtale på audiologisk afdeling. Afdelingen fandt, at det burde foreligge en medicinsk og psykiatrisk speciallægevurdering, før afdelingen ville operere hende, idet man mente, at hun skulle være medicinsk velbehandlet og psykiatrisk stærk og stabil for at kunne gennemføre operationen og efterbehandlingen. Ved samtalen blev patienten orienteret om operationen og efterbehandlingen. Efter at disse erklæringer var blevet indhentet, og lægerne ikke fandt helbredsmæssige hindringer for operation, blev patienten den 18. september 2002 indlagt på audiologisk afdeling, hvor hun blev opereret den 19. september 2002. Man lavede en cochlear implantat på venstre øre.

Ved ambulant kontrol den 26. september 2002 og 21. oktober 2002 fandt man forholdene i det opererede øre tilfredsstillende.

Der blev klaget over, at overlæge A i perioden fra januar til efteråret 2001 ikke ville indstille patienten til en cochlear transplant-operation på audiologisk afdeling. Der blev endvidere klaget over, at patienten ikke fik tilstrækkelig information fra laboranten i september 2002 på klinisk biokemisk afdeling, når han kom for at måle hendes blodsukker, idet han blot kom og stak hende i øret uden at oplyse, hvad der skulle ske.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge A for hans vurdering af patientens kandidatur til en cochlear transplant-operation. Nævnet lagde vægt på, at overlægen løbende i 2001 havde vurderet patienten og først i efteråret 2001 bedømte den opståede døvhed som stationær, hvorfor det først var relevant at indstille til operationen på dette tidspunkt. Nævnet lagde endvidere vægt på, at overlægen havde konstateret, at hørelsen kunne svinge spontant, hvorfor indikationen for operationen kunne tænkes at falde bort ved genvundet hørelse. Overlægen tog dertil tidligt skridt til de opklarende undersøgelser, der forudsættes før egnethed til operationen kan vurderes.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere overlæge B for hendes instruks vedrørende information af patienter forud for blodprøvetagning på klinisk biokemisk afdeling

Det fremgik af sagen, at det ikke var muligt at finde frem til, hvem der foretog blodprøvetagning på patienten i september 2002, hvorfor nævnet ikke havde mulighed for at tage stilling til de bioanalytikere, der var involveret i blodprøvetagningen. Nævnet havde derimod mulighed for at tage stilling til den instruks, der forelå på afdelingen vedrørende bioanalytikers information af patienter i forbindelse med prøvetagning.

Nævnet fandt, at det var relevant, at bioanalytikerne i forbindelse med patientidentifikation forud for prøvetagning var instruerede i at orientere patienten om formålet med bioanalytikerens tilstedeværelse: blodprøvetagning i arm/blodprøvetagning i øre. Det var ligeledes almindelig anerkendt faglig standard, at bioanalytikeren på forespørgsel fra patienten orienterer om, hvilke laboratorieanalyser, der er rekvireret og henviser eventuelle spørgsmål vedrørende formål og fortolkning af resultater til den kliniske afdeling.

22 Ambulancebehandlere

Klage over manglende indlæggelse

En 47-årig kvinde havde brækket lårbenshalsen og fik dagligt skriftet forbinding af hjemmesygeplejerske. Da hun blev tiltagende dårlig blandt andet med gennemsivning af sårforbinding, blev der rekvireret en ambulance. Ambulancebehandleren vurderede, at der ikke var grundlag for indlæggelse. Patienten fik senere konstateret blodprop i hjertet og afgik ved døden.

Der blev klaget over, at der blev vurderet ikke at være grundlag for indlæggelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af ambulancebehandleren, men fandt, at det havde været hensigtsmæssigt, at den pågældende havde målt blodtryk, iltmætning samt ført iagttagne værdier på ambulancejournalen, ligesom det havde været hensigtsmæssigt, om den pågældende havde kontaktet hjemmeplejen for at orientere om, hvad der var aftalt med patienten. Nævnet lagde vægt på, at ambulancebehandleren lavede en relevant undersøgelse og vurdering, hvor han bedømte patientens tilstand som ikke kritisk. Videre lagde nævnet vægt på, at ambulancebehandleren instruerede i, at patienten eller dennes pårørende ved forværring skulle kontakte 112.

Klage over manglende behandling i forbindelse med hjertestop

En 59-årig mand fik i hjemmet pludselig hjertestop. Han blev behandlet af sin hustru, der samtidig ringede 112. Kort efter mistede patienten atter bevidstheden, og hans hustru fik ham atter bragt til bevidsthed. Da ambulancebehandler kom, fandt han patienten siddende på sengen. Patienten blev herefter bragt på skadestuen, hvor han atter blev bevidstløs.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med hjertestop.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af ambulancebehandleren, men fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, at ambulancebehandleren havde foretaget en optagelse af et EKG, både i hjemmet

og i ambulancen, og havde iværksat iltbehandling på iltbrille/næsekateter. Videre havde været hensigtsmæssigt, at patienten var blevet båret ned fra 4 sal, da han var svimmel og dårlig.

Klage over ambulancebehandlers transport af ældre mand fra lejlighed til gadeplan

En 89-årig mand fik efter besøg af vagtlægen bestilt en ambulance med henblik på transport til skadestuen. Lejligheden var placeret på 3. sal i en ejendom med elevator. Ambulancebehandlerne anvendte en kontorstol med hjul under som transportmiddel til gadeplan.

Der blev klaget over, at ambulancebehandleren brugte en kontorstol til at transportere patienten fra lejligheden ned til ambulancen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere ambulancebehandleren for den valgte fremgangsmåde, idet der ikke var plads til en bære i ejendommens elevator, og idet det ikke var muligt at løfte patienten ned ad trappen på en bære.

Nævnet oplyste, at det er en anerkendt metode at bruge en kontorstol med hjul under som transportmiddel i bygninger med små elevatorer, idet dette er mere skånsomt for patienterne

Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om ambulancebehandleren havde forsøgt smertelindring af patienten eller tilkaldt lægeambulance med henblik på dette.

23 Bioanalytikere

Klage over, at forgiftning med epilepsimedicin (Lamital) blev overset ved objektiv undersøgelse, og at der først blev foretaget indlæggelse dagen efter, at en blodprøve havde vist en svært forhøjet lamictal-værdi

Den 30. april 2004 blev en 18-årig kvinde af egen læge indlagt akut under diagnosen forgiftning med Lamictal.

En reservelæge fandt patienten vågen, klar og fuldt orienteret. Der var normalt blodtryk og puls. Der var ligeledes normale neurologiske forhold i forhold til kranienerver, muskel- og nerveforhold i arme og ben, følesans, stillingssans, vibrationssans, reflekser og koordination. Patienten kunne stå med lukkede øjne uden at falde. Der blev endvidere fundet normale forhold i maven, men ved urinundersøgelse blev der fundet tegn på blærebetændelse.

De foretagne blodprøver var normale den 30. april 2004. Svar på Lamictal-niveauet forelå endnu ikke. Reservelægen ordinerede sulfa mod blærebetændelse og sendte patienten hjem. Reservelægen noterede i journalen, at svaret på Lamictal-niveauet skulle videregives til det sygehus, som forestod behandlingen af epilepsien, så man der skulle tage stilling til, om der skulle ændres i medicineringen.

Den 4. maj 2004 viste blodprøvesvaret en svært forhøjet værdi på 95 micromol/liter. Da patienten ikke længere var tilknyttet den rekvirerende afdeling, og svaret lå over ringegrænsen, ringede en afdelingsbioanalytiker kl. 12.10 til en lægesekretær på sygehusets neurologiske afdeling. Sekretæren fandt journal frem og handlede efter den deri lagte plan efter konference med en af afdelingens neurologiske speciallæger. Svaret blev derfor straks telefonisk givet til det sygehus, som forestod epilepsibehandlingen.

Den 5. maj 2004 blev patienten af egen læge indlagt på neurologisk afdeling. Hun havde da uklart syn, men intet dobbeltsyn. Der blev fundet lidt langsomme bevægelser af tungen, men derudover intet neurologisk unormalt. Der blev fundet lette EKG-forandringer. Niveaueet af Lamictal i blodet var ved denne indlæggelse 82 micromol/liter.

Behandlingen med Lamictal blev reduceret under indlæggelsen, og patienten kunne udskrives velbefindende den 17. maj 2004 til fortsat kontrol.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev korrekt behandlet og undersøgt ved henvendelsen den 30. april 2004. Der blev endvidere klaget over, at der først den 5. maj 2004 blev taget kontakt til patienten, selv den svært forhøjede blodprøve allerede forelå den 4. maj 2004.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægen, som den 30. april 2004 undersøgte patienten.

Nævnet lagde på foreliggende vægt på, at reservelægen optog en fyldestgørende sygehistorie og ud fra denne foretog en udførlig og relevant objektiv undersøgelse, som tydede på et afklinget maveonde, hvilket blev støttet af laboratoriumundersøgelser medsendt af egen læge.

Nævnet lagde endelig vægt på, at der på det foreliggende ikke var indikation for at bestille Lamictal-prøve som en hastep prøve.

Nævnet fandt derudover ikke grundlag for kritik af bioanalytikeren.

Nævnet lagde til grund, at blodprøven blev analyseret mandag den 3. maj 2004, da det ikke var en hastep prøve, som skulle analyseres i vagtarbejdstiden lørdag til søndag. Prøvesvaret forelå tirsdag den 4. maj 2004 og var på 95 micromol/liter, hvilket var væsentligt højere end alarmgrænsen på 50 micromol/liter.

Nævnet lagde vægt på, at bioanalytikeren i henhold til de gældende retningslinier for alarmgrænser den 4. maj 2004 først ringede prøvesvar til den rekvirerende afdeling, men at hun fik at vide, at man ikke kunne modtage svaret, da patienten var udskrevet den 30. april 2004.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at bioanalytikeren derefter kl. 12.10 ringede til en lægesekretær på sygehusets neurologiske afdeling, da hun gik ud fra, at patienten var epilepsipatient.

Det var nævnets opfattelse, at bioanalytikeren udviste omtanke ved svarafgivelsen, idet vedkommende måtte anses for at have afleveret svaret til en relevant person, da svaret ikke umiddelbart kunne afleveres på den rekvirerende afdeling, og da der var tale om en måling af medicin mod epilepsi.

Det var herunder nævnets opfattelse, at overbringelse af blodprøvesvaret til neurologisk afdeling var udtryk for, at svaret nåede frem til det ønskede sted inden for formentlig ret kort tid.

Nævnet fandt endelig ikke grundlag for kritik af den læge på neurologisk afdeling, som fik videregivet svaret på blodprøven

Nævnet lagde vægt på, at lægen på neurologisk afdeling til sin rådighed havde journalen fra modtagelsen, hvor man havde undersøgt patienten og konkluderet, at tilstanden formentlig var infektiøs betinget.

Nævnet lagde desuden vægt på, at resultatet af analysen ikke var af sådan karakter, at dette alene burde føre til mere akut indgriben eksempelvis akut indlæggelse på neurologisk afdeling.

Det var ud fra disse omstændigheder nævnets opfattelse, at det var korrekt at sende svaret på analysen til det sygehus, som til daglig var ansvarlig for behandlingen af epilepsien.

24 Fodterapeuter

Klage over behandling hos fodterapeut (journalføring)

En 58-årig mand, som led af sukkersyge, var til behandling hos en fodterapeut, idet han havde en del hård hud under fødderne.

Ved behandling blev der under den ene fod konstateret et lille sår, som efterfølgende udviklede sig, og patienten måtte efterfølgende have højre underben amputeret.

Der blev klaget over, at fodterapeuten kom til at skære et hul ved sin behandling af fødderne.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere fodterapeutens behandling, idet der blev lagt vægt på, at det i journalen var noteret, at der var blevet konstateret et hul under højre lilletå.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere journalføringen, idet der ikke var ført en journal, der tydeligt beskrev observationer, behandling og aftaler.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at journalen bl.a. sikrer patienterne en sammenhæng mellem diagnose, behandling og kontrol.

25 Fysioterapeuter

Klage over strækbehandling hos fysioterapeut

En 61-kvinde blev af egen læge henvist til behandling hos en fysioterapeut på grund af lændesmerter med udstråling ned i højre ben.

Fysioterapeuten fandt ved sin indledende undersøgelse af patienten, at hun havde udtalte muskelforandringer i lænden, nedsat følesans svarende til den store lårnerve samt positiv benstrækningstest. Han behandlede hende med massage, ultralyd og udspænding, hvilket imidlertid var uden effekt. Derefter valgte han at give strækbehandling 2 gange med 15-20 kg. Da symptomerne herefter stadig var uændrede, afsluttede han behandlingen af patienten og henviste hende tilbage til egen læge til nærmere undersøgelse.

Patienten blev senere indlagt på hospitalet på grund af fortsatte rygsmerter. Her blev det konstateret, at hun havde en diskusprolaps i lænden samt brud af bækkenet. Efterfølgende blev der fundet tegn på knogleskørhed, og der blev iværksat behandling heraf.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling af fysioterapeuten.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere fysioterapeuten, idet det var nævnets opfattelse, at fysioterapeuten havde foretaget en relevant behandling af patienten. Nævnet oplyste i den forbindelse, at det er normal praksis at forsøge strækbehandling ved føleforstyrrelser, og når der foreligger en positiv strakt benløftstest. Nævnet oplyste videre, at strækbehandling teoretisk må forventes at have en lindrende effekt på muskelsmerter og at kunne lette et eventuelt tryk på en nerve i lænden. Strækbehandling med 15-20 kilos belastning anses for at være en let til moderat belastning, der ikke normalt vil kunne beskadige strukturer i hverken muskler, led eller knogler.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at den henvisende læge ikke havde ordineret nogen speciel behandlingsform, ligesom han ikke havde angivet, at strækbehandling ikke kunne tilrådes. Nævnet oplyste i den forbindelse, at fysioterapeutisk behandling altid iværksættes efter forudgående lægeordination. I den forbindelse lader den henvisende læge det normalt være op til fysioterapeuten at bestemme, hvilken behandling der skal anvendes. Ved enkelte sygdomstilstande vil strækbehandling dog ikke være tilrådeligt (kontraindiceret), og i så fald vil det være normal praksis, at den henvisende læge oplyser fysioterapeuten om dette på henvisningssedlen, såfremt lægen ikke har ordineret en specifik behandling.

Klage over fysioterapeutisk behandling, som ikke var omfattet af henvisning fra egen læge

En 37-årig kvinde var af sin egen læge blevet henvist til en fysioterapeut med henblik på behandling af dybe muskelspændinger i venstre sæderegion (piriformissyndrom).

Fysioterapeuten fandt ikke tegn på diskusprolaps, ligesom han heller ikke fandt sædemusklerne i venstre side videre spændt. Derimod fandt han en nedfalden venstresidig fodrod, og han valgte forsøgsvis at tape venstre fod op med henblik på opretning af fejlstillingen.

Ved den efterfølgende konsultation kunne det konstateres, at behandlingen havde været uden effekt, og fysioterapeuten kontaktede derfor patientens egen læge, således at hun kunne blive nærmere udredt dér.

Den følgende dag blev patienten undersøgt hos egen læge, der fandt mistanke om diskusprolaps. En MR-scanning foretaget den 15. september bekræftede, at der var tale om diskusprolaps, og den 16. september 2004 blev patienten opereret herfor.

Der blev klaget over, at fysioterapeuten ikke havde behandlet patienten korrekt.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere fysioterapeuten. Det var nævnets opfattelse, at det var relevant, at fysioterapeuten ligeledes foretog undersøgelse og behandling af patientens fodled, idet han ikke havde fundet tegn på lidelse i hverken ryggen eller sædereionen.

Nævnet oplyste, at det følger af bekendtgørelse af lov om terapiassistenter § 7, stk. 2, at fysioterapeutisk behandling skal ske efter lægeordination, og såfremt lægeordination foreligger, skal denne følges. På den baggrund var det nævnets opfattelse, at det havde været hensigtsmæssigt, om fysioterapeuten efter sin indledende undersøgelse havde kontaktet den henvisende læge med henblik på at behandle foden i stedet for piriformissyndromet, som var henvisningsdiagnosen.

26 Jordmødre

Klage over at jordemoder ikke opdagede fostrets dårlige tilstand under fødslen

En 34-årig kvinde blev den 9. november 2004 kl. 8.00 indlagt på en fødeafdeling, idet hun i graviditetsuge 40 havde veer og vandafgang. Hun blev modtaget af jordemoder, der undersøgte hende og foranstaltede elektronisk overvågning af veerne og af barnets hjertelyd. Kl. 8.45 opsatte jordemoderen et drop med vefremkaldende medicin, som hun gradvist øgede over den næste time med henblik på at fremskynde fødselsforløbet. Kl. 10.17 fødte kvinden en livløs dreng, der trods genoplivningsforsøg ikke stod til at redde.

Der blev klaget over, at kvinden ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med fødslen af sit barn, og at der var fejl i journalen i forbindelse den sidste del af fødselsforløbet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere jordemoderen. Nævnet fandt, at jordemoder burde have tilkaldt læge den 9. november 2004 kl. 8.10, idet det var nævnets opfattelse, at den elektroniske overvågning af barnet på det pågældende tidspunkt var unormal. Nævnet fandt endvidere, at jordemoderen burde have afventet lægens vurdering inden hun opsatte vestimulerende drop, specielt under hensyn til at hun havde konstateret at fostret havde påvirket hjertelyd. Nævnet fandt endvidere, at jordemoderen burde have skiftet til en anden form for overvågning, da hun havde besvær med at registrere fostrets hjertelyd.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere jordemoderens journalføring.

27 Kiropraktorer

Klage over bivirkninger i forbindelse med kiropraktisk behandling

En 46-årig kvinde henvendte sig til en kiropraktor på grund af konstant hovedpine i venstre side.

Kiropraktoren vurderede, at et facetled i nakken var gledet ud og udførte ved tre konsultationer behandling herfor.

Umiddelbart efter den 3. behandling blev patienten utilpas og svimmel, fik kvalme og kastede voldsomt op.

Patienten blev herefter indlagt på neurologisk afdeling, og fem dage senere blev hun udskrevet med diagnosen hjernestammeapopleksi.

Der blev klaget over, at kiropraktoren ikke foretog korrekt behandling af patienten.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere kiropraktoren. Nævnet lagde vægt på, at kiropraktoren havde indledt manipulationsbehandling på et tilstrækkeligt og forsvarligt grundlag.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at kiropraktoren foretog behandling af typen toggle-recoil, og at denne behandlingsmetode anses for at indebære en meget lille risiko for komplikationer.

Nævnet kunne oplyse, at der findes redegørelser for bivirkninger i forbindelse med manipulationsbehandling af nakken, og at bivirkninger i den sværhedsgrad, som patienten oplevede, kun forekommer yderst sjældent (1 gang ud af 1 til 2 millioner givne behandlinger). Nævnet kunne endvidere oplyse, at bivirkningerne forekommer tilfældigt, og ofte uden at den objektive undersøgelse har kunnet forudsige det.

Klage over kiropraktors behandling af en patient, der senere fik konstateret diskusprolaps

En 38-årig kvinde henvendte sig den 23. april 2002 hos en kiropraktor på grund af smerter i venstre sædereion. Kiropraktoren foretog en undersøgelse, der viste fikstation af nedre lænderegion (L4-S1) samt af lændeleddet-korsbensleddet på venstre side, og hun iværksatte behandling heraf. Der blev ved undersøgelsen ikke fundet tegn på diskusprolaps.

Den næste dag henvendte patienten sig på ny hos kiropraktoren. Kiropraktoren vurderede tilstanden som diagnostisk uændret og foretog atter behandling. Der blev aftalt ny behandling næste dag, hvor patienten imidlertid ikke mødte op.

Den 3. maj 2002 blev patienten indlagt akut på medicinsk afdeling på grund af mistanke om diskusprolaps. En sådan blev imidlertid ikke konstateret, og den 6. maj 2002 blev patienten udskrevet til behandling hos privatpraktiserende fysioterapeut.

I Juli 2002 blev der foretaget MR-scanning, der viste en stor diskusprolaps ved 5. lænderved på venstre side.

Der blev bl.a.klaget over kiropraktorens undersøgelse og behandling

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere kiropraktorens undersøgelse og behandling af patienten. Nævnet bemærkede dog, at der hverken den 23. eller 24. april 2002 blev udført en fuld neurologisk undersøgelse inkluderende afprøvning af både reflekser, muskelstyrke og følesans i benene. Nævnet fandt, at det havde været hensigtsmæssigt, om kiropraktoren ved begge konsultationer havde udført en sådan fuld neurologisk undersøgelse af patienten.

28 Plejhjemsassistenter

Klage over anmodning om aktindsigt i plejhjemsjournal ikke blev imødekommet, og at anmodning om aktindsigt i lægejournal ikke blev besvaret inden for 10 dage.

En 71-årig patient fremsendte i april 2003 under en indlæggelse på et sygehus via sin datter et brev til et plejhjem, hvori hun bad om aktindsigt i sin journal. Patienten havde siden 1995 været tilknyttet plejhjemmet. Den 24. april 2003 besvarede plejhjemmet anmodningen ved at sende kopi af journalen gående et år tilbage.

Den 12. maj 2003 anmodede et advokatfirma på vegne af patienten om aktindsigt i hendes sygejournal fra 2000 og frem. Hvis der var tale om uforholdsmæssigt mange bilag, ville anmodningen dog kunne begrænses til 2003. Plejhjemmet besvarede anmodningen ved at gøre opmærksom på, at der allerede var fremsendt kopi af journalen til patienten dækkende det seneste år. Samtidig bad plejhjemmet om en bekræftelse på, at patientens datter var indsat som værge for sin mor.

Den 8. august 2003 foranledigede en administrativ medarbejder på plejhjemmet, at patienten fik tilsendt en pakke med private papirer, som man efter aftale havde opbevaret for hende.

Den 25. august 2003 kom plejhjemslederen, der var uddannet plejhjemsassistent, tilbage fra ferie og blev bekendt med patientens brev af 6. august 2003 og besvarelsen heraf. Plejhjemsassistenten anså ikke brevet som en anmodning om aktindsigt og foretog sig ikke yderligere.

Den 6. august 2003 sendte patienten via sin datter et brev til sin praktiserende læge, hvori hun bad om aktindsigt i sin journal. Samme dag sendte patienten via sin datter også et brev til plejhjemmet, hvori hun bad om udlevering af kopi af alt skriftligt materiale vedrørende sit ophold på plejhjemmet. Den 27. august 2003 fremsendte den praktiserende læge en kopi af lægejournalen til patienten.

Der blev klaget over, at sundhedspersonale på plejhjemmet ikke inden for 10 dage besvarede patientens anmodning om aktindsigt. Der blev endvidere klaget over, at den praktiserende læge ikke inden for 10 dage besvarede patientens anmodning om aktindsigt.

Nævnet fandt grundlag for kritik af plejhjemsassistenten for hans behandling af patientens anmodning den 6. august 2003 om aktindsigt i sin journal på plejhjemmet.

Nævnet fandt desuden grundlag for at kritisere plejhjemsassistenten for hans instruks til plejhjemmets sekretærfunktion omkring håndtering af anmodninger om aktindsigt i tilknytning til besvarelsen af patientens anmodning den 6. august 2003 om aktindsigt i sin journal.

Nævnet lagde vægt på, at patientens skriftlige henvendelse den 6. august 2003 måtte anses en som ny anmodning om aktindsigt, da der blev anmodet om kopier af alt skriftligt materiale vedrørende opholdet på plejhjemmet. Anmodningen var hermed tilstrækkeligt præcis, hvorfor plejhjemsassistenten burde have taget stilling til, om det ønskede materiale kunne fremsendes.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at plejhjemsassistenten burde have instrueret plejhjemmets sekretærfunktion i, at spørgsmål og stillingtagen til anmodninger om aktindsigt - herunder om en henvendelse kan anses som en aktindsigtsanmodning - snarest muligt skulle forelægges for den

sundhedsfaglige ledelse eller anden sundhedsperson, hvortil sådanne afgørelser midlertidigt måtte være delegeret til. Sekretærfunktionen burde endvidere blevet instrueret i at underrette patienter om en eventuel grund til, at en anmodning om aktindsigt ikke var imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den var modtaget af plejehjemmet.

Nævnet bemærkede, at der fra sekretærfunktionens side ikke blev taget kontakt til den midlertidige sundhedsfaglige ledelse i forbindelse med modtagelsen af patientens brev af 6. august 2003, og at brevet først blev gennemset af en sundhedsperson, da plejehjemsleder og plejehjemsassistenten den 25. august 2003 kom tilbage fra ferie.

Nævnet oplyste, at det følger af § 4 i lov patienters retsstilling, at lovens regler om stillingtagen til anmodninger om aktindsigt i helbredsoplysninger alene omfatter personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der handler på disses ansvar.

Da plejehjemslederen var uddannet plejehjemsassistent, og denne stillingsbetegnelse ikke kræver autorisation i henhold til særlig lovgivning, kunne hans afgørelse den 25. august 2003 ikke anses som omfattet af reglerne om aktindsigt i lov om patienters retsstilling. Afgørelsen var imidlertid omfattet af reglerne om aktindsigt i forvaltningsloven.

Nævnet oplyste, at det fremgår af forvaltningsloven § 9, at den, der er part i en sag, hvori der er eller vil blive truffet afgørelse af en forvaltningsmyndighed, kan forlange at blive gjort bekendt med sagens dokumenter. Begæringen skal angive den sag, hvis dokumenter den pågældende ønsker at blive gjort bekendt med. Ifølge lovens § 10 omfatter en parts ret til aktindsigt som udgangspunkt alle dokumenter, der vedrører sagen, herunder genpart af de skrivelser, der er udgået fra myndigheden, når skrivelserne må antages at være kommet frem til adressaten. Aktindsigten omfatter desuden indførelser i journaler, registre og andre fortegnelser vedrørende den pågældende sags dokumenter.

Nævnet oplyste endvidere, at en sundhedsperson, når en patient anmoder om aktindsigt i det samme materiale flere gange, som udgangspunkt ikke kan give afslag på aktindsigt med den begrundelse, at patienten tidligere har fået indsigt i det ønskede materiale.

Nævnet oplyste endelig, at det fremgår af forvaltningslovens § 16, at afgørelsen af, om og i hvilken form en begæring om aktindsigt skal imødekommes, træffes af den myndighed, der i øvrigt har afgørelsen af den pågældende sag. Er begæringen ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at begæringen er modtaget af myndigheden, skal denne underrette parten om grunden hertil samt om, hvornår afgørelsen kan forventes at foreligge.

Nævnet fandt derudover grundlag for kritik af den praktiserende læge.

Nævnet lagde til grund, at den praktiserende læge den 4. august 2003 kom tilbage efter 3 ½ måneds sygdom. Den praktiserende læge havde oplyst til sagen, at hun på daværende tidspunkt var på deltid, og at der ved tilbagekomsten var en stor arbejdsmængde at gennemgå. Dette var baggrunden for, at anmodningen om aktindsigt først blev besvaret den 27. august 2003.

Nævnet lagde vægt på, at den praktiserende læge i henhold til § 21, stk. 3, i lov om patienters retsstilling straks efter modtagelsen af anmodning om aktindsigt den 6. august 2003 burde have meddelt patienten, at hun kunne få aktindsigt i sin journal, og hvornår dette kunne gennemføres.

Nævnet oplyste, at hvis en anmodning om aktindsigt ikke er imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

29 Psykologer

Klage over at en psykolog under en samtale med en tidligere kollega oplyste om en patients kontakt til psykologens arbejdsplads, en almen psykiatrisk afdeling

En 22-årig mand havde en aften besøg af sin kæreste. Forholdet havde på daværende tidspunkt varet 3 uger. Kæresten ringede under besøget til sin mor. Under denne samtale fortalte moderen angiveligt en masse ting om patientens fortid, herunder om hans tilknytning til sygehusvæsenet.

En autoriseret psykolog oplyste til sagen, at hun forud for den pågældende telefonsamtale var blevet kontaktet af moderen til patientens kæreste, der mange år tidligere havde været hendes kollega under en ansættelse i en kommune. Moderen havde under samtalen spurgt, om psykologen kendte patienten, og psykologen bekræftede dette.

Der blev klaget over, at den autoriserede psykolog uden patientens samtykke og under tilsidesættelse af sin tavshedspligt havde videregivet oplysninger om patienten til hans kærestes mor.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den autoriserede psykolog.

Nævnet lagde vægt på, at det på baggrund af den konkrete forespørgsel fra den tidligere kollega måtte stå den autoriserede psykolog klart, at hendes korte bekræftelse af kendskabet til patienten, af hans kærestes mor alene kunne forstås således, at han havde været i kontakt med en almen psykiatrisk afdeling med henblik på undersøgelse og/eller behandling.

Nævnet fandt derudover det ikke godtgjort, at psykologen havde videregivet oplysninger om patientens diagnose, personlighedsstruktur og medicinering til hans kærestes mor.

Nævnet oplyste, at det følger af § 23 i lov om patienters retsstilling, at en autoriseret psykolog skal iagttage tavshed om, hvad hun under udøvelsen af sit erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. En autoriseret psykolog kan dog i henhold til § 26, stk. 1 videregive oplysninger til myndigheder, organisationer og private personer, når patienten har givet sit samtykke hertil. Samtykket skal være skriftligt, hvilket følger af § 27, stk. 1.

Nævnet oplyste endvidere, at det fremgår af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 punkt 4.1 angående § 24 i lov om patienters retsstillings regulering af adgangen for videregivelse af helbredsoplysninger med videre i forbindelse med behandling af patienter, at der

ved helbredsforhold skal forstås oplysninger om en patients tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske tilstand, herunder om en persons kontakt med sundhedsvæsenet, eksempelvis at en person har været indlagt til behandling eller er indlagt samt oplysninger om medicinmisbrug og misbrug af narkotika, alkohol og lignende.

Det var nævnets opfattelse, at denne definition af helbredsoplysninger også finder anvendelse i andre videregivelsessituationer, herunder videregivelse til andre formål end behandling, jfr. lov om patienters retsstilling § 26.

Nævnet fandt således, at den blotte oplysning om, at en navngiven person har været i kontakt med sundhedsvæsenet med henblik på undersøgelse eller behandling, må anses som fortrolig i lov om patienters retsstillings forstand og derfor som udgangspunkt ikke må videregives til blandt andet private personer uden patientens skriftlige samtykke.

30 Social- og sundhedsassistenter.

Klage over forkert brug af varmpude ved PKU test.

En 5 dage gammel dreng fik den 14. december 2003 foretaget en lille blodprøve fra den ene hæl (en såkaldt PKU-test, som er en prøve for enzymdefekt). Forinden blodprøven blev taget lagde en social- og sundhedsassistent en varmpude på drengens hæl. Varmepuden var imidlertid for varm og drengen fik vabler på hælen på grund af varmpåvirkningen.

Der blev klaget over at drengen ikke modtog en korrekt behandling den 14. december 2003, idet han fik en 3. grads forbrænding på en varmpude i forbindelse med PKU testen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere social- og sundhedsassistenten .

Det var nævnets opfattelse, at social- og sundhedsassistenten burde have kontrolleret varmen på risposen forinden hun placerede den på drengens hæl.

31 Sygeplejersker

Klage over fejlmedicinering

En 62-årig mand blev indlagt på medicinsk afdeling på grund af utilstrækkelig pumpefunktion af hjertet og udvidelser af blodkarrene. Han blev sat i behandling med mild blodfortyndende medicin. 5 dage senere skulle en sygeplejerske give en medpatient en indsprøjtning, men gav ved en fejl patienten indsprøjtningen med blodfortyndende medicin.

En reservelæge tilså patienten akut og informerede om fejlmedicineringen samt ordinerede blodprøver for at kontrollere, om der var tendens til blødning.

I løbet af aftenen blev patienten tiltagende utilpas og havde besvær med vejrtrækningen og var meget bleg.

En reservelæge mente, at blødningen stammede fra mavesækken, hvor der var taget prøver, og blødningen blev muligvis forværret af den blodfortyndende medicin. I løbet af den følgende dag fik patienten 4 portioner blod. Hans blodprocent steg, og der var tegn på, at blødningen i maven aftog.

Der blev klaget over, at sygeplejersken forvekslede patienten med en anden patient og derfor fejlagtigt gav ham en indsprøjtning.

Nævnet fandt grundlag for kritik af sygeplejersken. Nævnet lagde vægt på, at det var en fejl, at patienten fik den blodfortyndende indsprøjtning. Nævnet lagde videre vægt på, at sygeplejersken spurgte patienten, om han var medpatient X. Dette svarede han ja til.

Der er nævnets vurdering, at man ikke kan sikre sig helt, hvis man spørger patienten, om han hedder xxx, idet patienten kan have misforstået spørgsmålet, ikke hørt hvad der er blevet spurgt om, eller af anden grund bare svaret ja.

Endelig lagde nævnet vægt på, at sygeplejersken, da hun kort efter så medpatienten, og hun blev klar over, at hun havde begået en fejl, informerede den vagthavende reservelæge om fejlen. Hun spurgte, om reservelægen ville tilse patienten, og om der var antidot til medicinen.

Klage over siddende transport

En 90-årig kvinde, der var blind og kørestolsbruger, blev indlagt på sygehuset, idet hun havde smerter i brystet, åndenød og hjertebanken.

En sygeplejerske bestilte ved udskrivelsen siddende hjemtransport og bad en social- og sundhedsassistentelev følge hende til bilen. Ved ankomsten til sit hjem var patienten både psykisk og fysisk meget påvirket af den siddende transport.

Der blev klaget over, at man havde bestilt siddende hjemtransport, og at social- og sundhedsassistenteleven, som hjalp patienten i transporten, ikke ændrede transporten til en liggende transport.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejerskens skøn over patientens tilstand, da hun bestilte siddende hjemtransport, og lagde herved vægt på, at det fremgik af sygeplejejournalen, at patienten under indlæggelsen kun kunne stå op ved en persons hjælp. Endvidere var patienten blind, og hun blev af to personer fuldt til toilettet, da hun var nervøs og usikker. Af sygeplejejournalen var det kun noteret en gang, at patienten havde været oppe og sidde i en stol.

Patientklagenævnet kunne oplyse, at det gennem flere år har været almindelige praksis, at en siddende transport kan indebære en længere transporttid end en liggende, idet man har flere patienter i bilen samtidig og derfor ikke transporterer den enkelte patient direkte fra et sted til et andet.

Det fremgik af sagen, at patienten var blevet fulgt ud til bilen af en social- og sundhedsassistentelev. Patientklagenævnet kunne oplyse, at nævnet ikke har kompetence til at behandle klager over social- og sundhedsassistentelever. Nævnet kunne derimod tage stilling til, hvorvidt sygeplejersken burde have sørget for, at en uddannet fagperson fulgte patienten til bilen. Nævnet kunne endvidere oplyse,

at det er almindelig praksis, at sygeplejersker uddelegerer opgaver af denne karakter. En beslutning om transportform evalueres almindeligvis ikke på tidspunkt, hvor patienten følges ud til den ventende bil. Nævnet fandt herefter, at sygeplejerske havde handlet i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, da hun vurderede, at social- og sundhedsassistenteleven kunne følge patienten til bilen.

Klage over at en hjemmesygeplejerske ikke vurderede en patients tilstand korrekt.

En 79-årig kvinde, der havde leukæmi, boede alene under dagligt tilsyn af hjemmesygeplejersken.

Hjemmesygeplejersken fandt ved et dagligt tilsyn, at patienten var dårlig og liggende på sofaen, og hun kontaktede den praktiserende læge, der ville tilse patienten.

Efter at hjemmesygeplejersken havde forladt patienten, fik denne besøg af et familiemedlem, som kontaktede den praktiserende læge, som straks tilså patienten og indlagde hende akut. Ved indlæggelsen havde patienten feber samt blodforgiftning, som blev behandlet med antibiotika. 14 dage senere afgik patienten ved døden.

Der blev klaget over, hjemmeplejersken ikke vurderede patientens tilstand korrekt den 29. januar 2004.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere hjemmesygeplejerskens behandling af patienten og lagde herved vægt på, at det fremgik af "dagbogen", at hjemmesygeplejerske noterede, at patienten lå på sofaen og havde det dårligt. Patienten rystede lidt på hænderne, og havde ikke spist morgenmad. Hjemmesygeplejersken tog på dette grundlag kontakt til patientens praktiserende læge og fik en aftale om, at lægen foretog tilsyn i løbet af ca. 1 time.

Endvidere fremgik det af hjemmesygeplejerskens udtalelse til sagen, at hun ved sit andet besøg hos patienten konstaterede, at hun endnu ikke havde indtaget væske, og at hun heller ikke ønskede mad eller hjælp til toiletbesøg. Hjemmesygeplejersken kunne godt se, at patienten burde indlægges til væsketerapi, men hun ville afvente lægens besøg.

Nævnet oplyste, at hjemmesygeplejersker jævnligt kommer ud for situationer, hvor en ældre borger ikke har lyst til at spise og drikke og er lidt uklar. Det er nævnets opfattelse, at i de tilfælde kan det være i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at afvente, da alle mennesker kan være sløje fra tid til anden, hvorfor det kan være relevant at afvente praktiserende læge eller vagtlæge.

Nævnet finder imidlertid, at da patienten havde en alvorlig sygdom, hvilket hun hyppigt var indlagt for, og hjemmesygeplejersken vurderede, at der var behov for indlæggelse med henblik på væsketerapi, burde hjemmesygeplejersken på baggrund af sine observationer og vurdering have indlagt patienten straks og ikke have afventet lægens besøg.

Klage over manglende information om mistanke om omsorgssvigt

En dreng på knap 4 måneder blev den 6. februar 2004 set i børnemodtagelsen på et sygehus efter henvisning fra egen læge på grund af en skævhed af kraniet. Henvisende læge anførte som differentialdiagnose endvidere, at man skulle være lidt opmærksom på, om barnet eventuelt havde været udsat for omsorgssvigt i form af voldelig adfærd.

I børnemodtagelsen blev mor og barn modtaget af en sygeplejerske. Der var uenighed parterne imellem om indholdet af samtalen ved indlæggelsen.

En reservelæge undersøgte herefter drengen og talte med moderen. Der var uenighed parterne imellem om indholdet af samtalen. Reservelægen fandt ikke tegn på, at drengen var påført skade, men fik samlet set indtryk af en familie med behov for særlig støtte. Drengen blev efterfølgende set af en bagvagt, som ikke fandt tegn på, at han havde været udsat for voldelig adfærd.

Der blev klaget over, at egen læge ikke gav drengens mor en korrekt information om hans tilstand og baggrunden for undersøgelsen den 6. februar 2004. Der blev også klaget over, at drengens mor ikke modtog en korrekt information om hans tilstand af sygeplejersken ved ankomsten til sygehuset den 6. februar 2004. Endelig blev der klaget over, at reservelægen den 6. februar 2004 ikke foretog en korrekt behandling af drengen, idet hun, i stedet for at undersøge ham, udspurgte moderen om familiens forhold.

Nævnet fandt ikke anledning til at kritisere den praktiserende læge. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at lægen havde et godt kendskab til drengen og hans familieforhold, idet hun havde fulgt moderen i graviditeten, samt undersøgt drengen tidligere. Nævnet fandt endvidere ikke, at det var under normen for almindelig anerkendt faglig standard i det konkrete tilfælde, at lægen undlod at informere drengens mor om at der på henvisningen blev anført "lille obs. for battered child", idet der alene var tale om en svag mistanke om en differentialdiagnose.

Nævnet fandt ikke anledning til at kritisere sygeplejersken. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at der forelå modstridende oplysninger fra drengens mor og sygeplejersken om, hvorvidt sygeplejersken oplyste at drengen kunne blive hjerneskadet.

Nævnet fandt heller ikke grundlag for at kritisere reservelægen. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at det efter nævnets opfattelse var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard at reservelægen spurgte drengens mor om hans fødsel, familiebaggrund, boligforhold og aktuelle situation.

Klage over at læge og sygeplejerske i et fængsel ikke opdagede at en indsat havde byld i halsen

En 25-årig mand blev den 23. september 2003 under indsættelse i et fængsel syg og måtte "gå hjem" fra arbejde med ondt i halsen. De to følgende dage konsulterede han fængslets sygeplejerske for at melde sig syg. Den 25. september 2003 skrev sygeplejersken ham op til lægebesøg den følgende dag. Den 26. september 2003 blev han undersøgt af fængselslægen, som satte ham i penicillinbehandling for halsbetændelse. Patienten blev den 1. oktober 2003 akut indlagt på øre-, næse-, halsafsnittet på et sygehus. Her fandt man en bylddannelse ved venstre mandel.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik en korrekt behandling af lægen og sygeplejersken i perioden fra den 24. til 26. september 2003.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere hverken sygeplejersken eller fængselslægen.

Nævnet lagde for så vidt angik sygeplejersken blandt andet vægt på, at patienten ikke var i en akut eller livstruende situation, idet han havde ondt i halsen, men var velbefindende.

For så vidt angik fængselslægen lagde nævnet blandt andet vægt på, at hun ved den objektive undersøgelse fandt hævede mandler med belægninger og ikke noget tegn på en bagvedliggende byld.

Nævnet oplyste, at bylddannelse undertiden kan være en komplikation til halsbetændelse. Det var nævnets opfattelse, at det forhold, at patienten efterfølgende udviklede en byld, ikke er et udtryk for manglende omhu og samvittigsfuldhed fra fængselslægens side, men et udtryk for at sygdommen kan udvikle sig på denne måde.

Klage over fejlbehandling i forbindelse med hoftesmerter

En 69-årig mand blev i begyndelsen af marts 2000 indlagt, idet han var faldet og havde slået venstre hofte. Patienten blev mobiliseret med gangredskab samt støtte. I midten af marts 2000 fik patienten konstateret et venstresidigt lårbensbrud og fik indsat glidesøm. Efterfølgende konstaterede man, at bruddet var skredet, og patienten blev re-opereret med indsættelse af en halv hofteprotese i begyndelsen af april 2000.

Efter operationen var der flere ledscred i hoften, og knapt to måneder efter primærtraumet blev patienten på ny opereret med indsættelse af en kunstig hofteprotese. Der var efterfølgende problemer med smerter og hælsår og liggesår svarende til halebenet. Patienten havde nedsat hudgennemblødning og blev henvist til kirurgisk afdeling, hvor man fandt, at der ikke var mulighed for at foretage kirurgisk behandling. I stedet fandt man indikation for at amputere begge ben samt foretage revision af liggesåret ved halebenet.

Der blev blandt andet klaget over, at man ikke diagnosticerede lårbensbruddet med det samme, og at patienten ikke modtog en korrekt pleje under indlæggelsen, herunder at der ikke blev givet en aflastningsmadras.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingssygeplejerske A og afdelingssygeplejerske B for deres behandling og observation af patienten og desuden fandt nævnet grundlag for at indskærpe overfor afdelingssygeplejerske B, at hun udviser større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde ved afgørelsen blandt andet vægt på, at patienten havde haft nedsat gangdistance over to år, og at der var overfladiske trykmærker på benene, samt at der ikke var puls i fodryggens pulsårer på begge sider. Endvidere lagde nævnet vægt på, at patienten vejede over 120 kg. Nævnet fandt på den baggrund, at afdelingssygeplejerske A burde have foranlediget aflastning i form af aflastningsmadras eller anden form for trykaflastning.

Nævnet lagde desuden vægt på, at der ved besøg af en fodterapeut blev observeret hælsår på begge hæle i slutningen af marts 2000, og at der derfor blev foreslået æggebakke-madras. Nævnet fandt, at hælsårene, som blev observeret af fodterapeuten i slutningen af marts 2000, måtte have været i udvikling i perioden forud herfor, og at afdelingssygeplejerske B burde have observeret disse. Endvidere fandt nævnet, at der straks ved genindlæggelsen i midten af marts 2000 burde have været iværksat trykaflastende foranstaltninger i form af trykaflastende madras, idet patienten var i stor risiko for at udvikle tryksår.

Endelig lagde nævnet vægt på, at der den 9. juli 2000 blev observeret et tryksår med ca. 5 cm dødt væg på højre balde, hvorfor nævnet vurderede, at det observerede tryksår måtte have været i

udvikling i perioden forud herfor. Nævnet fandt på den baggrund, at tryksåret burde have været observeret i forbindelse med den daglige pleje af afdelingssygeplejerske B.

Nævnet fandt herudover ikke grundlag for at kritisere de involverede læger for deres behandling af patienten på ortopædkirurgisk og anæstesiologisk afdeling, herunder fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere, at man ikke diagnosticerede lårbensbruddet med det samme.

Ved denne vurdering lagde nævnet vægt på, at røntgenbillederne, som blev optaget i forbindelse med primærtraumatet i begyndelsen af marts 2000, var af teknisk god kvalitet, og at røntgenbillederne ikke viste tegn på brud i venstre hofte.

Klage over manglende reaktion ved alarm fra patient

En 84-årig mand var i behandling med blodfortyndende medicin og havde fået konstateret svære tegn på iltmangel i hjertet (ischæmi). Patienten blev indlagt på medicinsk afdeling med brystmerter, og undersøgelser tydede på en blodprop i hjertet nogle dage tidligere. Den følgende dag blev der slået alarm for pludselig langsom hjerteaktion, og der var mistanke om ny blodprop.

Den 12. januar 2004 viste EKG påvirket hjertefunktion. Den 13. januar 2004 lød alarmen kl. 7.32, og sygeplejerske ankom på stuen, hvor hun ikke kunne se patienten, men skærmen viste, at der var hjerteaktion, og hun tolkede det som, at han var i bad eller på toilettet. Nogle minutter senere blev han af en social- og sundhedsassistent fundet liggende på gulvet uden puls eller vejtrækning. .

Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten

Nævnet fandt grundlag for at kritisere behandling af patienten og lagde herved vægt på, at sygeplejersken, da alarmen havde lydt, havde tilset patienten. Da patienten ikke lå sin seng, tolkede hun det som om, at han var i bad eller på toilettet, og hun foretog sig ikke yderligere. Ca. fem minutter senere blev patienten fundet af en anden social og sundhedsassistent liggende på gulvet mellem to senge uden puls eller vejtrækning.

Det var nævnets opfattelse, at en patient, når en alarm aktiveres, skal findes således, at man ved selvsyn kan konstatere årsagen til alarmen. Alle elektroniske systemer kan være fejlvisende, hvorfor det efter nævnets opfattelse ikke er tilstrækkeligt udelukkende at vurdere en patients tilstand ud fra en monitorskærm.

Klage over efterforløb i forbindelse med operation for nærsynethed

En 31-årig kvinde fik den 30. april 2001 foretaget en operation for nærsynethed. Den følgende dag blev der foretaget en kontrol, hvor der ikke blev konstateret noget unormalt. I de følgende to uger henvendte patienten sig flere gange til klinikken for at få undersøgt sit venstre øje, da hun havde tågesyn. Det var imidlertid ikke muligt at blive tilset af en øjenlæge, og sygeplejersken på klinikken undersøgte på et tidspunkt i denne periode patientens øjne og foreslog hende at dryppe øjnene med kunstig tårevæske ved siden af antibiotikum. Ved 14-dages kontrollen blev det konstateret, at patienten havde folder i hornhinden på venstre øje.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke undersøgte patienten tilstrækkeligt ved 1. dags kontrollen den 1. maj 2001, og at han derved overså folder i hornhinden på hendes venstre øje. Der blev videre klaget over, at patienten ikke blev behandlet for folder i hornhinden i perioden fra den 1. til

den 15. maj 2001, da hun flere gange rettede henvendelse til klinikken for at få undersøgt sit venstre øje.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken.

Nævnet lagde herved vægt på, at sygeplejersken ved patientens henvendelse til klinikken anbefalede hende at anvende kunstig tårevæske, som er klinikkens standardbehandling og som altid medgives ved operation.

Nævnet lagde til grund, at uanset at øjendråberne kan fås i håndkøb og normalt bliver udleveret på klinikken i umiddelbar forbindelse med operationen, så var der her tale om en særlig situation, hvor en patient nogle dage efter operationen henvendte sig på grund af problemer med øjnene. Nævnet har videre lagt til grund, at sygeplejersken ikke havde fået uddelegeret kompetence til at varetage en opfølgende kontrol postoperativt.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for hans journalføring af behandlingen af patienten den 1. maj 2001, idet han ikke havde noteret korrekt dato samt navn/initialer på sit journalnotat.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling af patienten ved 1. dags kontrollen.

Nævnet lagde herved vægt på, at øjenlægen ved 1. dags kontrollen anvendte 10-15 minutter på at undersøge patientens øjne i form af en måling af synsstyrken på hvert øje, en måling af brydningsstyrken på hvert øje samt en undersøgelse af hornhinden på hvert øje i spaltelampemikroskopet. Han fandt herefter tilstanden tilfredsstillende uden folder i hornhinderne (microfolds), og der blev aftalt ny kontrol to uger senere.

Nævnet oplyste, at mikrofolderne næsten altid dannes inden for det første døgn efter operationen, og de kan på dette tidspunkt nemt rettes. Undersøgelsen for mikrofolder sker ved hjælp af et spaltelampemikroskop, og denne undersøgelse kan udføres tilstrækkeligt på højst 3-4 minutter, og såfremt der er mikrofolder, kan de næsten ikke overses af en erfaren øjenlæge.

Det var nævnets vurdering, at det angivne tidsrum var tilstrækkeligt til at bedømme resultatet af operationen og opdage eventuelle komplikationer, herunder mikrofolder, idet en synsprøve og en måling af brydningsstyrken på begge øjne kan udføres på maksimalt 5 minutter, og det kun tager 6-8 minutter at foretage en grundig spaltelampeundersøgelse af begge øjne.

Klage over, at en sygeplejerske på en neurologisk afdeling for sent gav en sukkersygepatient oplysning om hans blodsukkerværdi

En 46-årig mand blev den 26. december 2003 indlagt på neurologisk afdeling på grund af mistanke om blodprop i hjernen/hjerneblødning. Han var sukkersygepatient og var på indlæggelsestidspunktet i behandling med insulin, som han fortsat skulle have under indlæggelsen.

Patienten administrerede selv sin indtagelse af insulin under indlæggelsen, idet personalet blot skulle informere ham om resultatet af blodsuktermålingerne.

Den 28. december 2003 kom blodsuktermålingerne fra laboratoriet senere end normalt. Proceduren på neurologisk afdeling var, at laboratoriet via printer skulle sende svar til afdelingen,

hvilket imidlertid ikke var sket i dette tilfælde. Den vagthavende sygeplejerske afventede derfor hjælp fra den koordinerende sygeplejerske til at hente svaret via sygehusets Edb-system (LABKA). Som følge heraf fik patienten først kl. 21.30 svaret på en blodsuktermåling foretaget kl. 14.

Den 30. december 2003 blev patienten udskrevet, idet der ikke var blevet fundet tegn på blodprop i hjernen.

Der blev klaget over, at den vagthavende sygeplejerske ikke behandlede patienten tilstrækkeligt for hans sukkersyge, idet hun for sent gav ham svar om, hvor meget insulin han skulle tage.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den vagthavende sygeplejerske eller afdelingssygeplejersken. Det var nævnets opfattelse, at den vagthavende sygeplejerske havde foretaget en relevant klinisk bedømmelse af patienten, og at det ikke var udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed, at hun ikke på baggrund heraf fandt anledning til at foretage sig yderlige for at fremskynde svarene fra laboratoriet. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om sygeplejersken havde tilegnet sig den kompetence at kunne gøre brug af LABKA Edb-systemet, inden hun gik i vagt alene. Nævnet fandt videre, at det havde været hensigtsmæssigt, om afdelingssygeplejersken havde sikret sig, at den vagthavende sygeplejersken besad kompetencen til at kunne gøre brug af LABKA Edb-systemet, inden hun gik i vagt alene.

Der var endvidere klaget over, at den udskrivende læge ikke sendte et udskrivningsbrev til patientens praktiserende læge, som skulle færdigbehandle ham. Nævnet fandt ikke grundlag for til kritik af afdelingens fremgangsmåde.

Klage over manglende diagnostik af bristning af hovedpulsåren.

En 48 årig mand fik den 12. august 2002 om aftenen jag i ryggen under samleje. Tidligt næste morgen blev han undersøgt på et sygehus af flere forskellige læger. Han blev behandlet med smertestillende medicin og sendt hjem. Den 14. august 2002 blev patienten undersøgt af en kiropraktor, som intet unormalt fandt ved undersøgelse af ryggen, men han havde mistanke om problemer med kranspulsåren, hvorfor han henviste ham til indlæggelse.

Den 15. august 2002 viste en CT- scanning en bristning af hovedpulsåren (aorta).

Der blev klaget over at patienten ikke modtog en korrekt behandling af de involverede læger.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger. Nævnet lagde blandt andet vægt på at lægerne ikke havde fundet symptomer på udvidelse af den store legemspulsåre.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere en sygeplejerske, idet nævnet fandt, at vedkommende ikke kontrollerede patientens blodtryk i løbet af natten den 15. august 2002.

Klage over pleje af ældre mand på en apopleksiafdeling

En 79-årig mand blev den 27. marts 2004 indlagt på apopleksi afdelingen på grund af talebesvær og nedsat kraft i højre arm. Dagen efter havde han besvær med sit høreapparat. Samme dag førte plejepersonalet ikke kostregnskab. Den følgende dag fik patienten kun 500 ml at drikke. I løbet af natten til den 30. marts 2004 faldt patienten ud af sin seng. Den følgende dag blev han overflyttet til en anden afdeling.

Der blev klaget over, at personalet ikke gav patienten en korrekt pleje i perioden fra den 27. til den 30. marts 2004. Det blev herved anført, at man fjernede sengehesten, så han faldt ud af sengen. Det er endvidere anført, at man ikke noterede i journalen, at han faldt ud af sengen eller bad en læge om at tilse ham efter faldet.

Nævnet fandt at sygeplejerske A havde overtrådt lov om sygeplejersker § 5, stk. 1 ved sin journalføring af plejen den 30. marts 2004. Nævnet fandt samtidig at sygeplejerske A ved sin pleje havde overholdt loven. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de øvrige sygeplejersker på apopleksi afdelingen for deres pleje af patienten i perioden fra den 27. til den 30. marts 2004.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersker har pligt til at journalføre forhold af væsentlig betydning for plejen eller behandlingen af patient. Det var nævnets opfattelse, at patientens fald i den konkrete situation måtte anses for et forhold af væsentlig betydning, hvorfor nævnet kritiserede sygeplejerske A for den manglende journalføring heraf. Nævnet fandt heller ikke at plejen havde været i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard i det konkrete tilfælde.

32 Tandlæger

Klage over at der ikke længere var indikation for tandreguleringsbehandling.

En 10-årig pige blev i september 1995 visiteret af specialtandlæge A i en kommunal tandpleje med henblik på, om der var indikation for tandreguleringsbehandling. Specialtandlæge A fandt, at der var et stort overbid og et dybt bid på fortænderne. Der var indikation for tandreguleringsbehandling med ekspansionsplade, som skulle bruges hele tiden, og der skulle skrues på den to gange om ugen.

I tiden fra januar 1996 til oktober 1999 var der 13 konsultationer om at dreje på skruerne og om mundhygiejne. I oktober 1999 journalførte specialtandlæge A, at der næppe var indikation for fortsat behandling på grund af manglende samarbejde. I september 2001 journalførte en nu afdød specialtandlæge, at der nu var tilbud om behandling, men at patienten ikke var motiveret. I oktober 2002 modtog den kommunale tandpleje et brev fra patientens mor om, at datteren var blevet undersøgt hos privat specialtandlæge, der havde udarbejdet et behandlingsforslag. Kommunen ville ikke yde økonomisk hjælp til en sådan behandling.

I december 2002 blev patienten undersøgt af specialtandlæge B i den kommunale tandpleje. Moderen var uforstående overfor den manglende motivation hos sin datter. Det blev aftalt, at eventuel behandling skulle drøftes efter jul. I marts 2003 skrev moderen til kommunen, at hun ikke ønskede sin datter behandlet på tandreguleringsklinikken.

Der blev klaget over, at specialtandlægerne skønnede, at der fra oktober 1999 ikke længere var indikation for tandreguleringsbehandling.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at specialtandlæge A undersøgte patienten som 10-årig med henblik på tandreguleringsbehandling. Undersøgelsen blev foretaget på et for behandlingen korrekt tidspunkt, og resultatet blev, at der kunne tilbydes reguleringsbehandling.

Behandlingen bestod af 3 faser, hvoraf kun den første blev iværksat, da patienten ikke kunne samarbejde omkring sit reguleringsapparat eller renholdelse af tænder. Der var i løbet af 18 måneder ikke opnået nogen behandlingseffekt, og forældrene var gennem hele behandlingsforløbet blevet oplyst om, at behandlingen ikke gik, som den skulle. Det var derfor korrekt, at afbryde behandlingen.

Patienten fik nogle år senere igen vurderet tandstillingen og motivation, og der blev fremsat behandlingstilbud. Det var korrekt igen at tilbyde behandling, da det ikke klart fremgik af journalen, at den oprindelige behandling reelt var afbrudt. Da patienten ønskede behandling hos privatpraktiserende tandlæge, fordi hun ønskede behandling med usynligt apparatur, var det korrekt, at specialtandlægerne i kommunen afslog henvisning til behandling i privat praksis, idet der forelå et ligeværdigt tilbud om tandregulering.

Klage over skøn om tandreguleringsbehandling med retentionsplade

En 8-årig dreng blev i december 1994 undersøgt af en specialtandlæge med henblik på tandreguleringsbehandling. Hun fandt, at tandstillingen skulle observeres. I foråret 1995 fandt specialtandlægen, at de blivende små fortænder i overkæben ikke var anlagt (2+2).

I marts 1997 drøftede specialtandlægen behandlingen med moderen. I 1998 blev det journalført, at moderen forventede, at 2+2 skulle erstattes af implantater.

I februar 2000 var der spredtstilling i fortandsområdet i overkæben, og anden mælkekindtand i overkæben var ikke skiftet.

I efteråret 2000 blev det journalført, at det formentlig blev nødvendigt at forbehandle tandstillingen med fast apparatur inden implantatbehandlingen. I maj 2001 fandt specialtandlægen, at der var behov for henvisning til amtstandpleje på passende tidspunkt. Rækkefølgen skulle være tandregulering, ætsbro og implantatbehandling.

I februar 2002 garanterede amtet, at man ville give tilskud til implantatbehandling af 2+2. Samtidig anmodede amtet om, at der snarest blev iværksat en pladsskabende tandregulering med tilhørende retention.

I juli 2003 skrev en overtandlæge til kommunen, at implantatbehandlingen først skulle finde sted, når drengen blev 22 – 23 år. I mellemtiden skulle der fremstilles to ætsbroer til erstatning af de blivende små fortænder, som kunne holde til drengen blev 22 – 23 år.

I august 2003 skrev kommunen til moderen, at kommunen kunne yde et tilskud på 5000 kr., såfremt man ønskede tænderne erstattet med ætsbroer indtil implantatbehandlingen.

Der blev klaget over, at specialtandlægen skønnede, at der kun var indikation for behandling med retentionsplade.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af specialtandlægen, men fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om specialtandlægen havde anbefalet indsættelse af to ætsbroer.

Nævnet lagde vægt på, at studiemodeller viste, at der i overkæbens tandbue var åbnet op til protetiske erstatninger for de manglende fortænder. Områdernes nabotænder var opstillet med sufficient rodhældning, og størrelsen af det vertikale overbid gav let adgang til senere isættelse af en plastretineret bro.

Nævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af journalen i 2001, at drengens reguleringsbehandling var færdiggjort som næsten 17-årig og af brev fra 2003 fra en over tandlæge til kommunen, at implantatbehandlingen først skulle finde sted, når drengen blev 22 – 23 år. Det ville sige om 5-6 år. Årsagen til denne usammenhængende timing af behandlingsdelene skyldtes vækstmæssige forhold.

33 Aktindsigt i helbredsoplysninger

Klage over læge og fysioterapeuts behandling af rygsmærter og håndtering af anmodning om aktindsigt

En 41-årig mand begyndte i september 2001 træning hos en fysioterapeut. Han havde siden midten af august 2001 haft rygsmærter strålende ned på bagsiden af venstre lår og ydersiden af underbenet til fodranden, ligesom der var føleforstyrrelser i underbenet og i den ydre fodrand. Trods behandlingen var der forværring i tilstanden med tiltagende smærter.

Den 31. oktober 2001 blev patienten undersøgt på en reumatologisk afdeling, hvor overlæge A fandt, at der ikke var behov for akut operation eller scanning, men henviste til en planlagt undersøgelse fire uger senere.

Den 22. november 2001 fandt overlæge B, at der var mistanke om tryk på nerverødderne ud fra 5. diskus i lænden på venstre side og henviste til en CT-scanning. Den 5. december 2001 viste CT-scanning en frembuling fra 4. og 5. diskus på venstre side, og det blev besluttet at foretage en supplerende MR-scanning, som fandt sted den 13. december 2001. Ved beskrivelsen af billederne blev der ikke fundet tegn på diskusprolaps.

Den 20. december 2001 aftalte overlæge B med en fysioterapeut og en sygeplejerske, at patienten blev indkaldt til videre instruktion snarest muligt. Endvidere indstillede overlægen samme dag til fornyet MR-scanning.

Den 14. januar 2002 undersøgte en fysioterapeut patienten og instruerede ham i stabiliserende øvelser samt øvelser med træning af ryggens og hoftens strækkemuskler. Den 22. januar 2002 ringede patienten til overlæge B og forklarede, at øvelserne forværrede smærterne. Det blev aftalt, at der skulle foretages en vurdering af fysioterapien ved en planlagt kontrol den 29. januar 2002. Ved den lejlighed meddelte patienten, at han ikke ønskede at fortsætte med strækøvelser og afbrød herefter kontakten med fysioterapien. Den 8. februar 2002 viste en ny MR-scanning ikke tegn på diskusprolaps.

Med brev af 20. februar 2002 skrev patienten til overlæge B og anmodede om aktindsigt i sin sygehusjournal.

Den 7. marts 2002 fandt overlæge B ikke tegn på rodtryk og henviste til træning i bassin. Den 18. marts 2002 fandt en speciallæge i neurokirurgi, at der ikke var tegn på påvirkning af nerverødderne i lænden, og at der ikke kunne anbefales operation.

Den 14. maj 2002 blev anmodningen om aktindsigt besvaret, idet en del af materialet blev fremsendt. Resten blev fremsendt den 22. maj 2002.

Den 9. juli 2002 gav en undersøgelse på en neurokirurgisk afdeling mistanke om en mindre prolaps med tryk på l. korsbensrod og eventuelt 5. lænderod, og der blev tilrådet operation.

Der blev klaget over, at patienten ikke den 31. oktober 2001 blev tilstrækkeligt undersøgt, herunder at man ikke henviste til yderligere undersøgelse som for eksempel en akut CT- og/eller MR-scanning, og der blev klaget over, at man ved en ambulant kontrol den 22. november 2001 ikke henviste til yderligere undersøgelse som for eksempel en akut CT- og/eller MR-scanning.

Der blev videre klaget over, at der ved de indledende undersøgelser på reumatologisk afdeling blev foretaget en forkert journalføring omkring karakteren og forløbet af patientens rygproblemer..

Der blev yderligere klaget over, at man ikke efter, at der var foretaget en CT-scanning den 3. december 2001, indstillede patienten til en akut MR-scanning. Endvidere blev der klaget over, at man ikke efter de foretagne MR-scanninger, henholdsvis den 18. december 2001 og den 8. februar 2002, henviste patienten til yderligere undersøgelser.

Der blev endvidere klaget over, at patienten ikke blev behandlet korrekt af den fysioterapeut, som den 14. januar 2002 sammensatte hans træningsprogram, og endelig blev der klaget over, at man ikke imødekom patientens anmodning om aktindsigt af 20. februar 2002 indenfor 10 dage.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge A for behandlingen den 31. oktober 2001, idet nævnet lagde vægt på, at overlægen optog relevant sygehistorie og objektiv undersøgelse, og idet mistanke om diskusprolaps i lænden ikke kræver akut behandling eller scanning, men derimod venten på, at tilstanden bedres. Akut scanning udføres udelukkende i forbindelse med overvejelse om akut operation, som igen kun kommer på tale, hvis der er lammelser af blære- og tarmfunktionen, fremadskridende lammelser af benene eller fuldstændig lammelse af en benmuskel, hvilket ikke var tilfældet hos patienten.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge A for hans journalføring af behandlingen den 31. oktober 2001, idet patienten havde oplyst, at smerterne var opstået i august 2001, og han blev undersøgt første gang den 31. oktober 2001, hvorfor han fik en behandling, der var i fuld overensstemmelse med de af ham selv anførte symptomer. Grænsen for at opfatte tilstanden som kronisk ligger et sted imellem 6 uger og 3 måneder. Nævnet lagde til grund, at der var tale om et forløb over mindst 2 måneder, og ved den efterfølgende konsultationen den 22. november 2001 havde smerterne stået på i mindst 3 måneder. Patienten havde således ikke akutte smerter på undersøgelsestidspunktet den 31. oktober 2001, men selve opståelsesmåden kunne udmærket have været akut. Nævnet fremhævede endvidere, at der ikke var noteret forhold i journalen, der talte imod, at smerterne var opstået akut i august 2001, og at det fremgik af journalnotatet den 31. oktober 2001, at patienten havde haft de aktuelle smerter siden august måned 2001.

Nævnet fandt derudover ikke grundlag for at kritisere overlægerne A og B for deres behandling af patienten i perioden fra den 31. oktober 2001 til den 7. marts 2002 på reumatologisk afdeling, idet der den 22. november 2001 blev foretaget relevant objektiv undersøgelse og relevant rekvireret CT-scanning og idet der ikke var objektive fund eller andre forhold, som pegede på, at en akut/subakut CT-scanning var påkrævet. Nævnet fandt endvidere, at der den 5. december 2001 ikke var indikation for en akut MR-scanning, da der ikke var tale om, at der skulle foretages en akut operation eftersom der ikke forelå objektive omstændigheder, der pegede på, at patientens tilstand kunne udvikle sig i retning af uoprettelige skader på blære- og tarmfunktionen eller nerverne i benet.

Nævnet fandt endvidere, at der ikke var grundlag for at henvise patienten til yderligere undersøgelser i februar og marts 2001, idet en MR-scanning den 8. februar 2001 viste, at der ikke var tegn på diskusprolaps, og idet undersøgelse den 7. marts 2002 viste, at der ikke var rodpåvirkning, men at patientens symptomer skyldtes degenerative forandringer i ryggen og nævnet fandt det relevant at der blev ordineret fortsat træning i bassin.

Herefter fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere en fysioterapeut for hendes behandling af patienten den 14. januar 2002, idet hendes behandlingsstrategi ud fra McKenzieundersøgelsesfundene samme dag sammenholdt med MR-scanningen udført i december 2001, hvorved der var beskrevet diskusdegenerativ sygdom i lænden og en midtstillet protusion ved 5. lændehvirvel uden sikker nervepåvirkning, var relevant og forsvarlig.

Nævnet fandt dog på baggrund af patientens længerevarende og socialtbelastende sygehistorie, herunder særligt smertemønstret i relation til bagudbøjning af ryggen, at det havde været hensigtsmæssigt, om fysioterapeuten havde foranstaltet en tidlig opfølgning eventuelt i form af telefonisk kontakt af hensyn til muligheden for at justere programmet. Nævnet fandt endvidere, at det havde været hensigtsmæssigt, om fysioterapeuten også umiddelbart efter undersøgelsen den 14. januar 2002 havde taget kontakt til patientens fysioterapeut i primærsektoren for at få større indsigt i patientens smertemønster og derved anledning til at drage tidlig omsorg for en negativ behandlingseffekt.

Endelig fandt nævnet grundlag for at kritisere overlæge B og den administrerende overlæge for deres håndtering af patientens anmodning om aktindsigt den 20. februar 2002, idet overlæge B ikke havde overholdt 10 dages fristen i lov om patienters retsstilling vedrørende imødekomme af aktindsigt. Nævnet fandt videre, at klinikchefens instruks til personalet om håndtering af anmodning om aktindsigt ikke var relevant, idet det af instruksen fremgik, at der ved en patients anmodning om aktindsigt alene skulle gives delvis aktindsigt, da kopi af blodprøver og de egentlige røntgensvar kun skulle medsendes, hvis patienten direkte havde anmodet om dette.

Klage over at praktiserende læge ikke imødekom anmodning om aktindsigt inden 10 dage

En 45-årig kvinde anmodede den 18. august 2004 skriftligt en praktiserende læge om aktindsigt i sin journal.

Den 25. august 2004 meddelte lægen skriftligt til patienten, at patienten i sit brev af 18. august 2004 ikke havde angivet, hvorledes hun ønskede at få aktindsigt.

Der blev klaget over, at lægen ikke havde imødekommet hendes anmodning om aktindsigt inden 10 dage.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læges håndtering den 25. august 2004 af patientens anmodning om aktindsigt af 18. august 2004 i sin journal.

Nævnet oplyste, at aktindsigt kan gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen mv. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi. Patienten har krav på at få kopi af journalindholdet, hvis dette ønskes. Der kan således ikke stiles krav om patientens personlige gennemsyn af journalen på stedet, selv om det findes betænkeligt at udlevere fotokopi til patienten af journalen uden lægelig vejledning.

Da aktindsigt således kan gennemføres på flere måder, og da patienten i sit brev af 18. august 2004 ikke specifikt havde anmodet om aktindsigt i sin journal i form af udlevering af kopi eller udskrift heraf, fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere, at lægen anmodede om at få oplyst, hvorledes patienten ønskede at få aktindsigt.

Det var dog nævnets opfattelse, at der ikke var tvivl om, at patienten ønskede aktindsigt. På den baggrund fandt nævnet, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægen i sit brev af 25. august 2004 havde tilkendegivet, at aktindsigten ville blive imødekommet i form af udlevering af kopi af journalen, såfremt patienten ikke inden en nærmere fastsat kortere frist havde angivet, hvorledes hun ønskede at modtage aktindsigt.

Klage over mangelfuld aktindsigt og over manglende behandling

En 38-årig kvinde havde i 1995 fået konstateret en kronisk hudsygdom, med små bylder i håndflader og fodsåler. Endvidere havde hun siden 1998 haft ledsmerter. I september 2000 blev hun undersøgt på reumatologisk afdeling, hvor det blev vurderet, at ledsygdommen havde sammenhæng med hudlidelsen, og der blev startet behandling med medicin.

Ved et kontrolbesøg hos lægen i januar 2001 bad patienten bl.a. om en sygemelding, da hun var bekymret for at skulle i aktivering. På grund af hendes gode respons på den medicinske behandling, anbefalede overlægen imidlertid, at hun forsøgte aktivering.

Ved kontrol i august 2002 oplyste kvinden, at hun havde haft flere ledgener de sidste måneder, og at hun endvidere havde aborteret i januar efter langvarig blødning. På grund af tiltagende lænderygsmarter, som strålede op i brystdelen af rygsøjlen, blev der taget en røntgenundersøgelse af lænderyggen og leddene ved korsbenet, som viste en let skævhed i lænden. Patientens blodprocent svingede mellem normal og lav i perioden fra januar til september 2002, og overlægen henviste hende til medicinsk afdeling med henblik på nærmere udredning og behandling. Patienten anmodede om aktindsigt to gange i oktober 2002, men hun fik ikke fuld aktindsigt.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev korrekt undersøgt og behandlet i perioden fra den 11. januar 2001 til den 21. november 2002. Der blev videre klaget over, at overlægen ikke fandt grundlag for at skrive en sygemelding den 11. januar 2001. Der blev desuden klaget over, at patientens anmodning om aktindsigt i første omgang ikke blev imødekommet, og at hun efterfølgende kun fik delvis aktindsigt.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen for hendes udfærdigelse af instruks vedr. behandling af anmodninger om aktindsigt. Nævnet lagde vægt på, at overlægen oplyste til sagen, at det af den mundtlige instruks vedrørende aktindsigt, der var gældende i oktober 2002, fremgik, at

medmindre en patient har bedt om kopi af blodprøver eller kopi af røntgenbeskrivelser bliver disse ikke medsendt ved fremsendelse af journalkopi. Nævnet oplyste hertil, at retten til aktindsigt omfatter alt materiale, som findes på journalen på tidspunktet for imødekommelsen af aktindsigten.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for hans behandling af patienten i perioden fra den 11. januar 2001 til den 21. november 2002. Nævnet lagde herved til grund, at overlægen iværksatte medicinsk behandling af hudlidelsen og regulerede denne, og at han desuden iværksatte yderligere udredning af rygsmerter og lav blodprocent.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for, at han ikke ville skrive en sygemelding til patienten i januar 2001. Nævnet lagde herved til grund, at det ved den ambulante kontrol den 11. januar 2001 blev konstateret, at behandlingen med Salazopyrin havde haft god effekt på ledsmerterne, og overlægen vurderede på denne baggrund, at sygemelding ikke var nødvendig på dette tidspunkt. Nævnet oplyste endvidere, at det er almindelig praksis at sygemelding foretages af egen læge, som har et mere detaljeret kendskab til patientens samlede situation.

Klage over manglende aktindsigt

En patient anmodede den 13. december 2003 sin læge om at få en kopi af sin journal, idet hun afleverede et brev i postkassen på hans adresse.

Da hun den 14. januar 2004 endnu ikke havde modtaget kopi af journalen, afleverede hun endnu et brev i hans postkasse med anmodning om kopi af sin journal og om at få oplyst grunden til, at hun ikke fik udleveret journalen.

Hun fik ikke svar på sine breve.

Der blev klaget over, at lægen ikke imødekom anmodningerne om aktindsigt i journalen.

Nævnet fandt, at lægen havde overtrådt lov om patienters retsstilling § 21, stk. 3, i forbindelse med patientens anmodninger om aktindsigt.

Lægen oplyste, at patientens breve var afleveret i en postkasse, som ikke tømmes regelmæssigt. Han havde derfor ikke modtaget brevene umiddelbart efter, at de var skrevet. Han udleverede normalt kopi af journalmaterialet i forbindelse med konsultationen, idet det gav ham lejlighed til at besvare de spørgsmål og klare de misforståelser, der måtte være. Han planlagde, at udlevere journalkopi i forbindelse med en af de forventelige kommende konsultationer.

Nævnet lagde vægt på, at det alene var lægens ansvar, at der ikke blev sendt et brev til patienten inden fristens udløb, da hun ikke kom i konsultationen efter modtagelsen af hendes anmodning om aktindsigt.

Nævnet fandt på denne baggrund, at lægen ikke havde besvaret patientens anmodning om aktindsigt inden 10 dage efter modtagelsen af hendes breve.

Klage over en praktiserende læges afslag på at udlevere kopi af journalen til en tidligere patient (henviste til ny læge)

En kvinde anmodede skriftligt sin tidligere praktiserende læge om aktindsigt i sin journal.

Lægen henviste skriftligt patienten til at rette henvendelse til sin nuværende læge, således at aktindsigten kunne ske gennem denne.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge afslog at give patienten aktindsigt i hendes journal i form af udlevering af kopi heraf.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den praktiserende læge for hans håndtering af patientens anmodning om aktindsigt.

Nævnet lagde herved vægt på, at det af lov om patienters retsstilling § 21, stk. 2, fremgår, at en anmodning om aktindsigt enten kan gennemføres ved, at patienten får adgang til at gennemse journalen på stedet eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi, såfremt patienten ønsker dette. Der kan således ikke stilles krav om, at aktindsigten skal ske gennem patientens egen læge.

Nævnet fandt på den baggrund, at den praktiserende læge havde været forpligtet til at udlevere kopi eller afskrift af journalen til patienten.

Klage over at anmodning om aktindsigt ikke blev besvaret inden 10 dage

En mand anmodede den 1. juli 2004 skriftligt en speciallæge i plastikkirurgi om aktindsigt i sin journal.

Den 5. juli 2004 meddelte speciallægen skriftligt patienten, at han ville modtage aktindsigt ved given lejlighed, men at der på grund af sommerferie i klinikken ville gå nogen tid, inden kopi af journalen kunne fremsendes. Den 14. august 2004 modtog patienten kopi af sin journal.

Der blev klaget over, at speciallægen ikke inden for 10 dage besvarede patientens anmodning om aktindsigt i sin journal.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægen for hans håndtering af patientens anmodning om aktindsigt.

Det var nævnets opfattelse, at speciallægen den 5. juli 2004 havde imødekommet patientens anmodning om aktindsigt. Nævnet oplyste i den forbindelse, at såfremt en sundhedsperson imødekommer en anmodning om aktindsigt, skal vedkommende enten straks udlevere det ønskede materiale eller tilkendegive et specifikt fastsat tidspunkt for, hvornår aktindsigten senest kan gennemføres. Speciallægen havde i sit brev af 5. juli 2004 meddelt patienten, at aktindsigten ville blive gennemført "ved given lejlighed", ligesom han bad om "tålmodighed med fremsendelse" på grund af sommerferie. Det var nævnets opfattelse, at en sådan vag og ubestemt tidsangivelse ikke opfylder kravet om tilkendegivelse et specifikt fastsat tidspunkt for, hvornår aktindsigt senest kan gennemføres.

Der blev tillige klaget over, at speciallægen opkrævede gebyr for at udlevere en kopi af patientens journal. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik heraf.

Klage over at fornyet anmodning om aktindsigt blev afslået

En 55-årig patient bad den 2. juni 2003 en medicinsk afdeling om fuld aktindsigt og anførte, at der var tildækket oplysninger i tidligere fremsendt journalmateriale.

Den 12. juni 2003 foranledigede den administrerende overlæge, at der blev fremsendt kopi af hele journalen, undtagen materiale som tidligere var tilsendt. I et følgebrev blev det anført, at der ikke var tildækket oplysninger i journalen.

Den 8. juli 2003 sendte patienten en e-mail til den medicinske afdeling, hvori han anførte, at han ikke havde modtaget fuld aktindsigt. Ved brev samme dag meddelte den administrerende overlæge, at journalen i sin helhed var blevet fremsendt, og såfremt patienten ønskede endnu en journalkopi, ville han blive afkrævet 10 kr. for første side og 1 kr. for hver påbegyndt efterfølgende side

Den 9. februar 2004 anmodede patienten igen den medicinske afdeling om aktindsigt i sin journal, herunder prøveresultater, breve, medicinrapport mv.

Ved afgørelse af den 11. februar 2004 fandt Patientklagenævnet ikke grundlag for, at patienten den 2. juni 2003 ikke skulle have modtaget fuld aktindsigt i sin journal på den medicinske afdeling.

Den 16. februar 2004 skrev den administrerende overlæge til patienten og henviste til Patientklagenævnets afgørelse af den 11. februar 2004. Den administrerende overlæge fastholdt i den forbindelse, at der var givet fuld aktindsigt, men oplyste, at der kunne fremsendes kopi af sygeplejekardex, såfremt der blev specifikt anmodet derom.

Den 2. marts 2004 skrev administrerende overlæge igen til patienten og meddelte, at kopi af journalen, som tidligere meddelt, kunne fremsendes mod et gebyr på 10 kr. for første side og 1 kr. for hver påbegyndt efterfølgende side.

Der blev klaget over, at den administrerende overlæge den 16. februar 2004 meddelte patienten afslag på ny anmodning af den 9. februar 2004 om aktindsigt i alt, hvad der forelå på hans journal, herunder prøveresultater, breve mv.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den administrerende overlæge.

Nævnet lagde vægt på, at overlæge den 16. februar 2004 ikke var berettiget til at meddele patienten afslag på fornyet aktindsigt med henvisning til, at der tidligere var givet fuld aktindsigt i journalen på den medicinske afdeling.

Nævnet bemærkede i den forbindelse, at det forhold, at den administrerende overlæge den 2. marts 2004 efterfølgende tilbød patienten fornyet fremsendelse af journalen mod betaling på 10 kr. for den første side og 1 kr. for hver påbegyndt side herefter, ikke ændrer ved, at det den 16. februar 2004 ikke var berettiget til at meddele patienten afslag på fornyet aktindsigt med henvisning til, at der tidligere var givet fuld aktindsigt i journalen på den medicinske afdeling.

Det kan videre udledes af § 1, stk. 1, jf. § 2 i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 482 af 1. juli 1998 om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter kapital 4 om aktindsigt i lov om patienters retsstilling, at en patient kan anmode om aktindsigt i det samme materiale flere gange, hvorfor en læge normalt ikke kan give afslag på aktindsigt med den begrundelse, at patienten tidligere har fået indsigt i det ønskede materiale.

Nævnet lagde desuden vægt på, at det ud fra ordlyden af patientens e-mail af den 9. februar 2004 til den medicinske afdeling, at det burde have stået klart for den administrerende overlæge at anmodningen om aktindsigt også omfattede sygeplejekardex.

Nævnet oplyste endelig, at det fremgår af Sundhedsministeriets vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger, at såfremt en patient anmoder om aktindsigt i en patientjournal på et sygehus, skal dette forstås som en anmodning om aktindsigt i den lægelige journal. Det skal således alene gives aktindsigt i sygeplejeoptegnelser, såfremt der specifikt er anmodet herom, idet relevante oplysninger fra disse optegnelser vedrørende undersøgelse, behandling med videre altid skal fremgå af patientjournalen ved overførelse til denne.

Klage over at en patients tidligere tandlæge afviste anmodning om aktindsigt med henvisning til, at patientens nuværende tandlæge havde det pågældende journalmateriale

Indtil den 1. december 2000 kom en da 48-årig kvinde i tandlæge A's klinik.

I juni 2002 skiftede patienten til ny tandlægeklinik, hvis ejere tidligere havde været tandlægeassistenter på tandlæge A's klinik.

Den 16. januar 2004 ringede patienten til tandlæge A's klinik og bad om aktindsigt i sin journal til brug for hendes nuværende tandlæge. Den 19. januar 2004 ringede tandlæge A til patienten og meddelte hende, at journalen ville blive fremsendt. Den 21. januar 2004 ringede tandlæge A igen til patienten og fortalte, at han alligevel ikke ville fremsende journalen til hende, fordi hendes nye tandlægeklinik allerede var besiddelse af en kopi af journalen.

Der blev bl.a. klaget over, at tandlæge A ikke imødekom patientens anmodning om aktindsigt fremsat ved telefonsamtale i januar 2004.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere tandlæge A.

Nævnet lagde vægt på, at tandlæge A den 21. januar 2004 ikke var berettiget til at afslå patientens anmodning om aktindsigt i sin journal ved at henvise til den nuværende tandlæge, da det ikke kunne anses for at have nogen betydning for imødekommelse af anmodningen om aktindsigt, at den nye tandlæge i allerede måtte være i besiddelse af journalmateriale vedrørende tidligere behandling hos tandlæge A.

Det fremgår videre af lov om patienters retsstilling § 21, stk. 2, at en anmodning om aktindsigt enten kan gennemføres ved, at patienten får adgang til at gennemse journalen på stedet eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi af journalen til patienten. Patienten har imidlertid krav på at få udleveret en afskrift eller kopi, såfremt patienten ønsker dette. Der kan således ikke stilles krav om, at aktindsigten skal ske gennem anden tandlæge, som måtte have samme journalmateriale.

34 Ansvarsfordeling

Klage over håndtering af patients indtagelse af blodfortyndende medicin i forbindelse med en planlagt operation

En 84-årig kvinde blev den 27. marts 2003 undersøgt af på ortopædkirurgisk afdeling, hvortil hun var henvist på grund af svær slidgigt i venstre knæ. Overlægen fandt indikation for operativ indsættelse af et kunstigt knæled (alloplastik). Patienten var i livslang antikoagulationsbehandling med blodfortyndende medicin (Marevan), og overlægen fastsatte, at hun skulle kontaktes en uge før indlæggelsen til operation for at sikre, at Marevan-behandlingen blev aftrappet.

Den 13. oktober 2003 meddelte patientens datter ortopædkirurgisk afdeling, at hun selv ville kontakte laboratoriet samme dag med henblik på ændring af Marevan-ordinationen. Samme dag kontaktede hun laboratoriet, hvor hun fortalte en lægesekretær, at hendes mor skulle indlægges og opereres den 29. oktober 2003, og det blev aftalt, at der skulle tages en blodprøve den 22. oktober 2003 med henblik på reduktion i patientens behandling med Marevan.

Den 22. oktober 2003 blev der imidlertid i det efterfølgende doseringsbrev fra laboratoriet, som var underskrevet af overlæge C, lagt plan for fortsat dosering af Marevan. I brevet stod der, at der skulle ske indlæggelse den 29. oktober 2003, men ikke at der skulle ske operation.

Ved indlæggelsen den 29. oktober 2003 blev en overlæge ved forundersøgelsen opmærksom på, at patienten ikke havde holdt pause med antikoagulationsbehandling forud for indlæggelsen. Patienten blev herefter udskrevet med henblik på genindlæggelse til operation hurtigst muligt.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget en korrekt håndtering af patientens indtagelse af blodfortyndende medicin i forbindelse med en planlagt operation i knæet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere en overlæge for hans behandling af patienten i perioden fra den 27. marts til den 13. oktober 2003 på ortopædkirurgisk afdeling. Nævnet lagde herved vægt på, at overlæge A på relevant vis tilrådede kontakt til patienten en uge forud for knæoperationen med henblik på justering af den medicinske behandling.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den administrerende overlæge fra laboratoriet, for hans instruks til afdelingens lægesekretærer vedrørende håndtering af oplysninger om planlagt operation for patienter i blodfortyndende behandling. Nævnet har herved lagt vægt på, at det fulgte af den dagældende instruks til lægesekretærfunktionen på laboratoriet, at der i en bestemt bakke i sekretariatet skulle lægges beskeder fra patienter, der havde ringet ind om et eller andet problem. Denne bakke skulle med jævne mellemrum tømmes til besvarelse af forespørgsler eller problemer. Det var nævnets opfattelse, at der ved patientens datters kontakt til laboratoriet således forelå en lægesekretærinstruks og en procedure, der på tilstrækkelig måde understøttede, at henvendelser fra patienter i blodfortyndende behandling vedrørende planlagte operationer blev videregivet til den relevante sundhedsperson, der i så fald skulle justere den blodfortyndende behandling. Nævnet fandt ikke, at der udtrykkeligt burde have været udarbejdet en instruks om, at der skulle foranlediges direkte kontakt mellem den pågældende type patienter og disse sundhedspersoner henset til karakteren af de pågældende oplysninger.

Endelig fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere en overlæge for hans behandling af patienten den 22. oktober 2003 på laboratoriet. Nævnet lagde herved vægt på, at overlægen på det

foreliggende grundlag kunne gå ud fra, at de faktuelle oplysninger om patientens viderebehandling var tilstrækkeligt præcist gengivet i det udprintede doseringsbrev, som han havde fået til underskrivelse.

Klage over forsinket rekvisition af coloskopi

En 54-årig kvinde blev den 8. august 2002 af egen læge indlagt på kirurgisk afdeling på grund af urinvejsproblemer de seneste 6 måneder, smerter i højre side af maven, træthed, vægttab og lav blodprocent. På baggrund af symptomerne blev patienten mistænkt for at have kræft og et udredningsprogram blev indledt. Den 9. august 2002 viste en gynækologisk undersøgelse normale forhold, men blodprocenten var meget lav. Den 3. september 2002 viste en CT-scanning af maveregionen en vægfortykkelse af tarmen ved overgangen mellem tyndtarm og tyktarm, og den undersøgende reservelæge henviste samme dag til en kikkertundersøgelse af tyktarmen

Den 24. oktober fik patienten foretaget en kikkertundersøgelse af tyktarmen, som viste kræft på det mistænkte sted. Den 4. november 2002 blev der foretaget en operation, og den 4. december 2002 viste en fornyet CT-scanning, at kræftknuden havde spredt sig til leveren. Den 30. august 2003 døde patienten af sin kræftsygdom.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev udredt akut for sine tiltagende smerter omkring området ved blindtarmen.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen på organkirurgisk afdeling for hans instruks til afdelingens lægesekretærer omkring håndteringen af henvisninger til koloskopiundersøgelser på baggrund af mistanke om cancer i tyk- og endetarm.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere en reservelæge på organkirurgisk afdeling for hans henvisning af patienten til en kikkertundersøgelse af tyktarmen.

Patientklagenævnet lagde herved vægt på, at den planlagte kikkertundersøgelse af tyktarmen først blev foretaget næsten to måneder senere. Reservelægen havde i sin udtalelse imidlertid anført, at han ikke stod for selve visiteringen af kikkertundersøgelsen og havde en forventning om, at undersøgelsen ville ske cirka 2 uger senere, da dette var afdelingens rutine.

Det blev i sagen endvidere oplyst, at reservelægens henvisning af 3. september 2002 først blev skrevet den 1. oktober 2002 på grund af en utilstrækkelig sekretærkapacitet på daværende tidspunkt. Da henvisningen blev skrevet, gik der yderligere 3 uger før kikkertundersøgelsen blev udført.

Patientklagenævnet oplyste, at patienter med blodmangel, vægttab og træthed må anses for havende en ondartet kræftsygdom, indtil andet er bevist. Den hyppigste lokalisation af denne kombination af symptomer vil være i højre side af tyktarmen. Undersøgellesprogrammet vil derfor specielt rette sig mod denne lokalitet og samtidig mod tilstedeværelsen af spredning. Der skal derfor foretages ultralydsundersøgelse/CT-scanning af bughulen og en kikkertundersøgelse af tyktarmen.

Patientklagenævnet var videre af den opfattelse, at hvis mistanken om en svulst er stor, så bør man prioritere undersøgelserne i forhold til andre patienter. Knap 2 måneder fra konstateringen af en mistænkt kræftsvulst i tyktarmen til en yderligere diagnostisk undersøgelse må almindeligvis anses for at være for lang tid.

Patientklagenævnet var herunder af den opfattelse, at der i det foreliggende tilfælde burde have været udført en fremskyndet koloskopi på grund af en bestyrket mistanke om højresidig tyktarmssvulst.

Patientklagenævnet fandt, at overlægen havde handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin instruks til afdelingens lægesekretærer omkring håndteringen af henvisninger til koloskopiundersøgelser på baggrund af mistanke om kræft. Nævnet fandt, at den ledende overlæge burde have foretaget tiltag til sikring af, at henvisninger til fremskyndet koloskopi, som i det pågældende tilfælde, kunne effektueres af afdelingens lægesekretærer.

Klage over manglende indkaldelse til fornyet cystoskopi

En 70-årig mand blev undersøgt på grund af en svulst i blæren, og svaret viste, at der var tale om kræft. På grund af det konstaterede blev det besluttet, at patienten skulle indkaldes til kontrol efter en 2 måneders periode. Denne indkaldelse blev imidlertid ikke sendt fra hospitalet, hvorfor patienten først i forbindelse med anden undersøgelse fik foretaget cystoskopi.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget cystoskopi.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de involverede læger, idet nævnet lagde vægt på, at patienten i brev blev meddelt, at han i den følgende måned skulle have gennemført undersøgelsen, som han ville blive indkaldt til i separat brev. Nævnet lagde til grund, at der i forbindelse med beslutningen om kontrolundersøgelse var blevet skrevet en indlæggelsessedel, som derefter var bortkommet. Det var ikke muligt at klarlægge, hvordan indlæggelsessedlen var blevet forlagt.

Klage over mislykket sterilisationsindgreb på mand

En 37-årig mand blev den 24. marts 2003 steriliseret af en speciallæge i kirurgi. Da der ved kontrolundersøgelse blev fundet levedygtige sædceller i sæden foretog speciallægen fornyet sterilisationsindgreb den 30. september 2003. Da der herefter fortsat var sædceller i sæden, foretog speciallægen et tredje sterilisationsindgreb den 29. januar 2004.

Under de to første operationer blev der foretaget frilægning af sædlederne på begge sider og afskæring af cirka 2 cm. Under den tredje operation blev ca. 3 cm afskåret.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med sterilisationerne den 24. marts og den 30. september 2003 samt den 29. januar 2004, herunder at den 29. januar 2004 blev foretaget på trods af, at patienten havde stærke smerter.

Nævnet fandt, at speciallægen havde overtrådt lægelovens § 6 ved sin behandling af patienten den 29. januar 2004. Nævnet fandt endvidere at det havde endvidere været hensigtsmæssigt, om speciallægen havde uddybet sit journalnotat den 29. januar 2004 for så vidt angår hans tvivl om bedøvelsens virkning.

Nævnet fandt endvidere, at speciallægen ikke havde overtrådt lægelovens § 6 ved sin øvrige behandling af patienten.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at indgrebene den 24. marts og den 30. september 2003 i henhold til operationsbeskrivelsen blev foretaget i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

Det var nævnets opfattelse, at indgrebet den 29. januar 2004, hvad operationsmetode angår var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, men da forekomst af levende sædceller i sæden efter gentaget sterilisation er så sjælden, burde speciallægen efter nævnets opfattelse have været henvist til vurdering i en urologisk specialafdeling.

Klage over manglende konstatering af et brud i halsrygsøjlen

En 59-årig mand henvendte sig på skadestuen, idet han var faldet ned af en trappe og havde slået ryggen og venstre tommelfinger. Det blev konstateret, at tommelfingeren var gået af led, og en røntgenundersøgelse af hals- og lænderyg viste umiddelbart intet abnormt. Patienten blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling på grund af smerter.

Ved røntgenkonference 2 dage senere blev der tilrådet, at der blev foretaget klinisk vurdering samt supplerende undersøgelser, da røntgenbillederne ikke var optimale. Dagen efter blev patienten udskrevet.

Cirka 14 dage senere blev det konstateret på neurologisk afdeling, at der var fremadglidning af 5. og 6. halshvirvel samt brud på facetled i venstre side af samme hvirvler.

Der blev klaget over, at patienten ved indlæggelse på ortopædkirurgisk afdeling ikke modtog en korrekt behandling, herunder at man ikke ud fra røntgenbillederne konstaterede brud, samt at patienten blev udskrevet for tidligt.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den læge fra ortopædkirurgisk afdeling, der var ansvarlig for røntgenkonferencen den 30. december 2002, idet oplysningerne fra røntgenkonferencen burde have været journalført, og vedkommende læge burde have foranlediget supplerende undersøgelser.

Nævnet lagde vægt på, at patienten ved ankomsten til skadestuen blev tilset af reservelæge B, der foretog en objektiv undersøgelse samt ordinerede røntgenundersøgelse af ryggen. På baggrund af røntgenundersøgelsen fandt reservelægen ikke umiddelbare tegn på brud i ryggen.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at røntgenbillederne 2 dage senere blev forelagt på en røntgenkonference, hvor det blev tilrådet, at der blev foretaget en klinisk revurdering samt foretaget supplerende røntgenundersøgelser, da røntgenbillederne var utilstrækkelige, idet 5., 6., og 7. halshvirvel ikke var fremstillet.

Det var nævnets opfattelse, at oplysningen om, at røntgenbillederne taget den 28. december 2002 ikke var tilstrækkelige, og at der blev tilrådet supplerende undersøgelser burde have været journalført, og der burde være foretaget yderligere objektiv undersøgelse. I betragtning af, at der beskrives mange smerter i ryggen, burde der efter nævnets opfattelse være foretaget supplerende CT-scanning af nakken, da man ikke kunne udelukke skeletskade på de konventionelle røntgenbilleder.

Klage over forsinket diagnosticering af kræft i underlivet samt i tyktarmen

En 42-årig henvendte sig til egen læge primo september 2003 med klager over uregelmæssig menstruation og at maven var meget stor. Da menstruationen var pågående, fik patienten besked på at henvende sig igen, når blødningen var holdt op. Patienten kom først igen mere end 1 ½ måned

senere, hvor egen læge undersøgte patienten. På stærk mistanke om kræft i æggestokken, foranledigede egen læge patienten indlagt på sygehuset.

På sygehuset fandtes en stor udfyldning i nederste del af maven. Ved operation fandt man en kræftsvulst på 50 x 30 x 30 cm udgående fra højre æggestok. Der blev iværksat kemoterapibehandling. 3 måneder efter operationen på gynækologisk afdeling fik patienten tillige diagnosticeret primær kræft i endetarm/tyktarm med spredning til leveren.

Der er klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling hos egen læge, og at patienten ikke modtog en korrekt behandling på gynækologisk afdeling, idet man ikke opdagede, at der også var kræft i endetarm/tyktarm.

Nævnet fandt, at ingen af de involverede læger, hverken egen læge eller de læger, der var involveret i behandlingen på gynækologisk afdeling, havde overtrådt lægelovens § 6.

Nævnet lagde vægt på, at egen læge ved den første henvendelse primo september 2003 opfordrede patienten til at henvende sig, så snart menstruationen var overstået med henblik på en gynækologisk undersøgelse. Egen læge henviste desuden til blodprøvetagning, inklusiv blodprøve for kræftsygdom.

Der er videre lagt vægt på, at egen læge ved patientens anden henvendelse 1 ½ måned senere foretog relevant undersøgelse og på mistanke om ondartet lidelse i underlivet sørgede for, at patienten blev hurtigt indlagt på sygehuset.

For så vidt angår de læger, der var involveret i behandlingen på gynækologisk afdeling, lagde nævnet vægt på, at man foretog undersøgelse og operation af patienten, hvorved man diagnosticerede en meget stor ondartet svulst udgående fra højre æggestok. Der er videre lagt vægt på, at man også var opmærksom på, at der tillige kunne være en sygelig tilstand i tarmen, både før og under operationen for underlivskræft, men at dette ikke kunne diagnosticeres med det samme.

Nævnet lagde vægt på, at symptomerne på kræften i æggestokken virkede stærkt slørende på symptomerne fra tyktarmskræften.

Klage over manglende diagnosticering af ledskred i højre skulder sammen med brud

En 42-årig kvinde faldt og slog højre skulder ultimo maj 2003. I skadestuen behandlede man med armslynge og smertestillende medicin. Det blev i skadestuen konkluderet, at der var tale om et brud af overarmsknoglen, men ikke ledskred. Patienten fik besked på at henvende sig en uge senere på sygehuset i det amt, hvor hun var hjemmeboende. Her blev patienten den 6. juni 2003 undersøgt af en afdelingslæge med kontrolrøntgen, og det blev ikke erkendt, at der ud over bruddet var et ledskred. Ved morgenkonferencen blev der imidlertid rettet mistanke herom, og en CT-scanning bekræftede, at der var et ledskred i skulderen. Patienten blev efterfølgende opereret den 23. juni 2003, en lille måned efter primærtraumet.

Der er klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling, hverken i skadestuen eller på ortopædkirurgisk afdeling, idet man ingen af stederne med det samme opdagede, at der var et ledskred i skulderen.

Nævnet fandt grundlag for kritik af de læger, der var involveret i behandlingen i skadestuen samt på ortopædkirurgisk afdeling den 6. juni 2003. Herudover fandt nævnet grundlag for kritik af den

administrerende overlæge på ortopædkirurgisk afdeling på det primære behandlingssted hans manglende udfærdigelse af instruks for funktioner af lægestuderende.

Nævnet lagde vægt på, at røntgenbillederne blev konfereret med en 1. reservelæge i skadestuen, og at røntgenbillederne var af en så dårlig kvalitet, at man ikke kunne udelukke ledscred. Nævnet fandt, at 1. reservelægen burde have sikret, at der blev foretaget supplerende billeddiagnostiske undersøgelser af skulderen.

Nævnet lagde desuden vægt på, at der ikke var udfærdiget en specifik instruks for funktioner af lægestuderende for afdelingen, idet det var en lægestuderende, der undersøgte patienten i skadestuen. Nævnet skal bemærke, at medicinstuderende og andre, der benyttes som medhjælp af sundhedspersoner, ikke er omfattet af Patientklagenævnets kompetence.

For så vidt angår behandlingen den 6. juni 2003 lagde nævnet vægt på, at der blev taget fornyede røntgenbilleder af skulderen denne dag, og at de billeddiagnostiske tegn på ledscred her var så åbenlyse og entydige, at diagnosen heraf burde kunne stilles af vedkommende afdelingslæge selvstændigt.

Klage over praktiserende læge og læger og sygeplejerske på sygehus i forbindelse med kræftsygdom, herunder over ordination af smertestillende medicin af sygeplejerske

En 54-årig mand henvendte sig til praktiserende læge på grund af mavesmerter og blev sat i behandling for en syrebetinget lidelse. Behandlingen viste sig i løbet af en periode ikke at have nogen effekt. Han blev på den baggrund henvist til kiikkertundersøgelse og ultralydsundersøgelse af bughulen. Patienten fik cirka to uger efter voldsomme mavesmerter og blev indlagt. Her fik han tre dage senere konstateret kræft i bugspytkirtlen, der havde bredt sig til lever og lunger. Patienten blev efterfølgende henvist til behandling på en smerteklinik og udskrevet fra hospitalet. Det blev efter udskrivelsen konstateret, at der ikke var tale om kræft i bugspytkirtlen men om en ondartet kræftform, der kan opstå i mave-tarmkanalen og i lungerne. Patienten fortsatte i behandling på smerteklinikken, hvor han flere gange fik ordineret medicin af en afdelingssygeplejerske over telefonen. Han fik nogle gange i den følgende periode hjemmebesøg af sine praktiserende læger. Patienten afgik efterfølgende ved døden.

Der blev klaget over, at de praktiserende læger ikke konstaterede, at der ikke var tale om mavesår ved to konsultationer. Der blev ligeledes klaget over, at de ikke tilså patienten ofte nok efter udskrivelsen fra hospitalet.. Der blev endvidere klaget over, at lægerne under indlæggelsen ikke informerede patienten i tilstrækkeligt omfang i forbindelse med, at han fik konstateret kræft. Endelig blev der klaget over, at patienten flere gange fik ordineret medicin over telefonen af en sygeplejerske fra smerteklinikken.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at den praktiserende læge ikke havde konstateret, at der ikke var tale om mavesår ved to konsultationer. Nævnet lagde vægt på, at patientens symptomer var kommet gradvist og snigende, og at han således ikke havde frembudt nogen symptomer ved de to konsultationer, der burde have givet lægen anledning til at mistænke en alvorlig sygdom.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at den praktiserende læge ikke havde tilset patienten ofte nok efter udskrivelsen fra hospitalet. Nævnet lagde herved vægt på, at der ikke består en pligt for praktiserende læger til at tage kontakt med en patient uden forudgående henvendelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den overlæge, der informerede patienten om, at han havde kræft. Nævnet lagde vægt på, at overlægen informerede om resultaterne af de foretagne undersøgelser, den formodede diagnose, behandlingsmuligheder samt sin vurdering af diagnosen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen og sygeplejersken på smerteklinikken. Nævnet lagde vægt på, at overlægen havde delegeret sin ordinationsret til sygeplejersken, som to gange om ugen forelagde sine ordinationer for ham.

Klage over, at en assisterende person ved kejsersnit ikke havde en lægefaglig baggrund

En 27-årig andengangsføddende fik foretaget et akut kejsersnit på grund af truende iltmangel hos barnet. En folkesundhedsvidenskabsstuderende deltog under kejsersnittet. Efter fødslen fik patienten ikke en samtale med operatøren, men alene med en jordemoder.

Der blev klaget over, at den person, der assisterede ved kejsersnittet ikke havde en lægefaglig baggrund, og at operatøren ikke tilså eller afholdt samtale med patienten efter kejsersnittet.

Nævnet fandt, at den pågældende overlæge på afdelingen ikke handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved at uddelegere ansvaret for anvendelse af en folkesundhedsvidenskabsstuderende til operatøren.

Nævnet fandt endvidere, at operatøren handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ved at lade en folkesundhedsvidenskabsstuderende assistere under kejsersnittet.

Nævnet lagde vægt på, at det pågældende sygehus er en universitetsafdeling og derfor har pligt til at modtage og undervise mange typer studerende. I forbindelse hermed var der instruks for den pågældende gynækologiske/obstetriske afdeling om, at den studerende blev instrueret i steril vask samt instrueret i at iagttage andre forholdsregler i forbindelse med deltagelse i en operation. Den folkesundhedsvidenskabsstuderende blev således nøje instrueret af operatøren og operationssygeplejersken med hensyn til vask, aftørring – og afspritning af hænder, iklædning af sterile klæder samt position ved operationslejet.

Der blev videre lagt vægt på, at den folkesundhedsvidenskabsstuderende alene assisterede ved at holde et spekel samt klippe suturer i forbindelse med syningen af åbningen i livmoderen og bugvæggen. Resten af operationen blev varetaget af den erfarne operatør.

Endelig fandt nævnet, at operatøren ikke handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved ikke at tilse og afholde samtale med patienten efter operationen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten efter kejsersnittet blev tilset af en læge, ligesom der blev afholdt barselsbesøg af en jordemoder og udskrivningssamtale med en læge. Nævnet lagde således vægt på, at samtale og tilsyn nok ikke blev afholdt ved operatøren, men dog varetaget af andre relevante sundhedspersoner på afdelingen.

35 Identifikation og mærkning

Klage over forbytning af morfin og Panodil ved smertebehandling af nyfødt

En nyfødt pige var efter fødslen indlagt til behandling på grund af, at hun var født 7 uger for tidligt. En sygeplejerske tilkaldte lægeligt tilsyn med henblik på smertebehandling, idet hun mente, at den nyfødte havde koliksmærter. En læge ordinerede behandling med 20 mg Panodil som stikpille, men sygeplejersken indgav fejlagtigt 20 mg morfin som stikpille. Den nyfødte fik efterfølgende hjertestop og lå i respirator i to døgn.

Der blev klaget over, at sygeplejersken indgav 20 mg morfin i stedet for 20 mg Panodil

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere den sygeplejerske, der indgav 20 mg morfin i stedet for 20 mg Panodil. Nævnet fandt endvidere grundlag for at indskærpe over for sygeplejersken at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet lagde vægt på, at det af hensyn til patientsikkerheden er afgørende, at der i forbindelse med medicingivning m.v. foretages den rette identifikation af patient og præparat og dosis, herunder udregning af dosis.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den læge, der havde ordineret behandling med 20 mg Panodil. Nævnet lagde vægt på, at 20 mg Panodil som stikpille måtte anses for den korrekte dosis til et barn på den nyfødtes størrelse.

Klage over glemt serviet i bughulen

En 54-årig mand blev den 24. juni 2003 indlagt på kirurgisk afdeling på et sygehus til operation for kræft i endetarmen. Operationen blev foretaget den 25. juni 2003 af overlæge K, som fjernede en knude og fremlagde tyndtarmen gennem bugvæggen. Sygeplejerske B og sygeplejerske A assisterede begge ved operationen. I dagene efter operationen blev patienten undersøgt af forskellige læger, som blandt andet fandt upåfaldende forhold vedrørende maven, og forskellig størrelse væskeoverskud.

Den 3. juli 2003 fandt man ved en reoperation blandt andet diffus bughindebetændelse. Ved optælling af operationsservietterne viste det sig, at man havde 1 serviet mere end lagt frem. Den opererende overlæge K konkluderede, at denne serviet måtte have været efterladt fra primæroperationen den 25. juni 2003.

Ved slutningen af operationen faldt blodtrykket, og postoperativt, hvor patienten blev behandlet i respirator, var blodtrykket fortsat lavt trods intensiv medicinsk behandling. Patienten afgik ved døden den 3. juli 2003 kl. 20.12.

Der blev klaget over, at operationen den 25. juni 2003 ikke blev foretaget korrekt, idet der blev efterladt en serviet i bughulen, og at patienten ikke modtog en tilstrækkelig undersøgelse og behandling efter operationen i perioden fra den 25. juni til den 3. juli 2003.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere både sygeplejerske A og sygeplejerske B, idet både sygeplejerske A og sygeplejerske B handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved deres optælling af servietter i forbindelse med operationen den 25. juni 2003, idet der blev glemt en serviet, og de havde begge ifølge instruksens på afdelingen ansvaret herfor.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger fra kirurgisk afdeling, der var involveret i behandlingen af patienten i perioden fra den 25. juni til den 3. juli 2003.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at symptomerne på svigtende blodforsyning til et tarmstykke kan være beskedne, og specielt i perioden efter en større operation i bughulen, kan det vare dage før en sådan komplikation erkendes. Ifølge det oplyste i journalen, fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere, at de involverede læger ikke på et tidligere tidspunkt mistænkte denne komplikation.

Klage over fejlmedicinering samt manglende information om følger heraf

En 45-årig kvinde mødte til behandling med kemoterapi for højresidig brystkræft. Patienten fik kvalmestillende medicin forud for påbegyndelsen af behandlingen. Behandlingen medførte, at patienten blev urolig og rastløs. En læge ordinerede injektion af bivirkningsmedicinen Akineton 1 mg i blodåren, men den sygeplejerske, der skulle give medicinen, gav fejlagtigt 5 mg Akineton. Patienten blev umiddelbart efter indgiften bleg, klamtsvedende og fik hurtig puls. Sygeplejersken opdagede efter drøftelse med kolleger fejlen samme eftermiddag og noterede den i journalen og informerede patienten og en overlæge på afdelingen.

Der blev klaget over, at sygeplejersken fejlagtigt havde givet 5 mg Akineton i stedet for 1 mg Akineton. Der blev endvidere klaget over, at patienten ikke blev tilstrækkeligt informeret om de mulige følger af fejlmedicineringen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den sygeplejerske, der indgav Akineton. Nævnet fandt endvidere grundlag for at indskærpe over for sygeplejersken at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det af hensyn til patientsikkerheden er afgørende, at der i forbindelse med medicingivning m.v. foretages den rette identifikation af patient og præparat og dosis, herunder udregning af dosis. Nævnet lagde endvidere vægt på, at sygeplejersken efter at have iagttaget patientens reaktion på Akineton drøftede sagen med sine kolleger med henblik på at afklare, hvad reaktionen skyldtes. Nævnet lagde ligeledes vægt på, at sygeplejersken, efter at have konstateret fejlmedicineringen af patienten, gjorde det fornødne, idet hun anførte det passerede i journalen og informerede en overlæge på afdelingen og informerede patienten.

Klage over fejlmedicinering og manglende journalføring

En 81-årig kvinde blev indlagt på thoraxkirurgisk afdeling til sammenklæbning af lungehinderne (pleurodese) for at vanskeliggøre væskeansamling i brysthulen efter fjernelse af ondartet svulst fra området omkring højre skulderblad.

2 dage efter indlæggelsen ordinerede en overlæge pleurodesebehandling efter afdelingens instruks, hvortil der skulle ske indsprøjtning af præparatet Dumocyklin. Reservelæge A påbegyndte imidlertid behandling med Streptase i drænet i stedet for Dumocyklin.

Dagen efter noterede 1. reservelæge C i journalen, at der var blevet behandlet med Streptokinase i løbet af det sidste døgn, og at der eventuelt skulle startes behandling med Dumocyklin senere.

En uge senere tilså 1. reservelæge C patienten, hvor fejlbehandlingen ikke blev omtalt. Efterfølgende blev 1. reservelæge C opmærksom på, at familien ikke var informeret om fejlbehandling, og 1. reservelæge C informerede herom.

Der blev klaget over, at patienten fik Streptase i stedet for Dumocyklin, samt at hun ikke blev informeret om fejlmedicineringen før 14 dage senere. Endvidere blev der klaget over, at journalføringen var mangelfuld, idet det ikke fremgik hvilken person, der gav pleurodesebehandlingen, samt at det af journalen fejlagtigt fremgik, at patienten i et døgn havde fået Streptase.

Endelig blev der klaget over, at patienten fik Prednisolon uden, at dette var ordineret, samt at Solu-Cortef i journalen blev anført som daglig ordination på trods af, at præparatet var ordineret som éngangsdosis.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere reservelæge A og lagde vægt på, at lægen burde have sikret sig, at han gav den korrekte behandling med det rette medikament

Endvidere fandt nævnet, at reservelæge A burde i journalen have noteret, at han havde givet Steptasebehandling, idet det alene i et plejenotat var noteret, hvilken behandling der var givet, samt hvilken virkning det havde haft. Reservelæge A havde således ikke journalført i overensstemmelse med reglerne herom.

Vedrørende information om fejlbehandlingen lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at den afsnitsansvarlige overlæge B havde tilset patienten på 2., 3, og 5 dagen efter fejlbehandlingen, og nævnet fandt, at overlæge B burde have informeret patienten om fejlbehandlingen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere 1. reservelæge C's information, idet der burde være blevet informeret om fejlbehandlingen

Endvidere lagde nævnet vægt på, at 1. reservelæge C efterfølgende informerede patienten og de pårørende om prognosen og behandlingstiltag, men ikke fejlbehandlingen.

Det var nævnets opfattelse, at inden en samtale med og information af patient og pårørende er det i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at lægen orienterer sig om, hvilke informationer der er givet under det aktuelle sygeforløb. Ansvar for afgivelsen af den relevante information påhviler i kærpert grad den læge, som tager en planlagt samtale med patient og pårørende

Nævnet fandt, at uanset, at der fortsat var tale om behandling med binyrebarkhormon, burde overlæge B have noteret ordinationen af Prednisolon i journalen, idet såvel præparat som administrationsmåde blev ændret. Herudover burde det af journalen fremgå indikationen for den ændrede ordination.

For så vidt angik klagen over, at patienten fik Prednisolon uden, at dette var ordineret, samt at Solu-Cortef i journalen blev anført som daglig ordination på trods af, at præparatet var ordineret som éngangsdosis, lagde nævnet vægt på, at 1. reservelæge D den havde ordineret Solu-Cortef 100 mg 2 ml x 1 hver dag i årene, og at overlæge B 2 dage senere seponerede behandlingen. Dette fremgik imidlertid ikke af journalen.

36 Information og samtykke

Klage over manglende information om sæddeponering

En 27-årig mand fik diagnosticeret kræft med ukendt primærtumor med mange metastaser, der blandt andet nødvendiggjorde kemobehandling. Patienten fik forud for behandlingen information om konsekvensen af bestråling af testiklerne, men blev ikke orienteret om mulighed for sæddeponering. Patienten døde kort tid efter behandlingen.

Der blev blandt andet klaget over informationen forud for behandlingen.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen for den givne information, men fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, at patienten forud for behandlingen var orienteret om muligheden for sæddeponering. Nævnet lagde derved vægt på, at patienter med lymfe- eller testikelkræft tilbydes sæddeponering.

Klage over vægtøgning i forbindelse med behandling med antidepressivt præparat.

En 25-årig kvinde henvendte sig til sin praktiserende læge, idet hun havde søvnproblemer. Lægen ordinerede Tolvon, som er et antidepressivt præparat med betydelig søvnfremmende virkning. Patienten tog 14 kg på cirka 4 uger.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev informeret om, at medicinen kunne medføre vægtproblemer.

Nævnet fandt, at lægen havde informeret i overensstemmelse med lov om patienters retsstilling. Vægtøgning i betydelig omfang indgår ikke i præparatets bivirkningsprofil.

Klage over behandling for hjernesvulst og klage over for meget information

En 68-årig mand blev den 17. november 2003 indlagt via vagtlægen på grund af feber og konfusion. Ved indlæggelsen fandtes patienten ikke orienteret i tid, sted og egne data. Patienten var endvidere akut medtaget og anspændt med feber på 39,3 grader. Ved indlæggelsen blev der ved en stetoskopi fundet tegn til lungebetændelse, og der blev senere samme dag iværksat behandling herfor.

Den 18. november 2003 fik patienten ordineret yderligere undersøgelser med henblik på udredning af infektion og en hjertesygdom, der var konstateret ved en tidligere indlæggelse. Den 20. november 2003 blev patienten udskrevet, idet han var velbefindende og ikke havde feber.

Der blev af ægtefællen klaget over, at lægerne ved indlæggelsen af patienten ikke fandt indikation for at foretage en CT-scanning. Der blev endvidere klaget over, at en overlæge oplyste patienten om hans sygdom på trods af, at patienten havde frabedt sig information herom.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandlingen af patienten i perioden fra den 17. til den 20. november 2003.

Nævnet kunne oplyse, at der i forbindelse med sygdomsudløst feber, herunder lungebetændelse, undertiden ses akut udløst forvirringstilstande med kompromitteret hukommelse og desorientering. I den forbindelse er det vigtigt at udelukke infektion i centralnervesystemet (meningitis), hvilket lægerne i dette tilfælde udelukkede ved at konstatere, at patienten ikke var nakke- og rygstiv.

Normalt forsvinder forvirringstilstanden, når temperaturen under antibiotikabehandlingen normaliseres. Det er ikke almindelig lægefaglig praksis at gennemføre en CT-scanning af hjernen, hvis den akut udløste forvirringstilstand forsvinder under behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at der i behandlingsforløbet blev fundet objektive tegn på lungebetændelse, og der blev iværksatte relevant behandling med penicillin gennem venen (intravenøst). Der blev endvidere taget relevante blodprøver, og der blev bestilt et røntgenbillede af lungerne.

Der blev endvidere ikke fundet direkte tegn på sygdom i hjernen (ingen neurologiske udfald), hvorfor der ikke blev fundet grundlag for at fremskynde den planlagte CT-scanning.

For så vidt angår klagen over informationen, fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere overlægen for hans information af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at patienten sammen med sin ægtefælle og 2 børn blev informeret af overlægen om svulsten og mulig behandling med stråleterapi.

Nævnet lagde til grund, at overlægen informerede om at strålebehandling sandsynligvis kunne give 3-6 måneder yderligere overlevelse og et langt mildere forløb af en i øvrigt dødelig sygdom.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen i sin udtalelse havde anført, at han kun besvarede de spørgsmål, som han fik stillet, og at han på patientens direkte forespørgsel oplyste, at patienten havde en dødelig sygdom.

Nævnet kunne i den forbindelse oplyse, at det af lov om patienters retsstilling § 6, stk. 1 følger, at ingen behandling må indledes eller fortsætte uden patientens informerede samtykke.

Nævnet kunne endvidere oplyse, at det af lov om patienters retsstilling § 7, stk. 2, jf. § 7, stk. 1 fremgår, at en patient har ret til at frabede sig information om sin helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder om risikoen for komplikationer og bivirkninger.

Nævnet var af den opfattelse, at ved en informationssamtale, hvor det drejer sig om en alvorlig og sandsynligvis dødelig sygdom, vil samtaleforløbet være uforudsigeligt. Uanset hvad patienten og eventuelt pårørende har frabedt sig information om på hypotetisk basis forud for operationen, vil samtalen nødvendigvis skulle forløbe på patientens og de pårørendes præmisser, da forholdet fra at være hypotetisk nu er spørgsmål, blevet konkret. En sådan samtale kræver skønsomhed fra lægen, patienten og de pårørende med hensyn til alene at formulere som man ønsker svar på.

Nævnet var endvidere af den opfattelse, at uanset at patienten den 29. december 2003 havde frabedt sig information om en mulig uhelbredelig hjernesvulst, var overlæge A den 9. januar 2004 forpligtet til at svare på patientens direkte spørgsmål om sygdommens art, idet det direkte spørgsmål måtte opfattes som, at patienten tilbagekaldte sin ret til ikke at få viden om sin sygdom.

Klage over manglende information om arvævsdannelse efter operation for diskusprolaps

En 41-årig mand havde fået konstateret en diskusprolaps, der var blevet forsøgt behandlet konservativt. Der blev på sygehuset fundet indikation for at foretage en operation for diskusprolaps i lænderegionen. En overlæge informerede patienten om operationsmetoden samt mulige

komplikationer, hvorefter patienten accepterede indgrebet. Der var umiddelbart et godt resultat af operationen.

3 måneder senere henvendte patienten sig imidlertid igen på sygehuset på grund af sovende fornemmelser og smerter i ryggen og ud i benene. En efterfølgende MR-scanning viste en del arvæv.

Der blev klaget over, at lægerne ikke informerede patienten om risikoen for arvævsdannelse i operationssåret efter operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den givne information.

Nævnet lagde herved vægt på, at patienten forud for operationen var blevet informeret om komplikationer i form af risiko for sårinfektion, betændelse i bruskskiven, fornyet prolaps, operation på forkert højde, læsion af hinden omkring lændens nerver samt kvæstelser af nerveroden.

For så vidt angår risikoen for arvævsdannelse oplyste nævnet, at dette ikke er en komplikation særligt relateret til operationer for diskusprolaps, men er derimod en følge af, at der bliver foretaget et kirurgisk indgreb. Det er ikke en tilstand, som man på forhånd kan udtale sig om, da det varierer meget fra patient til patient, hvor meget arvæv de danner efter et operativt indgreb.

Nævnet var af den opfattelse, at risikoen for udviklingen af arvæv efter en operation for diskusprolaps ikke er en komplikation, der bør informeres om forud for operationen.

Klage over operation med indsættelse af brystimplantater (efter fjernelse af gamle proteser) og over manglende information

En 59-årig kvinde fik i januar 2001 hos en speciallæge i plastikkirurgi fjernet begge sine gamle brystimplantater, og man aftalte implantation af nye proteser 1½ måned senere. Patienten valgte størrelsen på implantaterne. I april 2001 ilagde speciallægen to brystproteser. 5 dage senere henvendte patienten sig til speciallægen, idet hun mente, at højre protese sad højere end venstre. Man enedes om at sænke højre protese nogle cm, og i oktober 2001 blev protesen skubbet 3 cm ned.

I marts 2002 konstaterede speciallægen, at højre bryst var en anelse mindre end venstre, på trods af protesens større rumfang.

Der blev klaget over, at speciallægen ikke var tilstrækkelig omhyggelig ved operationerne, idet der ikke blev taget mål eller tegnet på huden i oprejst stilling, hvor proteserne skulle sidde, og den højre protese sad ca. 4 cm højere end den venstre. Der blev desuden klaget over manglende information om risiko for et utilfredsstillende resultat på grund af tidligere operationer, og om at der kunne blive indsat en anden protesestørrelse end aftalt.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen.

Nævnet lagde vægt på, at da patienten var opereret på begge bryster ved tidligere lejlighed (proteseimplantation og senere brystformindskelse), var der allerede en "markering" på huden, efter hvilken speciallægen kunne orientere sig. Det forhold, at operationsresultatet ikke blev tilfredsstillende for patienten, skyldtes formentlig, at hendes tilfælde var kompliceret som følge af de for behandlingen af de tidligere proteser nødvendige operationer i flere stadier.

Nævnet fandt ikke at speciallægen havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved sin information forud for operationerne.

Nævnet lagde vægt på, at der i journalmaterialet var en underskrevet erklæring benævnt ”Informeret samtykke” hvoraf fremgik, at der var informeret om risici og komplikationer, og om at der ikke var givet nogen garanti hverken med henblik på operationsprocedure eller resultat. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om der var blevet informeret om, at resultatet måtte være begrænset af de tilgrundliggende forhold, heriblandt at der tidligere var opereret i området, samt at protesestørrelsen kunne variere i forhold til den præoperative plan, idet der ikke er usædvanligt, at kirurgen under operation vælger en protesestørrelse efter et skøn, hvis der opstår tvivl om, hvorvidt den præoperativt anslåede protesestørrelse er den bedst egnede.

Klage over at patienten ikke fik foretaget den korrekte operation

En 39-årig kvinde havde gennem flere år haft celleforandringer svarende til livmodermunden, og 8 år tidligere havde hun fået foretaget operativ fjernelse af selve livmodermunden samt tilhørende del af livmoderkanalen (såkaldt konisation). Imidlertid viste kontrollerne vedvarende celleforandringer. Patienten blev derfor henvist til en gynækologisk/obstetrisk afdeling, hvor hun blev tilset af 1. reservelæge A, til hvem hun oplyste, at hun ønskede at få livmoderen fjernet, da hun fandt kontrolundersøgelsen belastende. 1. reservelæge A tog nye prøver fra livmodermunden, og det blev aftalt, at patienten skulle komme i ambulatoriet, når svarene forelå med henblik på drøftelse af den videre behandling.

Da svarene forelå, blev patienten tilset af overlæge B, der oplyste, at prøverne viste, at der var svære celleforandringer. Patienten fastholdte, at hun ønskede livmoderen fjernet. Efter fjernelse af livmoderen viste det sig imidlertid, at der var tale om kræftceller, der spredte sig, hvorfor patienten måtte henvises med henblik på en mere omfattende reoperation.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med bortoperation af livmoderen.

Nævnet fandt, at 1. reservelæge A handlede i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard ved sin information til patienten, idet hun informerede om, at nye prøvesvar skulle foreligge, før der blev taget stilling til typen af operation, og at en fjernelse af livmoderen ikke var tilstrækkelig ved ondartede celleforandringer, der spredte sig.

Det fremgik af 1. reservelæge As udtalelse til sagen, at hun udtrykkelig gjorde opmærksom på, at man kunne vælge at fjerne livmoderen, men at det var vigtigt, at man forinden vidste, om der var tale om ondartede celleforandringer, samt at en fjernelse af livmoderen ikke var tilstrækkelig, såfremt der var tale om ondartet celleforandringer, der spredte sig.

Nævnet fandt endvidere, at overlæge B handlede i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard ved sin information til patienten, idet hun informerede om fordelene ved kegleoperation.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at det fremgik af journalen, at overlæge B havde orienteret om, at der var tale om et mere avanceret forstadium til livmoderkræft, og at patienten havde besluttet sig for, at hun ville have fjernet livmoderen. Overlæge B havde informeret om, at de kunne lave et langt mindre indgreb i form af en ny kegleoperation, men at patienten var fuldt indstillet på, at hun ønskede livmoderen fjernet.

Nævnet kunne oplyse, at det fremgår af lov om patienters retsstilling § 6, stk. 1, at en læge ikke må indlede en behandling af legemlig sygdom uden patientens samtykke.

Klage over manglende information efter kikkertoperation af knæ

En 27-årig kvinde var til undersøgelse af sit knæ, da hun havde forvredet det i forbindelse med sit arbejde. Lægen fandt, at der var indikation for at foretage en kikkertundersøgelse af knæet, da der var mistanke om, at menisken var beskadiget.

Ved kikkertundersøgelsen blev der fundet en plica (slimhindfold), der blev fjernet, da den kunne give samme gener, som en beskadiget menisk. Menisken var ved undersøgelsen normal.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke blev informeret om, at der var fjernet en plica.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægens information af patienten, idet en patient har ret til løbende at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Patienter bør således altid oplyses om resultatet af de undersøgelser, som er blevet foretaget under indlæggelsen eller i et ambulant forløb med det formål at give patienten en forklaring på årsagen til svækkelsestilstanden.

Information om efterfølgende komplikationer ved lyskebrokoperationer

En 60-årig mand blev opereret for lyskebrok, idet han i månederne forinden havde haft gener heraf. Inden indgrebet fik han udleveret afdelingens informationsmateriale om lyskebrok, og han fik mundtlig information om indgrebet.

Efterfølgende havde patienten problemer med ømhed, rødme, væskeansamlinger og hævelse omkring arret, og han havde smerter ved berøring over lysken. Lægerne fandt ingen tegn på gendannelse af brokket, men der blev 2 gange anlagt blokader med god effekt.

Patienten klagede over lyskebrokoperationen, idet han anførte, at han efterfølgende havde store gener efter indgrebet, da der var dannet en øm bule i lysken.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen for hans information om lyskebrokoperationer

Nævnet oplyste i den forbindelse, at uanset hvilken metode der anvendtes til operation for lyskebrok, var der i under 2 % af tilfældene risiko for, at patienten kunne lide af rødme, hævelse af såret og ansamling af væske i underhuden i måneder til år efter operationen.

Videre oplyste nævnet, at det fremgik af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger, at informationen skulle være mere omfattende, når behandlingen medførte nærliggende risiko for alvorlige

komplikationer og bivirkninger. Det var ikke muligt entydigt at fastsætte, i hvilket omfang sundhedspersonen havde pligt til at informere om mulige komplikationer mv. i forbindelse med undersøgelse og behandling. Det måtte vurderes i forhold til sygdommens alvor og til, hvad man forventede at opnå ved den påtænkte undersøgelse/behandling. Som udgangspunkt skulle sundhedspersonen vurdere, om der er tale om alvorlige eller bagatelagtige bivirkninger samt vurdere, hvor ofte forekommende disse bivirkninger var. Der skulle altid informeres om alvorlige og hyppigt forekommende bivirkninger, mens det som udgangspunkt ikke var påkrævet at informere om bagatelagtige og sjældent forekommende bivirkninger. De nævnte tilfælde indeholdt en række mellemstadier, hvor det ville være overladt til det sundhedsfaglige skøn at vurdere, i hvilken udstrækning og hvor grundigt der burde informeres om risici for komplikationer og bivirkninger i forbindelse med en given behandling.

Det var nævnets opfattelse, at det ikke var nødvendigt at informere om risikoen for hævelse af såret og væskeansamlinger fra underhuden, da disse komplikationer måtte antages at være sjældne og bagatelagtige.

Videre fandt Patientklagenævnet ikke grundlag for kritik af det skriftlige informationsmateriale, som forud for operationen blev udleveret til patienten, men nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om det af materialet entydigt havde fremgået, at der efter operationen kunne forekomme smerter, som kunne være generende for patienten i flere år efter operationen.

Klage over manglende information om behandlingsmuligheder (medfødt hofteskred)

En 16-årig pige fik som 3-årig konstateret, at hun havde højresidigt hofteskred, hvilket blev behandlet konservativt.

I november 2003 blev patienten undersøgt af privat praktiserende speciallæge i ortopædkirurgi, idet hun havde smerter i begge hofter. Det blev ved undersøgelse konstateret, at der var normal gang, men at det ene ben var 3 cm længere end det andet. Speciallægen informerede patienten og hendes forældre om, at der ikke var grund til videre undersøgelser eller behandling.

Det blev senere på sygehus konstateret, at patienten havde udtalt dysplasi på begge hofter, og patienten blev opereret.

Der blev blandt andet klaget over, at der ikke blev givet yderligere information om behandlingsmulighederne.

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægens information af patienten og forældrene, idet speciallægen burde have informeret om, at der er varierende ledbevarende kirurgiske indgreb, herunder Ganz-ostetomi, som på enkelte større hofteklinikker herhjemme efter samtale og vurdering bliver tilbudt patienter med betydende hoftedysplasi.

Nævnet oplyste, at den anførte bækkenosteotomi har været anvendt i Danmark igennem de sidste 10 år. Resultaterne synes lovende hos yngre patienter med begrænset eller ingen slidgigt i den dysplastiske hofte. Der er dog endnu ikke tilstrækkelig lang opfølgning på disse først opererede patienter til at man kan vurdere om indgrebet hindrer eller udsætter indsættelsen af et kunstigt hoftelid.

37 Journalføring

Klage over manglende diagnosticering af overskåret sener

En 21-årig kvinde skar venstre pegefinger på en brødkniv, og hun henvendte sig på skadestuen. En afdelingslæge fandt et snitsår på 1 cm midt på undersiden af venstre pegefinger. Såret blev syet, og trådene skulle fjernes hos egen læge efter 10 dage.

Efterfølgende kunne patienten ikke bøje fingerens led, hvorfor hun blev undersøgt på et andet hospital, hvor der blev konstateret beskadigelse af sener.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling på skadestuen, idet det ikke blev konstateret, at senerne i venstre pegefinger var skåret over.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af patienten. Det fremgik af journalen, at han ved en objektiv undersøgelse havde konstateret, at der på venstre hånds 2. finger var en ca. 1 cm stor snitlæsion på tværs af fingerens bøjefure på håndfladesiden (volart). Endvidere var der bevægelighed og normale nerve- og blodkarforhold. Såret blev vasket, syet og forbundet.

Det fremgik af afdelingslægens udtalelse til sagen, at når det i journalen var noteret, at der var fri bevægelighed, betød det, at han havde undersøgt bevægeligheden i yder- og mellemlid og fundet denne intakt.

Det var imidlertid nævnet opfattelse, at afdelingslægen havde overtrådt § 13, stk. 2, i lægeloven, idet han burde have journalført sin undersøgelse af bevægeligheden af yder- og mellemlid.

Klage over operation for forstørret blærehalskirtel

En 71-årig mand blev den 22. januar 2004 indlagt til operation for forstørret blærehalskirtel. En 1. reservelæge foretog operationen. Der blev under operationen indlagt kateter, og patienten klagede over smerter men 1. reservelægen fandt intet unormalt. 1. reservelægen tilså patienten kl. 16.00 og kl. 18.00 samme dag. Senere på dagen blev det konstateret, at der stod 770 ml væske i blæren og ved en reoperation opdagede man endvidere, at der var væske i bughulen, og at kateteret lå uden for blæren.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med operationen herunder, at et kateter blev lagt forkert, og at dette ikke blev konstateret på et tidligere tidspunkt.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere 1. reservelægen for hans journalføring af behandlingen den 22. januar 2004. Nævnet lagde vægt på, at de to tilsyn kl. 16.00 og kl. 18.00 ikke var journalført, og at væsentlige undersøgelser og resultaterne heraf ifølge lovgivningen skal noteres i journalen. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere 1. reservelægens behandling af patienten den 22. januar 2004.

Indskærpelse på grund af vagtlæges manglende journalføring

En 47-årig kvinde blev tilset i sit hjem af en vagtlæge på grund af rygsmerter. Vagtlægen foretog ikke journalføring af sin behandling af patienten. Han har overfor nævnet oplyst, at han var på vej hjem fra en nattevagt på et sygehus, da han aflagde sygebesøget, og at han valgte ikke at køre tilbage til sygehuset for at skrive et journalnotat.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægen for hans journalføring af behandlingen af patienten. Nævnet fandt desuden grundlag for at indskærpe overfor vagtlægen at udvise større omhu ved journalføringen i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde herved vægt på, at det følger af § 4 i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring), at der påhviler enhver læge, der som led i sin virksomhed foretager undersøgelse og behandling af patienter, pligt til at føre ordnede optegnelser (journaler). Nævnet fremhævede, at det følger af denne bekendtgørelse, at der altid skal foretages journalføring af en given behandling, og nævnet lagde i den forbindelse til grund, at vagtlægen ikke var forhindret i at efterkomme sin journalføringspligt.

Klage over manglende journalføring af behandling

En 52-årig mand, som i et par år var gået til undersøgelse og behandling for rejsningsbesvær og nattesved, blev ved en konsultation i januar 2004 afsluttet på en klinik, og han skulle herefter gå til kontrol hos sin egen læge. I forbindelse med denne afsluttende konsultation i klinikken gav lægen ham information om, hvilken medicin han skulle fortsætte med, samt hvilken dosis han skulle anvende. Lægen noterede ikke noget i journalen vedrørende denne konsultation.

Der blev klaget over, at lægen ikke havde ført journal vedrørende den afsluttende konsultation i klinikken.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen for ikke at have ført journal vedrørende behandlingen ved den afsluttende konsultation i klinikken. Nævnet lagde til grund, at såvel lægen som patienten oplyste, at der ved den afsluttende konsultation i januar 2004 var givet information om fortsat medicinsk behandling, samt om at fortsat kontrol og behandling skulle ske hos patientens praktiserende læge. Nævnet har videre lagt til grund, at der ikke i journalen er foretaget notat ved denne konsultation. Nævnet oplyste hertil, at læger har pligt til at føre journalnotater vedrørende blandt andet aktuel behandling, ordination af lægemidler, behandlingsplan og henvisning.

Klage over kiropraktors behandling og information.

En 45-årig kvinde havde fået lændesmerter i begge sider 5 år tidligere efter et brud på højre storetå.

Den 10. januar 2003 var patienten til konsultation hos en kiropraktor, da der var opstået bækkenledssmerter. Kiropraktoren ringede til en tidligere behandlende kiropraktor og fik oplyst, at der ud fra røntgenbilleder taget i februar 2002 ikke var kontraindikation for kiropraktisk behandling. Patienten modtog herefter manipulationsbehandling af både venstre og højre bækkenled, og der blev aftalt ny tid 4 dage senere. Denne behandling blev imidlertid aflyst, da hun havde oplevet en forværring af sine smerter, herunder smerter ved nyse og hoste.

Den 22. januar 2003 blev der udført en undersøgelse af patienten på neurokirurgisk afdeling. Det blev konkluderet, at der var en påvirkning af den højresidige nerverod ved 1. korsben (højre 1. sacralrod), og en MR-scanning den 1. marts 2003 viste en stor diskusprolaps på højre side udgået fra 5. lændehvirvel.

Den 17. marts 2003 bortopererede man diskusprolapsen med umiddelbar god effekt. Der resterede dog stadig symptomer i form af smerter ud i højre ben.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev behandlet korrekt af kiropraktoren den 10. januar 2003, idet det er anført, at behandlingen medførte, at patienten fik en diskusprolaps. Der blev endvidere klaget over, at patienten ikke forud blev informeret om risici i forbindelse med behandlingen den 10. januar 2003, og at behandlingen blev fortsat uden hendes samtykke. Endelig blev der klaget over, at kiropraktoren ikke foretog korrekt journalføring.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere kiropraktorens behandling. Nævnet lagde herved vægt på, at kiropraktoren havde optaget en fyldestgørende sygehistorie og foretaget en relevant objektiv undersøgelse af patienten. Nævnet lagde herudover vægt på, at manipulationsbehandling er velindikeret ved akutte lave lændesmerter, og at der ikke er dokumentation for, at risikoen for komplikationer er mindre ved benyttelse af artikulationsbehandling frem for manipulationsbehandling ved behandling af discogene lidelser. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det er almindelig faglig praksis ved akutte lændesmerter, at røntgenundersøgelse af ryggen først overvejes, hvis lændebesværet fortsætter ud over 4 uger.

Nævnet fandt det ikke tilstrækkelig sandsynliggjort, at der var nogen sammenhæng mellem den kiropraktiske behandling den 10. januar 2003 og den senere konstaterede diskusprolaps. Nævnet oplyste i den forbindelse, at en diskusprolaps er en lidelse, som udvikler sig over tid – fra uger til måneder. Rygpatienter henvender sig til behandlere, herunder kiropraktorer, på vidt forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet, og det er uden tvivl således, at en del personer med diskusprolaps henvender sig på så tidligt et tidspunkt i forløbet, at de objektive tegn på nerverodstryk endnu ikke er til stede

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere kiropraktorens information af patienten. Nævnet lagde herved vægt på, at kiropraktoren informerede om sine fund, og at der var klar indikation for behandling af bækkenleddene. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det faktum, at kiropraktoren ikke informerede nærmere om den kiropraktiske behandling af tilstanden, skyldtes, at patienten tidligere var blevet behandlet hos en kiropraktor, ligesom patienten bekræftede, at hun ikke behøvede information om behandlingen. Nævnet fandt ikke, at kiropraktoren burde have informeret om risikoen for, at behandlingen kunne medføre komplikationer i form af diskusprolaps, idet det ikke var muligt at afgøre, om den diskusprolaps, som patienten fik konstateret, havde udviklet sig under alle omstændigheder, eller om behandlingen forværrede tilstanden.

Nævnet fandt det ikke godtgjort, at kiropraktoren havde fortsat behandlingen af patienten uden dennes samtykke.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere kiropraktorens journalføring af sin behandling af patienten. Kiropraktoren havde ved sin journalføring af behandlingen anvendt en "listing" (S.SI:PIEX,D,SI:ASIN), hvilket var en beskrivelse af de dysfunktioner, der blev fundet, og i hvilke bevægeretninger de pågældende led var låste. Nævnet fandt, at denne "listing" var en dækkende journalføring af behandlingen, idet den måtte anses som bundet til en bestemt behandlingsteknik.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere kiropraktorens journalføring af sin information af patienten, idet kiropraktoren ikke noterede i journalen, hvilken information han gav, inden behandlingen blev

påbegyndt, ligesom det heller ikke blev noteret, hvad patienten havde tilkendegivet i relation til den påtænkte behandling.

Klage over behandling af infektion i ben hos sukkersygepatient

En 46-årig kvinde havde gennem mange år haft en insulinbehandlet sukkersyge. I oktober 2002 blev hun henvist til ortopædkirurgisk ambulatorium på grund af et sår i venstre hæl. Den 18. juni 2003 blev der foretaget en kirurgisk oprensning af såret. Den 23. juni 2003 kontaktede klager telefonisk ortopædkirurgisk ambulatorium på grund af voldsomt forandrede smerter i venstre ben. Overlægen vurderede, at klager skulle ses subakut den 26. juni 2003.

Klager blev den 26. juni 2003 indlagt akut på ortopædkirurgisk afdeling på grund af kliniske tegn på, at sårinfektionen (fodabsces) havde spredt sig til foden. Infektionen udviklede sig yderligere i foden med vævshenfald (nekrose), og den 1. juli 2003 måtte klagers ben amputeres fra under knæet.

Der blev klaget over, at overlægen den 23. juni 2003 ikke indkaldte patienten til en nærmere undersøgelse, men i stedet opfordrede patienten til at fortsætte med den antibiotiske behandling.

Nævnet fandt grundlag for kritik af overlægen for hans journalføring af den telefoniske henvendelse den 23. juni 2003 efter lægelovens § 13, stk. 2.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen for hans telefoniske behandling af klager den 23. juni 2003, jf. lægelovens § 6.

Nævnet lagde herved vægt på, at der ikke fandtes et journalnotat vedrørende klagers telefoniske henvendelse til ortopædkirurgisk afdeling den 23. juni 2003.

Nævnet lagde herved vægt på, at overlæge i sin udtalelse havde anført, at han var sikker på, at klager rettede telefonisk henvendelse til ortopædkirurgisk afdeling den 23. juni 2003, hvor overlægen også selv havde vagt i ortopædkirurgisk ambulatorium. Overlægen fandt det således nærliggende, at en sygeplejerske havde taget imod klagers telefonopkald og herefter forelagt problematikken for overlægen.

Nævnet fandt det godtgjort, at patienten den 23. juni 2003 telefonisk kontaktede ortopædkirurgisk ambulatorium, hvilket blev understøttet af det faktum, at klager blev tilsagt til at møde i ortopædkirurgisk ambulatorium den 26. juni 2003, hvilket var betydeligt før end ellers planlagt ved hendes udskrivelse den 19. juni 2003, hvor det blev aftalt, at hun skulle møde 5 uger senere.

Nævnet kunne oplyse, at der ved langvarig sukkersyge ikke sjældent opstår problemer med sår dannelse på fødderne, og at der også kan opstå infektion som følge af disse sår. Blodkarrene i underben og fødder hos sukkersygepatienter lider efterhånden skade, og det er desværre ikke sjældent nødvendigt i et forløb, som det patienten gennemgik, at der må foretages en amputation på et niveau under knæet.

Det var nævnets opfattelse, at overlæges vurdering af klagers tilstand godt kunne foregå ved en telefonisk konsultation, idet overlægen kendte klager udmærket fra hendes langvarige tilknytning til ambulatoriet, hvor overlægen så hende fra tid til anden. Nævnet fandt det derfor ikke godtgjort, at en akut indlæggelse af klager den 23. juni 2003 kunne have forhindret en amputation af klagers ben. Nævnet fandt herefter ikke grundlag for at kritisere overlægen for hans bedømmelse af klagers tilstand den 23. juni 2003.

Nævnet kunne videre oplyse, at det af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 § 4, stk. 1 fremgår, at journalføringspligten påhviler enhver læge, der som led i sin virksomhed foretager undersøgelse og behandling m.v. af patienter. Det følger endvidere af § 6, stk. 2, at telefoniske konsultationer ligeledes skal journalføres, hvis den rådgivning, der er ydet, er et led i vurderingen og/eller behandlingen af patientens tilstand.

Nævnet fandt det således kritisabelt, at overlægen ikke journalførte den telefoniske konsultation med klager den 23. juni 2003 med en begrundelse for, hvorfor han vurderede, at klager skulle tilses subakut den 26. juni 2003 og ikke tilses tidligere.

Klage over at læge ikke informerede kvinde om, at han ved en operation havde fjernet hendes spiral.

En 32-årig kvinde fik den 20. april 2004 foretaget en keglesnitsoperation på gynækologisk-obstetrisk afdeling på grund af mistænkte tidlige kræftforandringer. Indgrebet blev udført af en afdelingslæge. I forbindelse med indgrebet fjernede han kvindens spiral.

Kvinden blev først informeret om fjernelse af spiralen den 16. august 2004, hvor hun var i 8. graviditetsuge.

Der blev klaget over at kvinden ikke modtog en korrekt behandling den 20. april 2004, idet hun ikke blev informeret, om at hendes spiral blev fjernet i forbindelse med indgrebet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægen både for sin journalføring og for sin information.

Nævnet lagde vægt på, at det af kvindens journal fremgik, at hun den 20. april 2004 fik foretaget en kirurgisk delvis fjernelse af livmoderhalsen og livmodermunden. Der var ikke noget notat vedrørende fjernelse af spiralen. Nævnet fandt grundlag for at kritisere, at afdelingslægen ikke noterede dette i journalen, og at han ikke informerede kvinden om det efter indgrebet.

Klage over manglende oplysning om svar på biopsi

En 66-årig mand blev i marts 2001 indlagt på sygehus, idet der var indikation for mini-thorakotomi. Operationen blev udført af overlæge A. Det fremgik ikke af operationsbeskrivelsen, at der blev udtaget væv til patologisk undersøgelse. Patienten blev udskrevet den 29. marts 2001 til ambulans kontrol ugen efter.

Af svaret fra patologisk afdeling fremgik, at undersøgelse blev rekvireret den 22. marts 2001 af overlæge A. Prøven blev besvaret den 29. marts 2001. Diagnosen var malignt mesoteliom samt bronkiektasier (udvidede bronkier) med aspergillose (svampeinfektion). Af udskrivningsbrev fra overlæge A var svaret fra patologerne ikke omtalt.

Patienten blev set ambulans den 6. april 2001 af overlæge B, der igen så og afsluttede ham den 27. april 2001. I 2002 og 2003 blev patienten indlagt adskillige gange på en hjertemedicinsk afdeling på grund af iskæmisk hjertesygdom med forsnævrede kranspulsårer. Han havde også nedsat og tiltagende dårlig lungefunktion.

Det fremgik af journalnotat i januar 2004, at der ved journalgennemgang blev fundet den histologiske beskrivelse fra 2001. Patienten blev informeret om den oversete diagnose, og der blev iværksat undersøgelser og behandling.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev informeret om den diagnose, der blev stillet, efter at der var blevet taget biopsi, og at han blev udskrevet, uden at der var iværksat relevant kurativ behandling.

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af den administrerende overlæge for ikke at udfærdige en instruks om modtagelse af prøvesvar fra patologisk afdeling. Nævnet fandt desuden grundlag for kritik af overlæge A for hans behandling og journalføring. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlæge B.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af operationsbeskrivelsen, at der blev sendt t væv til patologisk undersøgelse, og at dette burde være omtalt i journalen.

Det var nævnets vurdering, at overlæge A, da han underskrev udskrivningsbrevet, burde have kontrolleret, om der var kommet svar fra patologerne, og hvis ikke, have tilføjet et røtat i såvel journal som udskrivningsbrev om, at der endnu ikke forelå et svar fra patologerne.

Det fremgik af den administrerende overlæges udtalelse, at afdelingen ikke havde en skriftlig instruks angående håndtering af indkomne prøvesvar. Den mundtlige instruks for håndtering af prøvesvar omfattede ikke signering af svar, hvilket nævnet fandt kritisabelt.

Nævnet fandt, at den administrerende overlæge burde have sørget for, at der var udfærdiget en skriftlig instruks vedrørende modtagelse af prøvesvar.

For så vidt angik overlæge B fandt nævnet ikke grundlag for kritik, da han på tidspunktet for de ambulante undersøgelser ikke af operationsbeskrivelsen eller ved andre notater i journalen kunne se, at han skulle have efterspurgt et prøvesvar fra patologerne.

Klage over afslag på aktindsigt i psykiatrisk journal

En 39-årig kvinde anmodede i juni og juli 2002 flere gange en psykiatrisk afdeling om aktindsigt i journalmateriale vedrørende hende i perioden fra den 25. maj 2002 og frem. Hun fik ikke udleveret det pågældende materiale.

Den 15. juli 2002 anmodede endvidere patientens samlever og veninde psykiatrisk afdeling om aktindsigt i journalmateriale vedrørende patienten i perioden fra den 25. maj 2002 og frem. Anmodningen blev fremsat med patientens samtykke. Det pågældende materiale blev ikke udleveret.

Der blev klaget over, at overlægen på psykiatrisk afdeling ikke imødekom anmodningerne om aktindsigt.

Nævnet fandt ud fra en samlet vurdering ikke grundlag for at kritisere overlægen for hans afslag på anmodning om aktindsigt, idet det i samtlige tilfælde var relevant, at overlægen antog, at aktindsigt ville have forringet patientens helbredstilstand i et sådant omfang, at yderligere behandlingsmæssige tiltag, herunder forlængelse af behandlingen eller anvendelse af tvangsforanstaltninger, kunne blive nødvendigt. Nævnet lagde herved vægt på, at afslagene var begrundet i afgørende behandlingsmæssige hensyn til patienten.

Nævnet fandt imidlertid grundlag for at kritisere overlægen for hans journalføring, idet han burde have journalført samtlige afslag, og han burde have journalført, at afslagene var begrundet i afgørende behandlingsmæssige hensyn til patienten.

Klage over at speciallæge i øjensygdomme efter operationer for grå stær ikke udfærdigede anvisninger, som gjorde det muligt for patienten at få tilpasset sine briller hos en optiker.

En 58-årig kvinde blev opereret for grå stær på begge øjne af en speciallæge i øjensygdomme.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt efterbehandling af speciallægen, idet han ikke udfærdigede anvisninger, som gjorde det muligt for hende at få tilpasset sine briller hos en optiker.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægen. Nævnet oplyste, at udmåling til brilleglas tidligst kan foretages 6 uger efter en operation for grå stær. Da speciallægen alene så patienten til en kontrolundersøgelse dagen efter operationen, var det nævnets opfattelse, at det ikke kunne anses som udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed, at speciallægen ikke udfærdigede anvisninger, som gjorde det muligt for patienten at få tilpasset sine briller hos en optiker. Nævnet kunne i øvrigt oplyse, at udmåling til nye brilleglas efter en operation for grå stær almindeligvis sker hos enten den øjenlæge, som har henvist til operationen, eller hos patientens optiker.

Der blev ligeledes klaget over, at speciallægen ikke gav en korrekt og tilstrækkelig information om risiko for komplikationer og bivirkninger, inden patienten blev opereret for grå stær på begge øjne. Nævnet fandt ikke anledning til kritik af informationen. Nævnet fandt dog, at speciallægen burde have journalført den givne information.

38 Lægeerklæringer

Klage over lægeerklæring vedrørende 2 børn

Moderen til 2 børn på henholdsvis 9 og 11 år kontaktede en praktiserende læge, som ikke var børnenes sædvanlige læge, med henblik på udfærdigelse af lægeerklæringer vedrørende børnene. Lægen undersøgte børnene, hvorefter han udfærdigede to enslydende erklæringer om, at begge børn havde haft mavesmerter og diarré. Lægeerklæringerne var ikke stemplede, og der var ikke anført nogen diagnose. Det fremgår ikke af de to lægeerklæringer, hvem de var udstedt til, og det

blev ikke anført i erklæringerne, at lægen ikke var børnenes sædvanlige praktiserende læge, eller hvorfra de angivne oplysninger stammer.

Der blev klaget over, at lægen stillede en forkert diagnose, at lægeerklæringerne ikke var gyldige, at lægeerklæringerne var udfærdiget på et utilstrækkeligt grundlag, samt at lægeattesten ikke var udfærdiget af børnenes egen læge.

Nævnet fandt grundlag for kritik af den praktiserende læge, idet nævnet lagde vægt på, at det ikke med tilstrækkelig tydelighed fremgik af lægeerklæringerne, hvorfra de angivne oplysninger i erklæringerne stammer, og at det ikke med tilstrækkelig tydelighed fremgik, at lægen ikke var børnenes sædvanlige læge.

Klage over urigtige oplysninger i speciallægeerklæring

En 43-årig kvinde blev undersøgt af en speciallæge med henblik på udfærdigelse af lægeerklæring til kommunen, hvoraf en vurdering af kvindens arbejdsevne skulle fremgå. Kvinden havde i flere år haft rygsmærter og slidgigt i ryggen. Af erklæringen fremgik det, at kvinden modtog anden smertestillende medicin, end hun i virkeligheden gjorde.

Der blev blandt andet klaget over, at der var urigtige oplysninger i lægeerklæringen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen, idet nævnet lagde vægt på, at det væsentlige i speciallægeerklæringen var, om hun under hensyntagen til hendes nakke- og ryglidelser kunne varetage arbejdsfunktioner. Det var nævnets opfattelse, at en ændring af ordlyden lægeerklæring på de punkter, som kvinden var uenig i, ikke ville ændre på erklæringens faglige indhold eller konklusion.

Klage over manglende forlængelse af sygemelding

En 29-årig mand konsulterede sin praktiserende læge blandt andet på grund af, dårlig nattesøvn, stress, nedtrykthed samt problemer på arbejdspladsen. Lægen sygemeldte derfor patienten i 3 uger. Da de 3 uger var gået bad patienten om, at sygemeldingen blev forlænget, hvilket lægen ikke mente, at der var grundlag for.

Der blev klaget over, at lægen afviste at forlænge sygemeldingen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen. Nævnet oplyste, at problematiske arbejdsforhold kunne medføre helbredsmæssige påvirkninger i en grad, som kunne karakteriseres som sygelige, og som ofte gav anledning til henvendelse til egen læge. Afhængig af symptomernes sværhedsgrad og påvirkningen af arbejdsevnen kunne der være grundlag for en korterevarende sygemelding, almindeligvis 2-3 uger, for at bringe en vis ro i symptomerne. Sygemeldinger vedrører diagnosticerede sygelige tilstande og kan ikke anvendes til at kompensere for problematiske arbejdsforhold og uheldige omstændigheder ved arbejdsforholds ophør.

39 Tavshedspligt

Klage over videregivelse af helbredsoplysninger til brug for en retssag

En 29-årig kvinde havde HIV og gik til kontrol på en hospitalsafdeling i perioden fra den 30. september 2002 til den 21. august 2003. I august 2003 modtog patientens praktiserende læge en anmodning fra Kriminalforsorgen om lægelige oplysninger vedrørende patientens mentale og fysiske forhold til brug for en personundersøgelse i en retssag i henhold til retsplejelovens § 808. Ved denne anmodning var vedlagt en samtykke erklæring, hvor patienten med sin underskrift samtykkede i, at der blev indhentet lægelige oplysninger. Lægen fremsendte den 11. august 2003 til Kriminalforsorgen en skrivelse, hvor hun afgav oplysninger vedrørende patienten.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge uden patientens samtykke og under tilsidesættelse af sin tavshedspligt den 11. august 2002 havde videregivet helbredsoplysninger om hende til Kriminalforsorgen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, idet patienten havde givet samtykke til, at oplysningerne kunne videregives til Kriminalforsorgen, og idet lægen inden videregivelsen af oplysningerne var bekendt med dette samtykke. Nævnet lagde endvidere vægt på, at lægen alene havde videregivet oplysninger, der opfyldte formålet med Kriminalforsorgens anmodning, nemlig at videregive oplysninger om patientens legemlige og åndelige forhold.

Klage over at sygeplejerske videregav helbredsoplysninger.

En styrelse havde i forbindelse med behandlingen af en kvindes asylsag ikke kunnet indhente en udtalelse fra hende om, hvorfor hun søgte asyl. En styrelse henvendte sig herefter telefonisk til det asylcenter, hvor kvinden befandt sig, og fik af en sygeplejerske udleveret fortrolige helbredsoplysninger om kvinden. Der var ikke forinden givet samtykke, til at der kunne indhentes helbredsoplysninger om kvinden hos sundhedspersonalet på asylcenteret. Helbredsoplysningerne blev senere brugt i forbindelse med styrelsens afslag på asyl til kvinden.

Der blev klaget over, at sygeplejersken uden kvindens samtykke og under tilsidesættelse af sin tavshedspligt videregav helbredsoplysninger om kvinden til styrelsen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken for at have videregivet fortrolige helbredsoplysninger om en kvindelig asylansøger til en styrelsen uden forinden at have indhentet et samtykke hertil fra kvinden. Nævnet kunne oplyse, at der gælder en tavshedspligt for sundhedspersoner om, hvad de under deres arbejde får viden eller formodning om angående patienters helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Nævnet lagde til grund, at sagsbehandleren i en styrelsen ved en telefonsamtale den 18. december 2002 blandt andet fik oplyst af sygeplejersken, at kvindens tilstand var uændret, og at hun var sengeliggende. Det var nævnets vurdering, at en oplysning om, at en persons helbredstilstand er uændret, og at personen er sengeliggende, er en fortrolig helbredsoplysning, som er opfattet af tavshedspligten.

Nævnet lagde videre til grund, at oplysningerne blev videregivet uden kvindens samtykke hertil. Nævnet kunne hertil oplyse, at en sundhedsperson under visse betingelser uden patientens samtykke kan videregive oplysninger til myndigheder, organisationer og private personer. Det var imidlertid

nævnets vurdering, at en sådan videregivelse af oplysninger ikke kan ske til brug for en myndigheds behandling af en ansøgningssag, idet ansøgerne selv råder over, hvilke oplysninger denne ønsker at bidrage med til sagens behandling, og således også må være forberedt på, at sagen kan få et udfald, der ikke er til ansøgerens fordel, såfremt ansøgeren ikke ønsker, at myndigheden kan indhente de oplysninger, som myndigheden finder relevante.

Klage over brud på tavshedspligt i forbindelse med videresendelse af kopi af journal uden indhentelse af skriftligt samtykke

Et Ministerium rettede en henvendelse til et center og anmodede om at få sendt en kopi af en patients helbredsjournal til brug for behandling af en ansøgning om opholdstilladelse. Ministeriet henviste blandt andet til § 26, stk. 2, nr. 2 i lov om patienters retsstilling, hvorefter helbredsoplysninger uden samtykke blandt kan ske af væsentlige hensyn til patienten. Centret ønskede imidlertid ikke at udlevere de ønskede oplysninger uden patientens samtykke.

14 dage senere rettede en sagsbehandler hos ministeriet en ny henvendelse til centret og talte med den sygeplejefaglig leder, og det blev aftalt, at denne ville forsøge at indhente patientens samtykke til, at hendes helbredsjournal blev udleveret til Ministeriet.

Få dage senere havde sygeplejersken en samtale med patienten, der gav samtykke til, at hendes helbredsjournal blev videregivet til ministeriet. Kopi af kontinuationsrapporten blev herefter fremsendt til Ministeriet.

Der blev klaget over, at sundhedspersonale på centret uden patientens samtykke og under tilsidesættelse af deres tavshedspligt har videregivet oplysninger om patienten til ministeriet.

Nævnet fandt, at sygeplejersken ikke havde været berettiget til at videregive de pågældende oplysninger om patienten til Ministeriet, da der ikke var indhentet et skriftligt samtykke hertil.

Patientklagenævnet oplyste i den forbindelse, at det følger af § 23 i lov om patienters retsstilling, at en sygeplejerske eller anden sundhedsperson skal iagttage tavshed om, hvad han eller hun under udøvelsen af sit erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. En sundhedsperson kan dog i henhold til § 26, stk. 1, videregive oplysninger til myndigheder, organisationer og private personer, når patienten har givet sit samtykke hertil. Samtykket skal være skriftligt, hvilket følger af § 27, stk. 1.

Det skriftlige samtykke skal endvidere ifølge Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. § 12, stk.1, afgives i forbindelse med det aktuelle behov for videregivelse.

Nævnet bemærkede, at det følger af loven, at der i de situationer, hvor der videregives oplysninger for at varetage et andet formål end behandling, et skærpet krav til beskyttelsen af patientens interesse i, at denne har kontrol med videregivelsen af oplysninger om sig selv. Dette skærpede krav i lovgivningen hviler på den grundlæggende antagelse, at patienten har et berettiget ønske om, at helbredsoplysninger om denne ikke bruges til andre formål end de oprindeligt er indhentet til.

Nævnet oplyste dog, at kravet om skriftlighed kan fraviges ifølge lov om patienters retsstilling § 27, stk. 1 og Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke

og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler herfor. Det kan for eksempel være tilfældet, hvis videregivelsen skal ske meget hurtigt eller, hvis patienten har svært ved at skrive.

Det var imidlertid nævnets opfattelse, at der ikke i forhold til den konkrete videregivelse af helbredsjournalen var grundlag for at fravige kravet om skriftlighed, idet det ikke var påkrævet, at videregivelsen skulle ske hurtigt, og der ikke forelå oplysninger om, at patienten ikke var i stand til at skrive.

Nævnet oplyste endelig, at det fremgår af § 26, stk. 2, nr. 2 i lov om patienters retsstilling, at uden patientens samtykke kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer m.fl., når videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre privatpersoner.

Reglen er en såkaldt "værdispringsregel", der indebærer, at de hensyn, der taler for videregivelse til myndigheder, organisationer, private personer med flere, klart skal overstige hensynet til en patients krav på fortrolighed.

Nævnet bemærkede, at bestemmelsen primært tager sigte på de situationer, hvor der er behov for at videregive fortrolige oplysninger om en patient til politi og anklagemyndighed m.v. såfremt der er tale om efterforskning af alvorlig kriminalitet som manddrab, seksualforbrydelser, grovere vold mv., herunder vold mod børn, samt til patientens pårørende, hvor patienten har eller havde en alvorlig smittefarlig sygdom eller en alvorlig arveligt betinget sygdom.

Da ministeriets anmodning om videregivelsen af helbredsoplysninger om patienten var begrundet i et skønnet behov for indhentelse af oplysninger til behandling af en ansøgning om opholdstilladelse, fandt nævnet ikke, at der forelå tilstrækkeligt tungtvejende hensyn til tilsidesættelse af tavshedspligten, da patienten ikke fremtrådte ude af stand til at handle fornuftsmæssigt, og der var tale om en ansøgningssag, hvor hun var orienteret om, at afslag på medvirken til oplysning af sagen følgelig efter de almindelige forvaltningsretlige regler kunne få processuel skadevirkning for hende.

Nævnet fandt således, at en videregivelse af patientens journal fra centret uden samtykke hertil af hensyn til behandlingen af ansøgningen om opholdstilladelse ikke klart oversteg hensynet til patientens almindelige krav på de behandlende sundpersoners tavshedspligt.

Nævnet lagde desuden vægt på, at sygeplejersken ikke på baggrund af henvendelsen den 24. juni 2002 fra Ministeriet fik den opfattelse, at det var muligt at videregive patientens journal uden at indhente samtykke fra denne.

Klage over at information om et alvorligt undersøgelsesfund blev givet i overværelse af andre patienter på en flersengsstue

En 66-årig kvinde blev indlagt på en kirurgisk afdeling, med kolikagtige smerter i maven gennem flere år og de seneste fem dage tillige en hønseægstor mobil udfyldning i højre side af maven med smerte. På indlæggelsesdagen blev der foretaget røntgenundersøgelse af brystkassen og oversigt over bughulen.

To dage senere blev der endvidere foretaget ultralydsscanning og CT-scanning, hvilket 1. reservelæge B den følgende dag informerede om i et lukket samtalerum. CT-scanningen viste tumorkonglomerat ved tyktarmens blinde ende (coecum) samt en proces i leveren. Der blev aftalt operation, og patienten gik hjem på orlov. Efterfølgende blev der foretaget kikkertundersøgelse af tyktarmen (coloskopi), ultralydsbiopsi og tarmpassage, hvorpå patienten blev genindlagt.

Ved indlæggelsen opsummerede overlæge A over for patienten på en flersengsstue, at coloskopien og røntgenundersøgelse havde vist en tumor i coecum, og at denne var lejret opadtil i højre side. Overlægen vurderede, at der skulle opereres, uanset om tumoren var godartet eller ondartet.

Få dage senere blev der herefter foretaget fjernelse af højre halvdel af tyktarmen, og der var et glat efterforløb.

Der blev blandt andet klaget over, at overlægen under den sidste indlæggelse informerede patienten om dennes sygdom og behandling i overværelse af de 5 medpatienter, som var indlagt på samme stue.

Nævnet fandt, at overlægen havde brudt sin tavshedspligt.

Nævnet lagde til grund, at overlægens information blev overhørt af de andre patienter, som lå på patientens stue.

Patientklagenævnet oplyste, at det følger af § 23 i lov om patienters retsstilling, at en læge skal iagttage tavshed om, hvad han eller hun under udøvelsen af sit erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Nævnet oplyste endvidere, at det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger, at fortrolige helbredsoplysninger omfatter oplysninger om en patients tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske tilstand, herunder om en persons kontakt til sundhedsvæsenet, for eksempel at en person har været eller er indlagt til behandling samt oplysninger om medicinmisbrug og misbrug af narkotika, alkohol og lignende.

Det var herefter nævnets opfattelse, at undersøgelsesfund må anses som fortrolig oplysning, der er omfattet af de indklagede lægers tavshedspligt.

Det fremgår imidlertid af lov om patienters retsstilling § 26, stk. 1., at en læge kan videregive oplysninger til myndigheder, organisationer og private personer, når patienten har givet sit samtykke hertil. Samtykket skal som udgangspunkt være skriftligt, hvilket følger af § 27, stk. 1.

Nævnet fandt i den forbindelse, at det var utvivlsomt, at patienten ikke havde givet sit skriftlige samtykke til, at lægerne måtte videregive oplysninger om hendes sygdomstilstand til andre patienter på afdelingen.

Det følger dog af § 27, stk. 1, i lov om patienters retsstilling, at kravet om skriftligt samtykke i forhold til videregivelse til andre formål end behandling kan fraviges, når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor.

Det var nævnets opfattelse, at kravet om skriftligt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger under indlæggelse på sygehusafdelinger i visse tilfælde kan fraviges. Der er tale om et område, der i høj grad er præget af mundtlighed, og det kan efter omstændighederne virke påtrængende eller upassende for langt den overvejende del af de indlagte, at der skal udbedes skriftligt samtykke med henblik på, at patienten kan modtage visse former for mundtlig information om eksempelvis indlæggelsesforløbet i overværelse af andre patienter.

Det var i den forbindelse nævnets opfattelse, at en patient, der bliver indlagt på en afdeling, hvor der er fælles stuer eller fælles opholdsrum, i kraft heraf utvivlsomt afgiver et klart stiltiende samtykke til, at visse typer fortrolige helbredsoplysninger af mindre følsom karakter, må overhøres og dermed videregives til eventuelle andre tilstedeværende patienter. Såfremt en patient ikke ønsker, at andre patienter skal overhøre samtaler med sundhedspersonalet, hvor selv helbredsoplysninger af mindre følsom karakter omtales, er det nævnets opfattelse, at det må anses for ubetænkeligt, at patienten udtrykkeligt selv må gøre opmærksom herpå.

Det var imidlertid nævnets opfattelse, at overlæge A ved sin information af patienten videregav helbredsoplysninger af særlig følsom karakter, idet han informerede om, at der ved røntgenkontrastundersøgelse af tyktarmen var fundet en knude, og at der var grundlag for operation af denne den 29. april 2003, uanset om knuden var godartet eller ondartet.

Det var nævnets opfattelse, at patienten havde en berettiget forventning om, at oplysninger af den ovennævnte pågældende karakter ikke på nogen måde blev omtalt i overværelse af andre patienter.

Nævnet bemærkede herunder, at overlæge A i det pågældende tilfælde derfor ikke kunne forlade sig på, at patienten selv udtrykkeligt skulle gøre opmærksom på, hvis hun ikke ønskede, at oplysninger af den aktuelle karakter kunne tilgå andre patienter, der opholdt sig i nærheden.

Nævnet fandt således, at der ikke kan anses at være tale om en situation, hvor betingelserne for fravigelse af kravet om skriftligt samtykke var opfyldt, og at overlæge A derfor burde have sikret sig, at informationen om de aktuelle undersøgelsesresultater blev givet på en sådan måde, at medpatienterne på patientens stue ikke blev gjort bekendt hermed.

Klage over, at praktiserende læge havde brudt sin tavshedspligt ved videregivelse af oplysninger om en patient til socialforvaltningen

En 41-årig mand var i behandling hos sin praktiserende læge på grund af diaré og opkastning efter en længere periode med overforbrug af alkohol.

Den 3. december 2002 oplyste patienten ved konsultation hos den praktiserende læge, at han havde drukket igennem længere tid og ikke var mødt til aktivering. Lægen fandt ikke anledning til at foretage sygemelding af patienten, da hun fandt, at hans gener var alkoholbetingede. Senere samme dag ringede en sagsbehandler fra kommunen til lægen og spurgte, om patienten var blevet sygemeldt. Lægen oplyste, at patienten ikke var sygemeldt, og at hans gener skyldtes en længerevarende misbrugsperiode. Lægen skønnede, at han kunne aktiveres forsigtigt.

Der blev klaget over, at lægen den 3. december 2002 uden patientens samtykke og under tilsidesættelse af sin tavshedspligt havde videregivet oplysninger om ham til en sagsbehandler i kommunen.

Nævnet fandt, at den praktiserende læge ikke havde overtrådt sin tavshedspligt.

Nævnet oplyste, at det følger af lov om patienters retsstilling § 26, stk. 2, nr. 1, at en læge kan videregive helbredsoplysninger til offentlige myndigheder uden patientens samtykke, hvis det følger af lov, at oplysningerne skal videregives til myndigheden, og oplysningerne må antages at være af væsentlig betydning for myndighedens sagsbehandling.

Nævnet fandt, at lægen, da hun den 3. december 2002 blev ringet op af en sagsbehandler fra socialforvaltningen, måtte forstå opkaldet således, at hun var forpligtet til at videregive de ønskede oplysninger angående hendes vurdering af, om der var grundlag for en sygemelding, og at hun kunne gøre dette uden at tage kontakt til patienten. Lægen kunne således efter nævnets opfattelse gå ud fra, at man fra de sociale myndigheders side havde foretaget det fornødne, for så vidt angik et eventuelt samtykke fra patienten.

Klage over at praktiserende læge videregav oplysninger om en patient til dennes søster

En 42-årig kvinde havde gennem en lang periode fremført en række legemlige klager til sin praktiserende læge. Efter diverse udredninger havde hun fået at vide, at intet tydede på legemlig sygdom.

Den 11. marts 2004 kontaktede patientens søster den praktiserende læge, da hun var bekymret over søsterens tilstand. Lægen oplyste, at patienten formentlig ikke fejlede noget legemligt, og at der formentlig var behov for psykiatrisk behandling. Han opfordrede i den forbindelse patientens søster til at komme ind i konsultationen med patienten.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den praktiserende læge for at have videregivet oplysninger om patienten til dennes søster.

Nævnet lagde herved vægt på, at det af § 23 i lov om patienters retsstilling fremgår, at en patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres hverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Nævnet oplyste, at helbredsforhold skal forstås som oplysninger om en patients tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske tilstand.

Det var nævnets opfattelse, at de oplysninger vedrørende patienten, som lægen videregav til patientens søster, måtte anses for helbredsoplysninger, som lægen havde erhvervet i forbindelse med sin behandling af patienten.

Nævnet oplyste videre, at det af lov om patienters retsstilling § 26, stk. 1, fremgår, at en sundhedsperson med en patients samtykke til andre formål end behandling kan videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private m.fl. Samtykket skal være skriftligt.

Nævnet lagde til grund, at det var utvivlsomt, at patienten ikke havde givet skriftligt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger.

Det var herefter nævnets opfattelse, at lægen burde have afstået fra at drøfte patientens helbred med hendes søster, da han ikke havde indhentet hendes samtykke hertil.

BILAG 1.

EMNEOVERSIGT

AUTORISEREDE SUNDHEDSPERSONER

1. LÆGER

- 1.1 ALMEN MEDICIN, incl. vagtlæger**
- 1.2 ANÆSTESIOLOGI/INTENSIV**
- 1.3 ARBEJDSMEDICIN**
- 1.4 BØRNESYGDOMME (PÆDIATRI)**
- 1.5 BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI**
- 1.6 GYNÆKOLOGI OG OBSTETRIK**
- 1.7 HUD- OG KØNSSYGDOMME**
- 1.8 INTERN MEDICIN**
 - 1.8.1 Alderdomssygdomme (geriatri)**
 - 1.8.2 Blodsygdomme (hæmatologi)**
 - 1.8.3 Gigtsygdomme**
 - 1.8.4 Hjerte- og kredsløbssygdomme, medicinske (kardiologi)**
 - 1.8.5 Hormonsygdomme**
 - 1.8.6 Infektionsmedicin**
 - 1.8.7 Leversygdomme (hepatologi)**
 - 1.8.8 Lungesygdomme**
 - 1.8.9 Mavetarmsygdomme, medicinske (medicinsk gastroenterologi)**
 - 1.8.10 Nyresygdomme, medicinske (nefrologi)**
 - 1.8.11 Overfølsomhedssygdomme (allergologi)**
- 1.9 KIRURGI**
 - 1.9.1 Brysthulekirurgi (thoraxkirurgi)**
 - 1.9.2 Karkirurgi**
 - 1.9.3 Mavetarmsygdomme, kirurgiske (kirurgisk gastroenterologi)**
 - 1.9.4 Plastikkirurgi**
 - 1.9.5 Urinvejskirurgi (urologi)**
- 1.10 KRÆFTSYGDOMME (ONKOLOGI)**
- 1.11 LABORATORIESPECIALERNE**
 - 1.11.1 Analyse af diverse stoffer i blod m.v. (biokemi)**
 - 1.11.2 Arvelighed (genetik)**
 - 1.11.3 Bakterier, virus o.l. (mikrobiologi)**
 - 1.11.4 Immunologi**
 - 1.11.5 Medicins virkning (farmakologi)**
 - 1.11.6 Funktion af organer (fysiologi), brug af radioaktivitet (nuklearmedicin)**
- 1.12 NEUROKIRURGI**
- 1.13 NEUROLOGI**
- 1.14 ORTOPÆDKIRURGI**
- 1.15 PYKIATRI**

1.16 RØNTGEN (RADIOLOGI)

1.17 VÆVS- OG CELLEUNDERSØGELSER (PATOLOGI)

1.18 ØJENSYGDOMME (OFTALMOLOGI)

**1.19 ØRE-NÆSE-HALSSYGDOMME
(OTO-RHINO- LARYNGOLOGI)**

2. TANDLÆGER

3. TANDPLEJERE

4. SYGEPLEJERSKER

5. JORDEMØDRE

6. PSYKOLOGER

7. FYSIOTERAPEUTER

8. ERGOTERAPEUTER

9. KLINISKE TANDTEKNIKERE

10. FODTERAPEUTER

11. KIROPRAKTORER

12. OPTIKERE

13. KLINISKE DIÆTISTER

IKKE-AUTORISEREDE SUNDHEDSPERSONER

- 21. GRØNLANDSKE TANDPLEJERE**
- 22. PLEJERE**
- 23. SYGEHJÆLPERE**
- 24. GRØNLANDSKE SUNDHEDSHJÆLPERE**
- 25. PLEJEHJEMSASSISTENTER**
- 26. SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENTER**
- 27. RADIOGRAFER**
- 28. BIOANALYTIKERE**
- 29. APOTEKERE**
- 30. FARMACEUTER**
- 31. FARMAKONOMER**

JURIDISKE TEMAER

- 41. AKTINDSIGT I HELBREDSOPLYSNINGER**
- 42. ANSVARFORDELING**
- 43. IDENTIFIKATION, MÆRKNING**
- 44. INFORMATION OG SAMTYKKE**
- 45. JOURNALFØRING**
- 46. LÆGEERKLÆRINGER**
- 47. TAVSHEDSPLIGT**
- 48. ORDINATION AF AFHÆNGIGHEDSSKABENDE MEDICIN**