

SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

AFGØRELSER OG
PRAKSIS

Årsberetning 2002



SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN
AFGØRELSER OG PRAKSIS 2002

findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk

Redaktion:

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Frederiksborggade 15

1360 København K.

Telefon 33 38 95 00

Telefax 33 38 95 99

CVR-nummer: 19-82-79-92

www.pkn.dk

pkn@pkn.dk

Tryk: Schultz Grafisk

Pris kr. 150,00

Årsberetningen kan bestilles hos:

Schultz Information A/S

Herstedvang 4

2620 Albertslund.

tlf. 43 22 73 00

schultz@schultz.dk

ISBN: 87-987400-7-5

Forside:

Sthenelos forbinder Diomedes finger. Græsk vasebillede fra det 6. årh. f. Kr.

FORORD

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

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

Denne årsberetning er et vigtigt element i Patientklagenævnets mange initiativer til at udbrede kendskabet til nævnets praksis.

Årsberetningen er opbygget efter de personalegrupper og juridiske temaer, der er omfattet af nævnets kompetence. Nævnet har gennem de seneste år haft som mål at udarbejde større kapitler inden for områder, som har mange sager, og over en årrække at udarbejde kapitler om alle de personalegrupper, som er omfattet af nævnets virksomhed.

Nogle af kapitlerne i årsberetningen har tidligere været offentliggjort i fagblade, i sammenfatninger af nævnets praksis på udvalgte områder og som nyhedsbreve fra Patientklagenævnet.

Publikationen findes i en trykt og en elektronisk udgave. Den elektroniske udgave kan læses på nævnets hjemmeside www.pkn.dk under: /Nyhedsbreve og publikationer/Årsberetninger. Alle resumerede afgørelser i publikationen kan læses i fuld tekst i den elektroniske udgave.

Det er Patientklagenævnets mål, at denne årsberetning vil blive benyttet som grundlag for drøftelser om faglige spørgsmål mm. i alle relevante fora inden for sundhedsvæsenet. Det er målet, at årsberetningen således vil indgå i arbejdet med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i alle dele af sundhedsvæsenet.

Årsberetningen er sendt ud til en meget bred kreds af brugere, politikere, borgere, sundhedspersonale og administratorer, hvilket naturligvis har indflydelse på den sproglige udformning af beretningen. Det er nævnets håb, at beretningen læses, forstås og vurderes på baggrund af denne meget brede målgruppe.

Peter Bak Mortensen
direktør

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	INDLEDNING OM SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN.....	6
1.1	Opgaver og formål	6
1.2	Sagsgang.....	7
1.3	Orientering om nævnets afgørelser	8
2.	KLAGER I FORBINDELSE MED REKONSTRUKTION AF BRYSTET EFTER OPERATION OG STRÅLEBEHANDLING	10
2.1	Indledning.....	10
2.2	Proteser.....	10
2.3	TRAM-lap	10
2.4	Rekonstruktion ved hjælp af proteser.....	11
2.4.1	<i>Anvendelse af ekspansionsprotese.....</i>	<i>11</i>
2.4.2	<i>Anvendelse af saltvandsprotese.....</i>	<i>12</i>
2.5	Rekonstruktion ved hjælp af TRAM-lap operation.....	13
2.6	Genskabelse af symmetri mellem brysterne efter operation	14
3.	KLAGER OVER OPERATION FOR DISKUSPROLAPS I LÆNDERYGGEN, FORETAGET PÅ FORKERT NIVEAU	16
3.1	Indledning.....	16
3.2	Operativ behandling af diskusprolaps i lænden	16
3.3	Afgørelser i sager vedrørende operation på forkert lændehvirvelniveau	17
3.3.1	<i>Afgørelser uden kritik.....</i>	<i>17</i>
3.3.2	<i>Afgørelser med kritik.....</i>	<i>21</i>
4.	KLAGER OVER BRUD PÅ TAVSHEDSPLIGTEN I FORBINDELSE MED BEHANDLING.....	23
4.1	Videregivelse af oplysninger med patientens samtykke	23
4.1.1	<i>Samtykkets indhold og form</i>	<i>23</i>
4.1.2	<i>Hvem skal give samtykke.....</i>	<i>25</i>
4.1.3	<i>Journalføring.....</i>	<i>25</i>
4.2	Videregivelse af oplysninger uden patientens samtykke	26
4.2.1	<i>Videregivelse af oplysninger i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb.....</i>	<i>27</i>
4.2.2	<i>Videregivelse af oplysninger ved berettiget varetagelse af åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.</i>	<i>32</i>
4.2.3	<i>Videregivelse fra stedfortræder til egen læge</i>	<i>35</i>
4.3	Hvem træffer afgørelse om videregivelse	37
5.	KLAGER OG INDBERETNINGER OVER FEJLAGTIG IDENTIFIKATION AF PATIENTER OG ANDRE FORVEKSLINGER.....	38
5.1	Personidentifikation	38
5.2	Mærkning af oplysninger, diagnostisk materiale mv.	39
5.3	Anden identifikation.....	42
5.3.1	<i>Sideforveksling og andre fejllokaliseringer.....</i>	<i>42</i>
5.3.2	<i>Røntgenbilleder mv.</i>	<i>42</i>
6.	KLAGER OG INDBERETNINGER VEDRØRENDE FEJLMEDICINERING	44
6.1	Identifikation af præparat	44

6.2	Administrationsmåde	49
6.3	Præparatdosis	50
6.4	Administrationstidspunkt	53
6.5	Sikring af ordinationens rigtighed.....	54
7.	KLAGE OVER ORDINATION AF KEJSERSNIT	58
8.	INFORMATION OG SAMTYKKE, RETTEN TIL INFORMATION	61
8.1	Information til patienten.....	61
8.2	Information ved behandling af mindreårige.....	61
8.2.1	Generelt.....	61
8.2.2	Patienter, der er fyldt 15 år.....	62
8.2.3	Patienter under 15 år.....	64
8.3	Information af patienter, der er varigt inhabile	64
8.4	Information af pårørende til habile patienter.....	66
9.	KLAGER OVER TVANGSBEHANDLING MED ELEKTROSTIMULATION	67
10.	OFFENTLIGGJORTE AFGØRELSER I 2002 INDENFOR LÆGELIGE SPECIALER, ØVRIGE PERSONALEGRUPPER OG JURIDISKE TEMAER	73
11.	ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING.....	75
11.1	Anmodninger om tiltalerejsning i 2002	75
11.2	Anmodninger om tiltalerejsning 1997-2002 for læger.....	76
11.3	Anmodninger om tiltalerejsning i 1999-2002 for sygeplejersker	77
12.	RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET	78
12.1	Sager anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening.....	78
12.2	Sager anlagt af Dansk Sygeplejeråd.....	79
12.3	Sager anlagt af patienter/klagere	80
13.	KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND.....	83
13.1	Klage over nævnets afslag på at give løbende aktindsigt.....	84
13.2	Klage over nævnets afslag på aktindsigt til journalist.....	85
13.3	Klage over, at nævnets ikke havde taget stilling til en læges journalføring.....	86
13.4	Klage over en sagkyndig konsulents habilitet.....	87
13.5	Klage over nævnets sagsbehandling (visitation af klagen, brug af sagkyndig, partshøring og begrundelse)	88
BILAG 1.EMNEOVERSIGT		

1. INDLEDNING OM SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

1.1 Opgaver og formål

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov. Patientklagenævnet er uafhængig af de myndigheder, der har ansvaret for sundhedsvæsenets drift, og er uafhængig af fagpolitiske interesser.

Patientklagenævnet har efter loven til opgave at behandle klager over sundhedspersoners faglige virksomhed. Ved faglig virksomhed forstås ikke blot undersøgelse, diagnose, behandling og pleje, men også sundhedspersoners øvrige pligter som journalføring, tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger, stillingtagen til aktindsigt, information, indhentelse af samtykke mm.

Patientklagenævnet behandler også indberetninger om sundhedspersoners faglige virksomhed fra Sundhedsstyrelsen m.fl. Endelig virker Patientklagenævnet som ankeinstans for afgørelser truffet af de lokale psykiatriske patientklagenævn vedrørende anden tvang end frihedsberøvelse.

Patientklagenævnet skal tage stilling til, om sundhedspersonen har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Patientklagenævnets sanktioner er kritik af sundhedspersonens faglige virksomhed og i meget alvorlige tilfælde henvendelse til anklagemyndigheden med anmodning om tiltale for strafbart forhold.

I nogle tilfælde kan bivirkninger og komplikationer ikke undgås, selvom sundhedspersonen handler med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed. Har behandling på et sygehus imidlertid påført patienten en fysisk skade, er der i visse tilfælde mulighed for erstatning efter lov om patientforsikring. Efter denne lov kan der udbetales erstatning, selvom sundhedspersonen ikke har begået fejl. Der vil derfor forekomme tilfælde, hvor Patientklagenævnet ikke finder grundlag for kritik af sundhedspersonen, men hvor patienten alligevel har mulighed for at få erstatning.

Der er to hovedformål med behandlingen af klagesager i Patientklagenævnet. For det første skal nævnet tage stilling til, om sundhedspersonen har overtrådt sundhedslovgivningen, og på denne måde medvirke til at sikre, at den pågældende sundhedsperson ikke gentager en kritisabel faglig adfærd. For det andet skal nævnet ved at informere om afgørelserne medvirke

til den løbende kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet og dermed bidrage til at forbedre patienternes møde med sundhedsvæsenet.

1.2 Sagsgang

I første omgang gennemgår Patientklagenævnets sekretariat klagen og meddeler klager, hvilke klagepunkter nævnet kan behandle. Klagen skal være indsendt inden 2 år efter det tidspunkt, hvor klager første gang fik mistanke om eller burde have fået mistanke om, at klager havde modtaget en forkert behandling.

Klagen sendes nu til vedkommende embedslægeinstitution, som indhenter oplysninger hos de personer, der er klaget over. Embedslægen kan også bede om oplysninger fra andre sundhedspersoner, der kan belyse klagen. Samtidig får de personer, der er klaget over, kopi af klagen.

Når embedslægen vurderer, at klagen er tilstrækkeligt belyst, udarbejdes en sammenfatning af hændelsesforløbet. Sammenfatningen og de indhentede oplysninger sendes derefter til Patientklagenævnets sekretariat, der i de fleste sager derpå indhenter en vurdering fra en af nævnets sagkyndige konsulenter. Det er først og fremmest den sagkyndige konsulentens opgave at vurdere, om den sundhedsperson, der er klaget over, ved behandlingen har levet op til almindelig anerkendt faglig standard.

Patientklagenævnets sekretariat udarbejder herefter et forslag til afgørelse. Dette forslag sendes sammen med alle øvrige udtalelser og dokumenter i sagen til klager og den sundhedsperson, der er klaget over. På denne måde får sagens parter mulighed for at kommentere sekretariatets forslag til afgørelse og alle øvrige udtalelser mm. i sagen, inden nævnet træffer afgørelse. Sekretariatet tager herefter stilling til, om de modtagne kommentarer fra sagens parter giver anledning til ændringer i forslaget til afgørelse.

Herefter forelægges forslaget til afgørelse for nævnet sammen med det materiale, som sagens parter har haft lejlighed til at kommentere. Også parternes kommentarer forelægges nævnet.

Når nævnet træffer afgørelse, deltager fem personer: en formand, som er dommer, to lægmænd, som repræsenterer henholdsvis sundhedsvæsenets brugere og sygehusejerne, samt to fagligt uddannede sundhedspersoner med samme grunduddannelse som den sundhedsperson, der er klaget over.

I sager, der ikke giver anledning til tvivl, kan formanden træffe afgørelse på nævnets vegne.

Nævnets afgørelser kan have følgende indhold:

- ingen kritik
- kritik
- kritik med indskærpelse
- anmodning om tiltalerejsning
- at en bestemt handling kunne have været mere hensigtsmæssig.

Nævnets afgørelser er endelige. Der er derfor ikke mulighed for at klage til andre administrative myndigheder over afgørelsen. Sagen kan dog genoptages, hvis nævnet modtager nye oplysninger af væsentlig betydning for afgørelsen. Sagen kan også genoptages, hvis nævnet har begået væsentlige sagsbehandlingsfejl.

1.3 Orientering om nævnets afgørelser

Nævnets afgørelse sendes til klager og den sundhedsperson, der er klaget over. Samtidig orienteres den myndighed, der er arbejdsgiver eller lignende i forhold til den berørte sundhedsperson. Hensigten med denne orientering er især at give sundhedspersonens arbejdsgiver anledning til at overveje, om klagen bør føre til ændringer i procedurer, præcisering i instrukser mm. En undersøgelse foretaget af en ekstern evaluator i efteråret 2000 viste, at godt en fjerdedel af de sygehusafdelinger, der besvarede evaluators spørgeskema, indenfor det seneste år havde ændret procedurer mm. eller haft principielle drøftelser som følge af Patientklagenævnets afgørelser. Det er værd at understrege, at også afgørelser, der ikke er endt med kritik, afspejler et patientforløb, der – med rette eller urette - er oplevet som utilfredsstillende af patienten, og som derfor også bør give anledning til overvejelser om eventuelle ændringer.

Sundhedsstyrelsen modtager kopi af alle nævnets afgørelser, som sammen med afgørelserne fra Patientforsikringen indgår i en database i styrelsen. Hensigten er at bidrage til, at styrelsen får mulighed for at identificere særlige problemområder, hvor der kan være behov for faglige udmeldinger fra styrelsen. Samtidig udgør Patientklagenævnets afgørelser det væsentligste grundlag for Sundhedsstyrelsens nye kompetencer efter lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse til at gribe ind over for sundhedspersoners faglige inkompetence.

Endelig udfolder Patientklagenævnet store bestræbelser på at udbrede kendskabet til nævnets afgørelser mere bredt for på denne måde at medvirke til den løbende kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i sundhedssektoren.

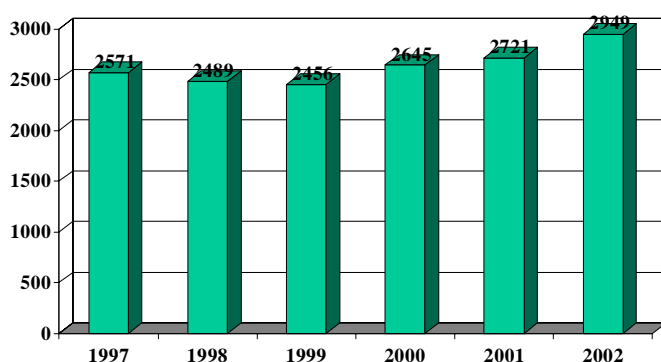
Denne årsberetning med de mange resuméer af afgørelser er et eksempel herpå. Herudover udsender nævnet løbende nyhedsbreve og offentliggør artikler i fagtidsskrifter. Nævnet udarbejder også sammenfatninger af praksis på udvalgte områder.

Endelig offentliggør Patientklagenævnet hver måned 20 afgørelser i anonymiseret form i fuld tekst på nævnets hjemmeside. Hjemmesiden, der kan findes under: WWW.PKN.DK, har endvidere en søgefacilitet, der gør det muligt let at finde netop de emner eller faggrupper, som har særlig interesse.

Patientklagenævnet i tal

I 2002 modtog Patientklagenævnet 2949 nye klager. Efter nogle år med et faldende antal nye

Antal nye klager



klager er antallet af nye klager steget siden 2000.

I forhold til antallet af patientkontakter i sundhedsvæsenet er der tale om et beskedent antal klager. I runde tal er der flere end 1 mio. udskrivninger fra sygehusene om året, flere end 4 mio. ambulante behandlinger og flere end 32 mio. patientkontakter i almen praksis. Langt de fleste klager over læger. Ca. 85 % af sagerne var klager over læger.

I 2002 afgjorde Patientklagenævnet 2303 sager. Ca. hver femte afgørelse endte med kritik af en eller flere sundhedspersoner. 11 sager blev sendt til anklagemyndigheden med anmodning om tiltale for strafbart forhold. Sagsbehandlingstiden faldt i 2002 til 8,0 måneder fra 8,2 måneder i 2001 på trods af, at antallet af nye sager steg. Grunden til, at der ikke kom en stigning, er det høje antal afgørelser i 2002.

På hjemmesiden er der mange flere oplysninger om Patientklagenævnet, herunder statistiske oplysninger.

2. KLAGER I FORBINDELSE MED REKONSTRUKTION AF BRYSTET EFTER OPERATION OG STRÅLEBEHANDLING

2.1 Indledning

Ved rekonstruktion af brystet efter operation og strålebehandling for kræft kan man vælge mellem flere rekonstruktionsmetoder. En af dem er implantation af en protese, og en anden mulighed er rekonstruktionen ved hjælp af patientens eget væv, f. eks. en TRAM-lap operation.

2.2 Protoser

Ved implantation af protese kan der vælges implantation af silikone- eller saltvandsprotese, og der er også mulighed for at anvende en protese, der langsomt udvides (ekspansionsprotese) ved gradvis påfyldning af saltvand.

Anvendelse af protese og TRAM-lap operation kan eventuelt kombineres således, at vævsflytningen tilvejebringer det ekstra stykke huddække, mens implantatet giver den nødvendig fylde. Den konkrete behandling tilrettelægges i samråd med patienten, som måske kan have særlige ønsker om at undgå ekstra ardannelse, men der kan også være en række andre forhold at tage hensyn til. Når der er givet strålebehandling, er en rekonstruktion med anvendelse af eget væv altid med i overvejelserne, fordi det strålepåvirkede område ofte har mistet sin eftergivelse modsat det importerede væv.

2.3 TRAM-lap

En TRAM-lap operation (transversus-rectus-abdominal-musculocutaneus lap) er en operation, hvor patientens eget væv, herunder hud, fedt og muskulatur fra maveregionen, bliver anvendt til erstatning af manglende fylde. Der bliver løsnet en lap fra bugvæggen, og denne bliver herefter anvendt til at rekonstruere brystet. Lappen består således af hud, underhud og muskel. Denne lap får sin blodforsyning fra en arterie (arteria epigastrica inferioris profunda), og blodet løber fra lappen gennem to vener, der løber lige ved siden af arterien.

Når denne såkaldte musculocutane lap flyttes fra maven op til brystet, skal den have sin blodforsyning et andet sted fra. Karrene syes under mikroskop med nogle meget små sting. Nogle af de komplikationer, der kan opstå ved en sådan operation, er enten, at der ikke kommer blod nok til lappen (gennem arterien), eller at blodet ikke har mulighed for at løbe bort fra lappen (gennem venen).

Efter gennemført strålebehandling kan der endvidere være vanskeligheder med at opnå et kosmetisk acceptabelt resultat, idet vævet ofte er mindre elastisk og præget af arvæv og derfor ikke giver sig så godt som i de tilfælde, hvor strålebehandling ikke har været givet.

Nedenfor refereres nævnets praksis i sager vedr. klager over den foretagne brystrekonstruktion. Beskrivelse af nævnets praksis bygger på en gennemgang af 16 afgørelser, truffet i perioden 2000 til 2002.

2.4 Rekonstruktion ved hjælp af proteser

2.4.1 Anvendelse af ekspansionsprotese

Klage over rekonstruktion med ekspanderprotese (0233109B)

En 33-årig kvinde havde fået fjernet sit venstre bryst på grund af brystkræft. Herefter ønskede hun en rekonstruktion af brystet. Det blev aftalt, at hun skulle have ilagt en ekspansionsprotese på 350 ml. Under operationen blev der ilagt en ekspansionsprotese på 450 ml. i stedet, da hospitalet ikke havde flere ekspansionsproteser på 350 ml. Da resultatet ikke var tilfredsstillende, herunder da den ilagte protese foldede, blev den fjernet.

Der blev bl.a. klaget over, at overlægen ikke udførte operationen korrekt.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af behandlingen. Nævnet lagde vægt på, at patienten kun havde en begrænset mængde hud på mave og ryg, hvorfor hun var mest egnet til en brystrekonstruktion ved hjælp af protese /ekspanderprotese.

Nævnet fandt således, at det under hensyn til forholdene vedrørende muligheden for at flytte hud –og dermed foretage en TRAM-lap operation, var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at patienten blev tilbudt at få foretaget rekonstruktion med en ekspansionsprotese.

Nævnet oplyste, at ekspansionsprotesens størrelse spiller en mindre rolle for resultatet, når blot den kan optages til et passende rumfang. Et passende rumfang er i den forbindelse et rumfang lidt over, hvad der kan skønnes at være symmetrisk med det andet (modsidige) bryst.

Det fremgik videre af sagen, at det efter endt optankning er almindeligt anbefalet at lade gå 3-6 måneder, for at arrene (udvendige såvel som indvendige) kan modnes, og vævet stabiliseres i udvidet tilstand. Det er almindeligt herefter at foretage en aftapning til skønnet symmetrisk rumfang set i forhold til det andet bryst. Herved fremkommer ofte umiddelbart folder, som kan være synlige gennem huden, men som ofte glatter sig ud med tiden. Synligheden af disse folder afhænger blandt andet af, hvor stort et rumfang der

aftappes, men også af hvor tykt underhudsfedtlaget er. Består rynkedannelsen over tid, er det almindeligt at udskifte ekspansionsprotesen med en silikoneprotese med et permanent rumfang eller en saltvandsprotese, der er påfyldt det ønskede rumfang.

Nævnet oplyste endelig, at der ikke er nogen øvre grænse for, hvor lang tid en ekspansionsprotese kan være implanteret, så længe der ikke optræder symptomer, som tilsiger, at den bør fjernes. Resultatet af en rekonstruktion behøver således ikke at blive ringere, såfremt de ovennævnte 3-6 måneders armodningstid overskrides, men det tilstræbes i almindelighed, at en brystrekonstruktion med den beskrevne metode er tilendebragt, det vil sige også justeret i påfyldning, i løbet af $\frac{3}{4}$ - 1 år.

I efterforløbet efter endt påtækning i ekspansionsprotesen opstod der kapseldannelse.

Nævnet oplyste, at det er en almindelig kendt komplikation til brystrekonstruktion, at der opstår kapseldannelse. Dette er særlig tilfældet, når der forud for behandlingen er udført strålebehandling.

2.4.2 Anvendelse af saltvandsprotese

Klage over placering af saltvandsproteser (0234310B)

En 62-årig kvinde havde mere end 20 år tidlige fået fjernet begge bryster på grund af forstadier til kræft. Hun havde efterfølgende flere gange fået indsat silikoneproteser, som dog var fjernet igen på grund af problemer med disse. Det blev aftalt at prøve at indsætte små saltvandsproteser. Disse blev indsat under muskulaturen. Efter indsættelsen af proteserne fandt patienten, at de var placeret for højt oppe, og patienten besluttede 14 dage efter operationen, at de skulle fjernes igen.

Der blev klaget over behandlingen i forbindelse med indsættelse af proteserne.

Nævnet fandt anledning til kritik af lægens behandling af patienten, idet nævnet fandt, at lægen i denne konkrete situation burde have forudset, at det ville være vanskeligt at korrigere patientens tilstand ved at placere saltvandsproteser under muskulaturen uden at behandle eller tage højde for de ar og forandringer, som patienten havde i huden og underhuden på grund af det tidligere forløb.

Nævnet oplyste, at det er en almindeligt forekommende komplikation, at der opstår displacering af proteser med forskydning opadtil. Nævnet fandt imidlertid, at det i uproblematisk tilfælde var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt standard at placere proteserne under muskulaturen.

Sagen illustrerer, at nævnet i en konkret sag kan finde grundlag for kritik, når der ved foretagelse af indgrebet ikke er taget højde for udviklede ar og forandringer.

Klage over, at der efter rekonstruktionsbehandling opstod infektion (0233606B)

En 64-årig kvinde havde ca. 30 år tidligere fået fjernet venstre bryst på grund af kræft. Patienten havde tidligere fået indopereret en silikone-protese. Protesen blev imidlertid aldrig pæn, og det blev derfor aftalt at fjerne protesen og erstatte den med en saltvandsprotese. Efter operationen var forløbet med hensyn til protesen umiddelbart fredeligt, men patienten fik hovedsmerter, svimmelhed og blodtryksstigning. Under indlæggelse til undersøgelse herfor sprang operationssåret op, og efterforløbet var kompliceret af infektion.

Der blev blandt andet klaget over, at lægerne overså, at der var infektion i brystet.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægerne. Nævnet lagde vægt på, at forløbet efter operationen var fredeligt. Nævnet lagde videre vægt på, at der senere blev konstateret tegn på infektion. Nævnet vurderede, at der ikke forud for, at såret sprang, havde været tegn på infektion ved undersøgelserne. Nævnet oplyste, at det er velkendt, at heling efter strålebehandling kan være stærkt forsinket og give anledning til flere komplikationer og problemer end vanligt.

2.5 Rekonstruktion ved hjælp af TRAM-lap operation

Klage over, at det under operationen blev besluttet at udskyde flytningen af hudlap (0126110B)

En 54-årig kvinde havde mere end 10 år tidligere fået fjernet højre bryst på grund af kræft. Hun ønskede nu at få foretaget en TRAM-lap operation. I forbindelse med operationen besluttede lægen, at flytningen af hudlappen skulle ske med et "delay". Flytningen lykkedes, og lappen fungerede.

Der blev blandt andet klaget over, at lægen besluttede, at flytningen skulle ske med et "delay".

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at det under selve indgrebet viste sig nødvendigt med udskydning af flytningen, idet hudlappen udviklede en misfarvning, der forblev uændret efter en observationsperiode.

Det blev således vurderet at være nødvendigt med en forsinket flytning, idet der var behov for at "træne" blodforsyningen. Da det efter nogle dage var lykkedes at normalisere blodforsyningen, kunne lappen flyttes til brystet.

Nævnet oplyste, at der i almindelig anerkendt faglig standard ikke er fastsat nogen entydig længde for varigheden af et delay mellem to operationer. Imidlertid anses 5 dage ofte som

et minimum, ligesom det anses for hensigtsmæssigt, at den anden og endelige operation udføres inden 14 dage efter, at første operation er foretaget.

Nævnet oplyste videre, at det må anses for en ganske usædvanlig komplikation, at en delay procedure først under indgrebet viser sig nødvendig.

2.6 Genskabelse af symmetri mellem brysterne efter operation

Klage over, at operation ikke genskabte symmetri mellem brysterne (0233617B)

En 51-årig kvinde var 9 år tidligere opereret for kræft i højre bryst (lumpektomi) og havde efterfølgende fået stråleterapi samt forebyggende kemoterapi. Hun blev 6 år efter operationen indkaldt til undersøgelse med henblik på ved operation at opnå symmetri mellem højre og venstre bryst. Det blev aftalt, at det raske venstre bryst skulle formindskes for at opnå symmetri. Forud for operationen, der skulle foregå ca. 2 år efter forundersøgelsen, blev patienten på ny indkaldt til undersøgelse. Det blev nu aftalt, at det højre bryst skulle forstørres ved hjælp af en hudlap fra ryggen i stedet for som tidligere aftalt at formindske det venstre bryst. Operationen blev udsat på grund af en højtid, og forud for selve operationen blev patienten atter undersøgt, og det blev nu vurderet, at forandringerne i højre bryst var for store til, at en hudlap fra ryggen ville give et acceptabelt resultat. Det blev derfor aftalt at foretage operationen således, at der ville blive flyttet noget væv fra området nedenfor armhuleområdet til højre bryst.

Der blev klaget over, at der efter operationen fortsat var stor forskel på brysterne, idet højre bryst var markant mindre end venstre bryst og samtidig sad højere oppe end venstre bryst.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af lægen. Nævnet lagde vægt på, at det i forbindelse med den seneste undersøgelse blev konstateret, at patienten manglede en væsentlig del af nedre, udvendige (laterale) kvadrant af højre bryst. Det blev af lægen vurderet, at en operation, hvor man ved hjælp af en lap hud fra ryggen ville rekonstruere det strålebehandlede bryst, næppe ville kunne føre til, at højre bryst blev symmetrisk med venstre, idet der var tale om skrumpende ardannelse som følge af den tidligere kirurgi og strålebehandling med opad- og udadføring af brystvorteområdet samtidig med, at der var relativ vævsmangel/brystfylde nedadtil udadtil. Lægen vurderede, at en vis forbedring af brystets form ville kunne opnås ved en vævskyddning fra siden af kroppen nedenfor armhuleområdet. Huden kunne herefter drejes ind til erstatning af manglende vævsfylde i brystet.

Nævnet lagde videre vægt på, at der således var mulighed for at korrige højre bryst ved flere forskellige metoder, hvoraf de 2 mest nærliggende blev drøftet.

Nævnet oplyste, at valget af behandling bygger på en tilstrækkelig undersøgelse og en vurdering af, at det er den bedste behandling, som med mindst gener for patienten ville give det bedste resultat.

Nævnet lagde vægt på, at der til operationen blev valgt den metode, der ville være den mest simple, og som ville give mindst påvirkning af patientens helbred.

3. KLAGER OVER OPERATION FOR DISKUSPROLAPS I LÆNDERYGGEN, FORETAGET PÅ FORKERT NIVEAU

3.1 Indledning

I dette kapitel refereres 6 afgørelser fra perioden 1999 til 2002 om operation for diskusprolaps i lænden, hvor det efterfølgende viste sig, at operationen var foretaget på et andet niveau eller anden side end det tilstræbte.

Afgørelserne viser, at operation på en forkert bruskskive ikke er kritisabelt, hvis operatøren har anvendt en almindelig anerkendt metode og i øvrigt ikke burde have fået mistanke om, at der blev opereret på et utilsigtet niveau.

I 4 af de 6 afgørelser fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere operatøren. Ved afgørelserne er der lagt vægt på, at kirurgerne har bestemt niveauet efter normal praksis ved at tælle antallet af hvirvelbuer fra korsbenet. Der er yderligere lagt vægt på, at der under operationen ikke blev fundet forhold, der gjorde, at man mistænkte, at operationen blev foretaget på et forkert niveau. Der er ikke praksis for at foretage røntgenkontrol under operation for diskusprolaps i lænden. I et konkret tilfælde fandt nævnet, at det havde været hensigtsmæssigt, om der havde været foretaget en røntgengennemlysning under operationen.

I 2 af de 6 afgørelser fandt nævnet grundlag for kritik. I den ene sag lagde nævnet vægt på, at der blev foretaget frilægning på den forkerte side af lændehvirvlen uden fund af prolaps, og at de anatomiske forhold ikke gav mulighed for forveksle siden. I den anden sag lagde nævnet vægt på, at en overlæge, der assisterede en mere uerfaren kirurg, ikke selv kontrollerede operationsniveauet.

3.2 Operativ behandling af diskusprolaps i lænden

Diskus (båndskiven, bruskskive mellem ryghvirvlerne) består af en fast ydre ring og en mere løs kerne. Når væv fra kernen trænger ud gennem den yderste ring, kaldes det en diskusprolaps. Når en prolaps trænger ind i rygmarvskanalen, kan den trykke på nerverødderne til et af benene. Dette medfører smerter, lammelser og nedsat følesans i benet. Hvis prolapsen er stor nok, kan den også trykke på nerverne til urinblæren og endetarmslukkemusklen. Der vil da komme problemer med at holde på urin og afføring. Diskusprolaps ses ti gange så hyppigt i lænden som i nakken, og kun sjældent i brystryggen. Der opereres i Danmark ca. 4000 patienter for diskusprolaps årligt. 95 % af prolapsene i lænden findes på de to nederste af lændens fem diski.

Ved operation for diskusprolaps i lænden lægges et snit i den nederste del af lænden. Den korrekte fremgangsmåde til at finde den tilsigtede diskus er at tælle antallet af hvirvelbuer fra korsbenet, som ligger umiddelbart under den femte og nederste lændehvirvelbue. En del af hvirvelbuen fjernes dernæst, således at man kan komme ind i rygmarvskanalen. I rygmarvskanalen holdes rygmarvssækken til side, og man kan herefter se diskus og en eventuel diskusprolaps.

Proceduren med at tælle antallet af hvirvelbuer giver som regel tilstrækkelig sikkerhed for, at man kommer ind på den korrekte diskus. Der optræder imidlertid visse variationer over opbygningen af lænderyggen, idet korsbenet er dannet af flere hvirvler, der er vokset sammen i fostertilstanden. I visse tilfælde er sammenvoksningen ikke komplet, og en sådan delvis eller ikke sammenvokset korsbenshvirvel kan forveksles med en lændehvirvel. I enkelte tilfælde kan der ske en sammenvoksning af den nederste lændehvirvel med korsbenet. Der kan også ses andre variationer over opbygningen af rygsøjlen og korsbenet. I tvivlstilfælde kan det korrekte niveau sikres ved anvendelse af røntgen under operationen. Røntgen anvendes ikke rutinemæssigt, idet det vil medføre en forlængelse af operationstiden og en øget risiko for betændelse i såret.

3.3 Afgørelser i sager vedrørende operation på forkert lændehvirvelniveau

Der blev i alle sager klaget over, at operationen var foretaget på et forkert niveau. I en enkelt sag blev der desuden klaget over, at der ikke var anvendt røntgenundersøgelse.

3.3.1 Afgørelser uden kritik (0017622A)

En 44-årig kvinde blev indlagt på et sygehus, da hun i et halvt år havde haft vedvarende lændesmerter med udstråling til ydersiden af højre ben. Den objektive undersøgelse og røntgenbilleder tydede på kompression af 5. lumbalnervrod på højre side, og det blev besluttet at operere.

Forløbet efter operationen var fredeligt, og smerterne forsvandt stor set. Patienten genoptog sit arbejde, men de efterfølgende år havde hun fortsat lændesmerter med udstråling ned i højre ben, ligesom hun havde kort gangdistance. Ved CT-scanning 6 år efter operationen blev det konstateret, at patienten var blevet opereret på 3. lændehvirvel og ikke som planlagt på 4. lændehvirvel.

Der blev klaget over, at patienten var blevet opereret for diskusprolaps på 3. lændehvirvel og ikke som planlagt på 4. lændehvirvel.

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik. Nævnet lagde vægt på, at det af operationsbeskrivelsen fremgik, at den nerverod, som lægen havde anset for at være 5.

rod, givetvis havde været klemmt. Den diskus, som lægen havde anset for at være 4. lændehvirvel, frembulede ganske let, og der blev udtømt sparsom mængde degeneret diskusvæv. På baggrund af disse omstændigheder fandt nævnet, at den opererende læge havde udført operationen i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

Nævnet oplyste, at lænderygsøjlen normalt består af 5. lændehvirvler. Der er 5 bruskskiver, hvoraf den 5. ligger imellem den 5. lændehvirvel og korsbenet. Fra hver lændehvirvel går der en hvirvelbue bagom rygmarvskanalen og midt på hvirvelbuen bagtil sidder torntappen. Den 5. hvirvelbue sidder ud for den 5. bruskskive, hvorfor man bruger denne som kendingsmærke og derfra tæller opad, til man når den rette hvirvelbue.

Nævnet oplyste endvidere, at selv om disse (og andre) ovennævnte kendingsmærker altid anvendes til sikring af det korrekte operationsniveau, er det ikke muligt at undgå, at der af og til vil blive opereret på det forkerte niveau. Hvirvelbuerne kan være mere eller mindre tydelige, og der kan være anatomiske variationer i hvirvelsøjlestrukturen, der gør, at man ikke altid får identificeret den korrekte hvirvelbue. Selvom der anvendes røntgengennemlysning under operationen, er det stadig ikke muligt at undgå, at der af og til vil blive opereret på den forkerte hvirvelbue og dermed bruskskive.

(9804318B)

En 48-årig kvinde havde i over 3 år haft smerter i venstre side af ryggen. Ved en CT-scanning blev det konstateret, at symptomerne skyldtes en diskusprolaps i lænden. Man havde desuden kendskab til, at hun havde en anatomisk variant, som bestod i, at det første segment af korsbenet var frit og derved fremtrådte som en ekstra såkaldt falsk 6. lændehvirvel.

Operatøren foretog indledningsvist en røntgengennemlysning for at sikre sig, at han gik ind på det niveau, hvor der var konstateret en diskusprolaps. Efter at have fastlagt dette niveau, foretog han en afklipning af en mindre del af lændehvirvel for at nå ind til rygmarvskanalen og den formodede diskusprolaps. Umiddelbart efter afklipningen af knoglestykket kunne lægen imidlertid se, at han ikke var i kontakt med diskusprolapsen og blev herved klar over, at han havde fjernet et knoglestykke fra den ekstra 6. lændehvirvel. Efter en ny gennemlysning bevægede han sig et segment op og foretog herefter en operation med fjernelse af en stor diskusprolaps ved 5. lændehvirvel og 5. lændediskus.

Der blev klaget over, at patienten blev opereret på et forkert niveau.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af behandlingen. Selv om patienten i første omgang havde fået foretaget frilægning på forkert lændehvirvelniveau, fandt nævnet, at lægen havde handlet i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard. Det var nævnets vurdering, at den ekstra frilægning og afbidning af en mindre del af knoglen på

den ekstra lændehvirvel ikke havde haft betydning for patientens smerter efter operationen. Nævnet fandt herefter, at der ved røntgengennemlysningen var lavet en tilstrækkelig grundig undersøgelse af operationsstedet, og at frilægning på et forkert niveau ikke kan anses for en fejl, når blot der under selve operationen korrigeres for højden.

Nævnet oplyste, at frilægning på en forkert højde ikke er sjælden, og dette især gælder overgangshvirvler, hvor de normale fikspunkter er forskudt. Nævnet oplyste endvidere, at røntgengennemlysning normalt ikke anvendes rutinemæssigt ved operation for diskusprolaps i lænden, heller ikke når der er tale om overgangshvirvler med seks lændehvirvler.

(99F027B)

En 48-årig kvinde havde ved en røntgenundersøgelse og en CT-scanning fået påvist en diskusprolaps ved nederste og næstnederste lændehvirvel på højre side. Den læge, som foretog det efterfølgende indgreb, følte efter og var overbevist om, at han mærkede overkanten af halebenet. Han var derfor ikke i tvivl om, at han befandt sig på det korrekte operationsniveau. Han foretog frilægning af de to nederste frie hvirvelbuer (laminae) og en delvis fjernelse af den flade del af næstnederste hvirvelbue. Der blev fundet hævelse af ligamenterne, som kunne forklare de forandringer, der var set ved røntgenundersøgelsen. Der blev ikke fundet tegn på diskusprolaps, og nerveroden blev frilagt.

Da der ikke var nogen virkning af operationen, blev der foretaget kontrol ved en røntgenundersøgelse, hvorved man konstaterede, at indgrebet var blevet foretaget et niveau højere end planlagt. En uge senere blev patienten reopereret, hvor man foretog røntgengennemlysning under operationen for at sikre sig, at man fandt det korrekte sted.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget en røntgengennemlysning under operationen for at sikre, at operationen blev foretaget det rigtige sted.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere behandlingen. Nævnet bemærkede, at såfremt den opererende læge ved at føle sig frem er overbevist om, at der kan opereres det korrekte sted, er det ikke almindelig praksis at foretage røntgengennemlysning til bekræftelse heraf.

Nævnet fandt, at patienten var blevet opereret i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, da den opererende læge havde følt sig frem til det sted, hvor der skulle opereres og her fandt tykke bindevævsstrøg, som kunne forklare nerverodstrykket. Der blev endvidere efterfølgende endnu en gang følt efter, om der var opereret det korrekte sted.

Denne sag illustrerer, at nævnet ikke finder grundlag for at kritisere en operatør for ikke at anvende røntgenkontrol under en operation for diskusprolaps, selvom operationen blev foretaget på forkert lændehvirvelniveau, når operatøren har anvendt den almindeligt anerkendte fremgangsmåde til bestemmelse af det korrekte lændehvirvelniveau.

(9913811B)

En 55-årig mand havde været til en CT-scanning af lændehvirvelsøjlen et par måneder forinden, hvor der var påvist et mindre fremfald (prolaps) fra 5. lændehvirvel. Han blev herefter opereret af to læger. Efter indgrebet var smerterne væk, men efter 2 ½ måned kom de igen med samme lokalisation som før operationen. Der blev foretaget en MR-scanning af lændehvirvelsøjlen. Scanningen viste, at patienten var blevet opereret på 4. lændehvirvel og ikke som tilsigtet på 5. lændehvirvel. Han blev derpå reopereret.

Det blev oplyst, at afdelingens sædvanlige procedurer til sikring af det korrekte niveau ikke inkluderede røntgengennemlysning, idet afdelingen ikke konstant havde et sådant apparat til rådighed.

Der blev klaget over, at lægerne opererede på den forkerte lændehvirvel.

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik af de to læger. Nævnet lagde vægt på, at det af operationsbeskrivelsen fremgik, at det korrekte operationsniveau blev sikret ved tælling af lamina på lændehvirvlerne nede fra korsbenet og oppefter, hvorefter der blev fundet et tydeligt blødt fremspring (prominens) svarende til diskus, som blev fjernet. Lægerne tolkede fremspringet som det lille fremfald (prolaps), som var fundet ved CT-scanningen et par måneder før.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det af operationsbeskrivelsen fremgik, at lægerne sikrede niveauet to gange. Nævnet lagde endelig vægt på, at man ved den anden operation observerede, at nederste frie lamina lå helt tæt op ad korsbenet, og derfor var blevet tolket som en del af korsbenet. 4. lændehvirvel var derfor blevet tolket som 5. lændehvirvel.

Nævnet fandt således, at lægerne havde udført operationen i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægerne havde sikret sig det korrekte operationsniveau ved brug af røntgengennemlysning. Nævnet lagde herved vægt på, at de anatomiske forhold kunne give anledning til tvivl, om indgrebet blev foretaget på dette rette niveau.

Denne sag illustrerer, at nævnet i konkrete tilfælde kan finde det hensigtsmæssigt, at en operatør anvender røntgenkontrol under en operation for diskusprolaps i lænden, selvom han har anvendt den almindeligt anerkendte fremgangsmåde til bestemmelse af det korrekte lændehvirvelniveau.

3.3.2 Afgørelser med kritik

(0123522B)

En 49-årig kvinde blev på grund af akutte lænde- og rygsmerter med udstråling til højre ben og lammelse af muskler i højre fod indlagt på et sygehus med henblik på operation for diskusprolaps. På røntgenafdelingen fandt man, at en akut CT-scanning viste en bred udbuling (protusion) med relativt dårlige pladsforhold, men ikke egentlig prolaps mellem 3. og 4. og mellem 4. og 5. lændehvirvel. En læge fandt dog grundlag for operation for en mindre prolaps, og patienten blev opereret på venstre side af lændehvirvelsøjlen. Hun havde dog efter operationen uændrede symptomer, og et røntgenbillede viste, at der var blevet opereret på den forkerte side. Patienten blev herefter reopereret.

Der blev klaget over, at patienten var blevet fejlopereret, idet hun blev opereret på venstre side, i stedet for på højre.

Nævnet fandt grundlag for kritik af operatøren. Nævnet lagde vægt på, at patienten havde højresidige symptomer, og at operation for en lille prolaps var berettiget ud fra det kliniske og billedmæssige grundlag. Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ved operationen som operationsprocedure i journalen var anført frilægning af nerveroden ud for næstnederste diskus i højre side, men at der i selve beskrivelsen af operationen blev anført frilægning i venstre side uden fund af en prolaps. Nævnet lagde endelig vægt på, at man ved en akut reoperation få dage senere fjernede en prolaps fra 4. højre lumbale diskus. Det var nævnets vurdering, at der ikke på grund af de anatomiske forhold var mulighed for at forveksle siden.

Denne sag illustrerer, at nævnet kan finde grundlag for kritik af operatøren, hvis der opereres på den forkerte side af lænderygsøjlen uden fund af prolaps, og hvis det på grund af anatomiske forhold ikke er mulighed for at forveksle siden, og indgrebet i øvrigt var i modstrid med patientens symptomer.

(0123214A)

En 49-årig mand havde 1½ år før operationen fået foretaget en CT-scanning suppleret med røntgenundersøgelse af rygmarven med kontrast (lumbal myelografi), som viste prolaps af diskus på mellem 3. og 4. og mellem 4 og 5. lændehvirvel (L3/L4 og L4/L5 niveau), mest udtalt på sidstnævnte niveau (L4/L5 niveau). Ved en klinisk undersøgelse 1 ½ år efter blev der fundet tegn på rodtryk mod højre svarende til påvirkning (affektion) af 5. lumbale nerverod, hvilket var foreneligt med prolaps af 4. lumbale diskus (L4/L5-diskus). På de foreliggende røntgenoptagelser var der ikke tegn på lumbal- eller sacral overgangshvirvel, ligesom der ikke var tegn på andre knoglemæssige uregelmæssigheder.

Patienten blev indlagt på et sygehus med henblik på operation med udtømning af 4. diskus. Operationen blev udført af en 1. reservelæge assisteret af en overlæge. 1. reservelægen sikrede sig det rigtige niveau ved optælling af torntappene samt korsbenet. Han udpegede 4. og 5. torntap og frilagde efterfølgende mod højre diskusrummet samtidig med, at han konstaterede et lille fremfald, som blev fjernet.

6 dage efter operationen fik patienten pludselig krafttab i højre ben, ligesom der var nedsat følelse af både den midterste og yderste fodrand. En efterfølgende CT-scanning viste, at operationen var blevet gennemført på forkert niveau. Patienten blev herefter reopereret.

Der blev klaget over, at der var blevet opereret på et forkert led i rygsøjlen.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen. Nævnet lagde herved vægt på, at overlægen var vidende om, at 1. reservelægen havde en begrænset rutine i operationer for lumbal diskusprolaps.

Nævnet fandt på dette grundlag, at overlægen selvstændigt burde have sikret sig, at der blev opereret på det korrekte niveau enten ved at fjerne sårspærren og selvstændigt foretage en optælling af torntappene og/eller ved anvendelse af røntgengennemlysning.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af 1. reservelægen. Nævnet fandt, at 1. reservelægen havde udført operationen efter almindelig anerkendt metode, der kun skulle suppleres med røntgengennemlysning, hvis der ved indgrebet ikke kan foretages en sikker optælling af torntappene, eller der efterfølgende ikke findes det forventede fremfald.

Denne sag illustrerer, at nævnet kan finde grundlag for at kritisere en læge for hans supervision af en mindre erfaren operatør, når lægen ikke selvstændigt sikrer sig, at der bliver opereret på det korrekte lændehvirvelniveau.

4. KLAGER OVER BRUD PÅ TAVSHEDSPLIGTEN I FORBINDELSE MED BEHANDLING

Lov om patienters retsstilling, §§ 24 og 25 regulerer spørgsmålet om sundhedspersoners tavshedspligt i situationer, hvor oplysninger videregives i forbindelse med behandling.

4.1 Videregivelse af oplysninger med patientens samtykke

Det fremgår af lovens § 24, stk. 1, at en sundhedsperson med patientens samtykke kan videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten. Det er således den altovervejende hovedregel, at der skal foreligge et samtykke fra patienten til videregivelse af disse oplysninger til andre sundhedspersoner.

4.1.1 Samtykkets indhold og form

Lovens § 25 omhandler samtykkets form, idet det af denne bestemmelse fremgår, at samtykke efter § 24, stk. 1, skal være mundtligt eller skriftligt, og at samtykket kan afgives til den sundhedsperson, der videregiver oplysninger, eller til den sundhedsperson, der modtager oplysninger. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Det fremgår af Vejledningen, at samtykket skal være frivilligt. Et samtykke, der er givet under pres eller tvang, er således ikke gyldigt.

Endvidere fremgår det af Vejledningen, at såfremt en sundhedsperson retter henvendelse til en anden sundhedsperson med henblik på at indhente en patientjournal, er det tilstrækkeligt, at den rekvirerende sundhedsperson oplyser den afgivende sundhedsperson om, at vedkommende har et gyldigt samtykke hertil fra patienten.¹ Der er således ikke krav om, at den afgivende sundhedsperson kontrollerer samtykket eller på egen hånd indhenter samtykke til videregivelsen. Det er altså den rekvirerende læges ansvar, at der foreligger det fornødne samtykke, medmindre der foreligger særlige forhold.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at bestemmelsen, for så vidt angår visse videregivelsessituationer, er en lempelse i forhold til tidligere lovgivning, hvor der var krav om skriftligt samtykke.² Den nye bestemmelse medvirker således til en mere smidig udveksling af oplysninger inden for sundhedsvæsenet. Det er overladt til den enkelte sundhedsperson at afgøre, hvorvidt der skal indhentes mundtligt eller skriftligt samtykke.

¹ Vejledningen, pkt. 6.4.1.

² Bemærkninger til § 25 i lovforslaget

Af bemærkningerne fremgår det endvidere, at samtykket forudsættes at være konkret og baseret på den fornødne information. Patienten skal således orienteres om formålet med og omfanget af videregivelsen, og dette skal ske på et tidspunkt, hvor det af hensyn til behandlingen skønnes nødvendigt at indhente eller videregive oplysninger om den pågældende patient. Et afgivet samtykke er ikke tidsbegrænset, men formålet med samtykket præciserer samtykkets rækkevidde. Hvis for eksempel en patient har givet sin praktiserende læge samtykke til at indhente oplysninger vedrørende et bestemt sygdomsforløb, er lægen som udgangspunkt ikke berettiget til at indhente oplysninger om andre sygdomsforløb.

Det fremgår af Vejledningen, at et samtykke på et hvilket som helst tidspunkt kan trækkes tilbage, så længe videregivelse ikke har fundet sted.³

Nedenstående afgørelser illustrerer rækkevidden af et samtykke til indhentelse af helbredsoplysninger, samt at et samtykke til videregivelse kan trækkes tilbage.

Klage over indhentelse af epikriser fra et sygehus (0235222B)

En kvinde aftalte med sin egen læge, at lægen skulle indhente nogle epikriser fra et sygehus til brug for den videre behandling af hende. Lægen indhentede epikriserne 4 dage senere.

Der blev klaget over, at lægen uden patientens samtykke fra sygehuset rekvirerede journaler, som der ikke var brug for i behandlingen.

Nævnet fandt, at lægen ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved indhentelsen af epikriserne, idet der forelå en aftale mellem lægen og patienten om, at lægen skulle indhente epikriserne.

Nævnet fandt herefter, at patienten havde givet et mundtligt samtykke til indhentelse af epikriserne, samt at epikriserne var relevante for den videre behandling af patienten.

Klage over videregivelse af epikrise fra sygehus til egen læge

En mand havde i juli 1998 været undersøgt på et sygehus og havde i oktober 1998 fremsendt et brev til sygehuset, hvoraf det fremgik, at han var indforstået med, at der fra sygehuset blev sendt oplysninger om undersøgelsen til hans egen læge. I december 1998 modtog patientens egen læge et udskrivningsbrev vedrørende patientens indlæggelse. I maj 1999 trak patienten imidlertid telefonisk sit samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger tilbage.

³ Vejledningen pkt 6.3.P)

Der blev klaget over, at lægerne på sygehuset overtrådte deres tavshedspligt ved i december 1998 at sende udskrivningsbrev til patientens egen læge, selv om patienten udtrykkeligt havde frabedt sig dette.

Nævnet fandt, at den sundhedsperson, der havde videregivet oplysninger til patientens egen læge, ikke havde brudt sin tavshedspligt, idet samtykket til videregivelsen endnu ikke var trukket tilbage, da udskrivningsbrevet blev fremsendt til patientens egen læge.

4.1.2 Hvem skal give samtykke

Som udgangspunkt er det patienten selv, der skal give samtykke til videregivelse af oplysninger.

Er patienten imidlertid under 15 år, skal indehaveren af forældremyndigheden til barnet samtykke til videregivelse af oplysninger vedrørende barnet.

Er patienten mellem 15 og 18 år, skal indehaveren af forældremyndigheden som udgangspunkt ikke give samtykke til videregivelse af oplysninger vedrørende den unge, idet det følger af § 8, stk. 3, i loven, at en patient, der er fyldt 15 år, selv kan give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger. Imidlertid kan der forekomme situationer, hvor sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at en patient, der er fyldt 15 år, ikke er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen. I disse situationer er det indehaveren af forældremyndigheden, der skal give samtykke til videregivelse, jf. § 8, stk. 2.

Er patienten voksen, men ikke i stand til selv at varetage sine interesser, følger det af § 5, at den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, indtræder i patientens rettigheder, i det omfang dette er nødvendigt for at varetage patientens interesse i den pågældende situation. I det omfang en nær pårørende har kompetence til at give et informeret samtykke til behandling af en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke i henhold til § 9, kan den nære pårørende ligeledes give samtykke til videregivelse af oplysninger, som er nødvendige ved behandling af patienten.

4.1.3 Journalføring

Det fremgår af Vejledningen, at en patients samtykke til, at en sundhedsperson videregiver oplysninger, skal journalføres af sundhedspersonen. Optegnelsen skal angive, hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilke formål og til hvem de er videregivet. Endvidere skal der være tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer. Det vil således sige,

at det er den sundhedsperson, der træffer beslutning om videregivelse af oplysninger, der er ansvarlig for at føre journalen.⁴

4.2 Videregivelse af oplysninger uden patientens samtykke

I lovens § 24, stk. 2, er der angivet 3 situationer, hvor en sundhedsperson er berettiget til at videregive oplysninger til en anden sundhedsperson i forbindelse med behandling uden samtykke fra patienten.

Undtagelserne skelner overordnet mellem et aktuelt behandlingsforløb og anden behandling. For alle 3 undtagelser gælder dog, at der udelukkende er tale om situationer, hvor der sker videregivelse af helbredsoplysninger sundhedspersoner imellem.

Patientklagenævnet fik i foråret 2003 ved Østre Landsret prøvet spørgsmålet om, hvornår undtagelsesbestemmelserne i § 24 i lov om patienters retsstilling finder anvendelse.

Nedenfor er gengivet den afgørelse, som Patientklagenævnet traf, og som blev indbragt for landsretten af Lægeforeningen.

Klage over praktiserende læges vurdering og videregivelse af oplysninger til lægevagten (0016213A)

En praktiserende læge blev kontaktet af lægevagten, der havde konstateret, at en af lægens patienter, en 45-årig mand, havde forholdsvis mange kontakter til lægevagten. Lægevagten anmodede derfor lægen om helbredsoplysninger på patienten. Lægen skrev herefter til lægevagten og oplyste blandt andet om patientens diagnose, at patienten havde fået fjernet milten, at han ikke burde behandles med morfika eller sløvende midler, og at han i øvrigt var rigeligt medicineret. Samtidig hermed blev patienten orienteret skriftligt om brevet til lægevagten.

Der blev klaget over, at lægen havde vurderet, at han ikke måtte modtage morfika af nogen art ved anfald, og at lægen videregav oplysninger til lægevagten uden forinden at have informeret ham og uden at have indhentet hans samtykke hertil.

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for kritik af lægens vurdering af patienten. Nævnet fandt endvidere, at det var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer at informere lægevagten om, at patienten skulle beskyttes mod overforbrug af morfika. Nævnet lagde vægt på, at lægen havde modtaget oplysninger fra lægevagten om, at patienten havde rettet henvendelse utallige gange, samt at han muligvis led af et såkaldt syndroma X, hvorfor der skulle udvises tilbageholdenhed med ordination af morfika.

⁴ Vejledningen, pkt. 8.

Nævnet fandt imidlertid, at lægen havde brudt sin tavshedspligt ved at have videregivet oplysningerne til lægevagten uden forinden at have indhentet samtykke fra patienten.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Lægeforeningen anlagde oktober 2001 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnets afgørelse var ubeføjet og anførte som støtte for sin påstand blandt andet, at den praktiserende læges videregivelse var nødvendig og berettiget og ikke noget brud på reglerne om den lægelige tavshedspligt

Østre Landsret fandt, at Patientklagenævnet havde været berettiget til at udtale kritik af, at lægen ikke havde indhentet et samtykke forud for videregivelsen af helbredsoplysninger til lægevagten. Landsretten fandt således, at ingen af undtagelsesbestemmelserne kunne finde anvendelse.

I afgørelsen blev der ikke taget stilling til den situation, at en sundhedsperson forsøger at indhente et samtykke forinden videregivelse af helbredsoplysninger.

Sagen er tillige refereret i afsnit 12.1

4.2.1 Videregivelse af oplysninger i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb

Første undtagelsesbestemmelse findes i lovens § 24, stk. 2, nr. 1, hvoraf det fremgår, at videregivelse uden patientens samtykke kan ske, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov.

Nedenstående afgørelse belyser omfanget af et aktuelt behandlingsforløb.

Klage over en læges brud på tavshedspligt (9914906A)

En 52-årig mand var i kemoterapeutisk behandling for en kræftlidelse. Hans hustru sendte et brev til overlægen på afdelingen, hvori hun kritiserede den behandling, hendes mand havde modtaget såvel menneskeligt som professionelt. Ifølge overlægens udtalelse videregav han kopi af brevet til de yngre læger på afdelingen, som tillige var involveret i behandlingen med det formål at få en drøftelse af klagerne. Overlægen havde derefter en samtale med brevskriveren og hendes mand, hvori han orienterede om videregivelsen af brevet til de yngre læger.

Der blev klaget over, at overlægen overtrådte sin tavshedspligt ved uden samtykke at have videregivet brevet til afdelingens læger.

Patientklagenævnet fandt, at overlægen ikke havde overtrådt sin tavshedspligt, idet videregivelsen af brevet fandt sted under patientens behandling på afdelingen, for at man kunne drøfte klagepunkterne, og det var derfor nødvendigt for afdelingens læger at drøfte brevet indhold. Desuden var videregivelsen af brevet sket for at varetage patientens interesser under den fortsatte behandling på afdelingen.

I Vejledningen er det anført, at denne bestemmelse er ny og skal sikre en mere smidig kommunikation vedrørende den enkelte patient i det aktuelle behandlingsforløb.⁵ En patient vil i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb ofte forudsætte, at sundhedspersonen videregiver de for den påtænkte behandling nødvendige helbredsoplysninger. Idet patienten allerede har givet samtykke til behandlingen, har patienten ligeledes givet samtykke til, at sundhedspersonen videregiver de oplysninger, der må skønnes nødvendige, for at andre sundhedspersoner kan foretage den videre behandling, som patienten har givet samtykke til.

Lovens § 24, stk. 2, nr. 1, giver for eksempel hjemmel til, at en praktiserende læge uden patientens konkrete samtykke kan videregive helbredsoplysninger til et sygehus eller en speciallæge, hvor den videre behandling skal ske. Endvidere vil der kunne videregives oplysninger fra en sundhedsperson til en anden sundhedsperson på tværs af afdelinger og sygehuse uden patientens samtykke, såfremt sundhedspersonerne er involveret i samme aktuelle behandlingsforløb.

Nedenstående afgørelse illustrerer en situation, hvor en patients ønske om, at helbredsoplysninger ikke blev videregivet mellem 2 afdelinger, skulle imødekommes, da der ikke forelå et aktuelt behandlingsforløb.

Klage over at psykiatrisk journal uden samtykke blev medbragt til en anden afdeling (0229603A)

En 49-årig kvinde var indlagt på psykiatrisk sygehus under diagnosen skizofreni. På grund af en hudlidelse skulle hun til behandling på en hudafdeling, men hun ønskede behandling hos egen læge. Da behandlingen hos egen læge ikke hjalp, blev patienten henvist til hudafdelingen på et andet hospital. Hun blev ledsaget dertil af en sygeplejestuderende og en social- og sundhedsassistent, som medbragte hendes journal fra den psykiatriske afdeling.

Der blev klaget over, at patientens journal uden samtykke blev medtaget til hudafdelingen på det andet hospital.

Patientklagenævnet fandt anledning til kritik af den administrerende overlæge på den psykiatriske afdeling, som var ansvarlig for afdelingens praksis om, at hele journalen

⁵ Vejledningen, pkt. 4.2.

skulle medbringes i forbindelse med tilsyn på andre afdelinger. Patientklagenævnet lagde vægt på, at den administrerende overlæge oplyste, at elever som led i deres uddannelse kunne ledsage patienter på tilsyn, og at de havde ansvaret for, at patientens journal blev bragt frem og tilbage.

Det var nævnets vurdering, at der skulle have været indhentet et samtykke til videregivelsen af oplysningerne, idet der ikke var tale om et aktuelt behandlingsforløb. Oplysningerne, der fremgik af journalen på psykiatrisk afdeling, var således ikke nødvendige for den videre behandling på hudafdelingen.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at journalen indeholdt andre fortrolige oplysninger end helbredsoplysninger, og at de var uden betydning for behandlingen på hudafdelingen.

Nedenstående afgørelse illustrerer, at sundhedspersoner, der arbejder i fællesskab i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb, er berettiget til at videregive helbredsoplysninger hinanden imellem.

Klage over en psykologs videregivelse af helbredsoplysninger til fysioterapeuter og en læge på samme afdeling (0122476P)

En mand kom til skade ved en trafikulykke og blev efter behandling på et sygehus henvist til videre behandling og genoptræning på et tværfagligt center for genoptræning. I forbindelse med behandlingen fandt der en tværfaglig konference sted, hvor psykologen underrettede de øvrige deltagere om patientens psykiske tilstand.

Der blev klaget over, at psykologen uden patientens samtykke videregav oplysninger om patienten til nogle fysioterapeuter og en læge.

Nævnet fandt, at psykologen ikke havde brudt sin tavshedspligt i forbindelse med videregivelse af oplysninger til de personer, der deltog ved den tværfaglige konference, idet psykologen i sit arbejde indgik i et internt samarbejde med de øvrige ansatte, hvor hun skulle bidrage til en helhedsvurdering og helhedsbehandling af patienten.

Nævnet fandt endvidere, at psykologen alene videregav generelle oplysninger om patienten, og da oplysningerne havde relevans for den videre behandling af patienten, forelå der ikke brud på tavshedspligten.

Nedenstående afgørelse belyser, at en praktiserende læge ikke var berettiget til uden patientens samtykke at videregive oplysninger til lægevagten, fordi lægevagten ikke indgik i det aktuelle behandlingsforløb.

Klage over uberettiget videregivelse af helbredsoplysninger til lægevagten (0126912P)

En 25-årig kvinde havde igennem længere tid indtaget store mængder morfin for forskellige smerter, og i oktober 1999 blev hun sat i behandling med Metadon som led i nedtrapning af sit forbrug af smertestillende medicin. I januar 2000 kontaktede hun 4 gange samme dag lægevagten med henblik på at få ordineret yderligere smertestillende medicin. 5 dage senere fik patienten en recept på Alopam fra sin praktiserende læge, og samtidig skrev lægen et brev til lægevagten, hvori han gjorde opmærksom på, at patienten var under nedtrapning af Metadon og fik 1 stk. Alopam dagligt. Imidlertid kontaktede patienten ca. 3 uger senere atter lægevagten 3 gange på samme dag, fordi hun ønskede smertestillende medicin, og til sidst fik hun en indsprøjtning med Ketogan. 4 dage herefter skrev den praktiserende læge atter til lægevagten, fordi patienten derfra havde modtaget Ketogan til trods for lægens tidligere brev til lægevagten.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge uden patientens samtykke og under tilsidesættelse af sin tavshedspligt havde videregivet oplysninger om patientens helbredsmæssige forhold til lægevagten.

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for kritik af lægens vurdering af patienten, idet nævnet fandt, at det var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer at informere lægevagten om, at patienten skulle beskyttes mod overforbrug af morfika. Nævnet lagde vægt på, at lægen havde modtaget oplysninger fra lægevagten om, at patienten havde rettet henvendelse gentagne gange.

Nævnet fandt imidlertid, at lægen havde brudt sin tavshedspligt, idet der ved kontakten til lægevagten ikke var tale om et aktuelt behandlingsforløb, som kunne berettige til videregivelse af oplysninger uden, at patientens samtykke forinden var indhentet eller forsøgt indhentet.

Afgørelsen blev truffet af et flertal i nævnet.

Afgørelsen er tillige refereret i afsnit 4.2.2 og 4.2.3.

Det fremgår videre af Vejledningen, at en sundhedsperson skal være opmærksom på, at der ved videregivelse af oplysninger i et aktuelt behandlingsforløb som hovedregel kun kan være tale om at videregive helbredsoplysninger og ikke andre fortrolige oplysninger, medmindre disse har betydning for det aktuelle behandlingsforløb.⁶ Er der ikke tale om et samlet og kontinuerligt behandlingsforløb, skal patientens samtykke indhentes.

⁶ Vejledningen, pkt. 4.2.

Af samme årsag er der ikke adgang til, at et sygehus per automatik fremsender udskrivningsbreve til patienters praktiserende læger, idet det er en forudsætning for fremsendelsen, at den praktiserende læge fortsætter sygehusets behandling. Fremsendelse af udskrivningsbreve fra sygehuse til praktiserende læger må således i hvert enkelt tilfælde bero på en konkret vurdering af det pågældende behandlingsforløb.

Nedenstående afgørelser belyser, at speciallæger og sygehuslæger ikke per automatik kan videregive oplysninger til patientens praktiserende læge.

Klage over videregivelse af helbredsoplysninger fra speciallæge til egen læge (0230007A)

En kvinde var blevet undersøgt på en fertilitetsklinik på grund af barnløshed. Efter behandlingens afslutning havde speciallægen fremsendt et brev til patientens egen læge, hvoraf det blandt andet fremgik, at behandlingen på klinikken var afsluttet.

Der blev blandt andet klaget over, at speciallægen uden patientens samtykke videregav oplysninger om behandlingen på klinikken til patientens egen læge.

Nævnet fandt, at speciallægen havde brudt sin tavshedspligt ved at videregive oplysninger om patienten til dennes egen læge uden, at patienten forinden havde samtykket hertil, idet der ikke bestod et aktuelt behandlingsforløb, der skulle følges op eller fortsættes hos egen læge.

Klage over fremsendelse af udskrivningsbrev fra sygehus til egen læge (9914203P)

En kvinde havde været indlagt på psykiatrisk afdeling på et sygehus, og efter udskrivelsen blev der tilsendt et udskrivningskort derfra til hendes egen læge.

Der blev blandt andet klaget over, at overlægen på psykiatrisk afdeling fremsendte udskrivningskort derfra til patientens egen læge.

Nævnet fandt, at overlægen ikke havde brudt sin tavshedspligt ved at fremsende udskrivningskort til patientens egen læge, idet overlægen var berettiget hertil i henhold til § 24, stk. 2, nr. 1, da det i betragtning af patientens helbredstilstand måtte lægges til grund, at der var en nærliggende mulighed for, at den praktiserende læge efter udskrivelsen skulle inddrages i patientens aktuelle sygdomsforløb.

Patienten var således ved udskrivelsen fortsat dårlig, og der var forinden iværksat medicinsk behandling, som på tidspunktet for udskrivelsen endnu ikke havde haft afgørende virkning. Ved udskrivelsen var der endvidere ikke blevet etableret kontakt til Distriktpsychiatrien med henblik på varetagelse af den efterfølgende behandling.

Såfremt der forefindes oplysninger i journalen, som ikke er relevante for det videre behandlingsforløb, skal disse oplysninger sorteres fra. Ofte vil det imidlertid være vanskeligt i praksis at udskille disse oplysninger, hvorfor det i disse tilfælde er hensigtsmæssigt, at sundhedspersonen indhenter et konkret samtykke fra patienten forud for videregivelsen.

I henhold til lovens § 24, stk. 3, er der imidlertid adgang til, at patienten på ethvert tidspunkt i det aktuelle behandlingsforløb kan frabede sig, at oplysningerne bliver videregivet. For at denne patientrettighed ikke bliver illusorisk, er det nødvendigt, at patienterne er fuldt informeret om adgangen til at frabede sig videregivelse af helbredsoplysninger. En sådan information kan enten ske mundtligt eller skriftligt, for eksempel i form af udlevering af en pjece eller lignende.

Det fremgår af Vejledningen, at sundhedspersonen i situationer, hvor en patient har frabedt sig videregivelse af oplysninger, må vurdere, om det er muligt at gennemføre behandlingen uden de nødvendige oplysninger, og patienten skal informeres om konsekvenserne heraf.⁷

4.2.2 Videregivelse af oplysninger ved berettiget varetagelse af åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

Af lovens § 24, stk. 2, nr. 2, fremgår, at videregivelse af de i stk. 1, nævnte oplysninger kan ske uden patientens samtykke, når videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.

Bestemmelsen finder anvendelse i forbindelse med behandling, hvor der ikke er tale om et aktuelt behandlingsforløb. Det fremgår af Vejledningen, at reglen er en såkaldt værdispringsregel, hvorved forstås, at de hensyn, der begrundet videregivelse til andre sundhedspersoner til brug for behandlingen af patienten, klart skal overstige hensynet til patientens ret til fortrolighed.⁸

Undtagelsesbestemmelsen har et meget snævert anvendelsesområde, og der skal i hvert enkelt tilfælde foretages en konkret afvejning af de hensyn, som taler for sundhedspersonens opretholdelse af fortrolighed ved at opfylde sin tavshedspligt, overfor de hensyn, der taler for videregivelse af de pågældende oplysninger.

Det fremgår af lovens § 24, stk. 5, at patienten ved videregivelse med hjemmel i § 24, stk. 2, nr. 2, skal orienteres om, at videregivelsen har fundet sted samt baggrunden herfor.

⁷ Vejledningen, pkt. 4.2.

⁸ Ibid.

I det følgende gennemgås de forhold, der kan begrunde videregivelse af oplysninger uden samtykke.

Varetagelse af åbenbar almen interesse

I Vejledningen er det anført, at der ved åbenbar almen interesse skal forstås brede samfundsmæssige interesser, men der nævnes ikke specifikke eksempler herpå.⁹ Det må antages, at videregivelse til andre sundhedspersoner på baggrund af dette hensyn kun kan ske i meget sjældne tilfælde.

Patientklagenævnet har på nuværende tidspunkt ingen afgørelser, der illustrerer dette hensyn.

Væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre

For så vidt angår væsentlige hensyn til patienten, fremgår det af Vejledningen, at der tænkes på de situationer, hvor det af hensyn til patienten selv er afgørende, at videregivelse til andre sundhedspersoner sker, for at patienten kan få den bedst mulige ikke aktuelle behandling, og hvor patienten ikke er i stand til at afgive samtykke til videregivelsen.¹⁰ Årsagen hertil kan for eksempel være bevidstløshed eller ung alder, kombineret med manglende mulighed for at indhente samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Et eksempel på en situation, hvor oplysninger af hensyn til patienten kan videregives uden samtykke, kan være, hvor der i forbindelse med et behandlingsforløb er behov for at videregive oplysninger, der ikke er nødvendige med henblik på behandling. Det kan være oplysninger om patientens familiemæssige eller sociale forhold. Der må dog i disse situationer også tages hensyn til patientens formodede ønsker.¹¹ Patientklagenævnet har imidlertid ingen praksis, der specifikt illustrerer dette.

Nedenstående afgørelse belyser, at en praktiserende læge ikke var berettiget til uden patientens samtykke at videregive oplysninger til lægevagten, fordi patienten ikke befandt sig i en tilstand, der var omfattet af undtagelsesbestemmelsen.

Klage over uberettiget videregivelse af helbredsoplysninger til lægevagten (0126912P)

En 25-årig kvinde havde igennem længere tid indtaget store mængder morfin for forskellige smerter, og i oktober 1999 blev hun sat i behandling med Metadon som led i nedtrapning af hendes forbrug af smertestillende medicin. I januar 2000 kontaktede hun 4 gange samme dag lægevagten med henblik på at få ordineret yderligere smertestillende medicin. 5 dage senere fik patienten en recept på Alopam fra sin praktiserende læge, og samtidig skrev lægen et brev til lægevagten, hvori han gjorde opmærksom på, at patienten

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Undervisningsnotat af Mette Hartlev, 2002, side 13.

var under nedtrapning af Metadon og fik 1 stk. Alopam dagligt. Imidlertid kontaktede patienten ca. 3 uger senere atter lægevagten 3 gange på samme dag, fordi hun ønskede smertestillende medicin, og til sidst fik hun en indsprøjtning med Ketogan. 4 dage herefter skrev den praktiserende læge atter til lægevagten, fordi patienten derfra havde modtaget Ketogan til trods for lægens tidligere brev til lægevagten.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge uden patientens samtykke og under tilsidesættelse af sin tavshedspligt havde videregivet oplysninger om patientens helbredsmæssige forhold til lægevagten.

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for kritik af lægens vurdering af patienten, idet nævnet fandt, at det var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer at informere lægevagten om, at patienten skulle beskyttes mod overforbrug af morfika. Nævnet lagde vægt på, at lægen havde modtaget oplysninger fra lægevagten om, at patienten havde rettet henvendelse gentagne gange.

Nævnet fandt imidlertid, at lægen havde brudt sin tavshedspligt, idet patienten ikke befandt sig i en sådan tilstand, at videregivelse var berettiget i henhold til § 24, stk. 2, nr. 2, idet det var muligt for den praktiserende læge inden videregivelsen at drøfte med patienten, om der kunne gives samtykke til videregivelsen.

Afgørelsen blev truffet af et flertal i nævnet.

Afgørelsen er tillige refereret under afsnit 4.2.1 og 4.2.3.

Eksempler på situationer, hvor videregivelse til andre sundhedspersoner er berettiget på grund af væsentlige hensyn til sundhedspersonen, kan være, hvor de sundhedspersoner, der behandler patienten, har en berettiget interesse i at få kendskab til visse oplysninger om patienten med henblik på iværksættelse af fornødne beskyttelsesforanstaltninger, fordi patienten af forskellige årsager må antages at være til fare for sundhedspersonen ved behandlingen.

Nedenstående afgørelse illustrerer en situation, hvor videregivelse af helbredsoplysninger skete uden patientens samtykke ud fra hensynet til andre sundhedspersoner.

Klage over videregivelse af oplysninger til vagtlæge (0229607A)

En mand havde i 1996 været tilmeldt hos en praktiserende læge, som havde fundet grundlag for at indsende en advarselsmeddelelse vedrørende patientens truende adfærd til lægevagten. I 1997 var patienten blevet tvangstildelt en anden praktiserende læge, men patienten blev på grund af nye tilfælde af truende adfærd smidt ud af lægens praksis.

Dette gentog sig 3 gange på 11 måneder, og til sidst blev patienten igen tilmeldt sin oprindelige praktiserende læge, der bekræftede den tidligere læges advarselsmeddelelse over for lægevagten.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge havde brudt sin tavshedspligt ved at meddele lægevagten, at der skulle være to betjente til stede, når patienten skulle undersøges, og at dette stod i lægevagtens computer.

Nævnet fandt, at den praktiserende læge ikke havde brudt sin tavshedspligt ved at videregive oplysninger til lægevagten, idet patienten i 1995 havde truet en vagtlæge med en brødkniv, og at han i 1997 flere gange havde været truende, voldelig og uforskammet over for de læger, som havde undersøgt ham. Nævnet fandt på denne baggrund, at det måtte anses for overvejende sandsynligt, at patientens voldelige adfærd ikke var af forbigående karakter. Nævnet fandt endvidere, at det måtte anses for at være af væsentlig interesse for de sundhedspersoner, der behandlede patienten, at de var bekendt med, at han havde udvist truende adfærd, hvorfor det kunne være nødvendigt at politiet medvirkede i forbindelse med behandling.

Ovenstående sag viser endvidere, at der i visse sjældne tilfælde ikke er krav om at forsøge at indhente samtykke, forinden en sundhedsperson videregiver oplysninger.

4.2.3 Videregivelse fra stedfortræder til egen læge

Det fremgår af lovens § 24, stk. 2, nr. 3, at videregivelse til andre sundhedspersoner af de i stk. 1 nævnte oplysninger uden patientens samtykke kan ske, når videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for den praktiserende læge.

Af Vejledningen fremgår det, at en stedfortrædende læge kan være en læge, der virker som vagtlæge, en anden praktiserende læge ved egen læges forfald eller en anden praktiserende læge, der behandler patienten.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at patientens egen læge er orienteret om den behandling, som patienten har fået hos andre praktiserende læger, herunder vagtlæger således, at han ved sin planlægning af den fortsatte behandling kan tage hensyn til eventuel behandling fra andre læger, blandt andet for at undgå dobbeltordination. Det er dog en forudsætning for videregivelse af helbredsoplysninger krav, at behandlingen skal følges op af behandling hos egen læge.

Denne regel kan ikke fortolkes således, at den praktiserende læge herefter også kan videregive oplysninger til vagtlæger uden samtykke. Denne fortolkning baseres på det særlige tillidsforhold, der ifølge lovens forarbejder skabes mellem egen læge og patienten.

Nedenstående afgørelse belyser, at en praktiserende læge ikke er berettiget til uden patientens samtykke at videregive oplysninger til lægevagten.

Klage over uberettiget videregivelse af helbredsoplysninger til lægevagten (0126912P)

En 25-årig kvinde havde igennem længere tid indtaget store mængder morfin for forskellige smerter, og i oktober 1999 blev hun sat i behandling med Metadon som led i nedtrapning af hendes forbrug af smertestillende medicin. I januar 2000 kontaktede hun 4 gange samme dag lægevagten med henblik på at få ordineret yderligere smertestillende medicin. 5 dage senere fik patienten en recept på Alopam fra sin praktiserende læge, og samtidig skrev lægen et brev til lægevagten, hvori han gjorde opmærksom på, at patienten var under nedtrapning af Metadon og fik 1 stk. Alopam dagligt. Imidlertid kontaktede patienten ca. 3 uger senere atter lægevagten 3 gange på samme dag, fordi hun ønskede smertestillende medicin, og til sidst fik hun en indsprøjtning med Ketogan. 4 dage herefter skrev den praktiserende læge atter til lægevagten, fordi patienten derfra havde modtaget Ketogan til trods for lægens tidligere brev til lægevagten.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge uden patientens samtykke og under tilsidesættelse af sin tavshedspligt havde videregivet oplysninger om patientens helbredsmæssige forhold til lægevagten.

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for kritik af lægens vurdering af patienten, idet nævnet fandt, at det var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer at informere lægevagten om, at patienten skulle beskyttes mod overforbrug af morfika. Nævnet lagde vægt på, at lægen havde modtaget oplysninger fra lægevagten om, at patienten havde rettet henvendelse gentagne gange.

Nævnet fandt imidlertid, at lægen havde brudt sin tavshedspligt, idet § 24, stk. 2, nr. 3, ikke kunne anvendes i det pågældende tilfælde, fordi bestemmelsen alene giver adgang til at lægevagten kan videregive oplysninger til den praktiserende og ikke omvendt.

Afgørelsen blev truffet af et flertal i nævnet.

Afgørelsen er tillige refereret i afsnit 4.2.1 og 4.2.2.

Videregivelsen til patientens egen læge må alene omhandle oplysninger om den konkrete, aktuelle behandling, som patienten har modtaget hos den stedfortrædende læge. Endvidere fremgår det af Vejledningen, at såfremt det er klart, at behandlingen hos den stedfortrædende

læge ikke skal følges op af behandling hos egen læge, vil der ikke være tale om nødvendig videregivelse, hvorfor en sådan videregivelse ikke må ske uden patientens konkrete samtykke.

Klage over videregivelse af oplysninger fra lægevagten til egen læge (0021302P)

En kvinde var 2 gange blevet undersøgt i lægevagten, og 10 måneder efter sidste undersøgelse sendte hun et brev til lægevagten, hvoraf det fremgik, at journalmateriale vedrørende de 2 undersøgelser ikke måtte fremsendes til hendes egen læge uden hendes vidende. Imidlertid blev journalnotaterne vedrørende undersøgelserne kort tid efter fremsendt til hendes egen læge.

Der blev klaget over, at vagtlægechefen uden patientens samtykke havde videregivet oplysninger om hende ved at fremsende journalnotaterne om undersøgelserne til patientens egen læge.

Nævnet fandt, at vagtlægechefen havde brudt sin tavshedspligt ved at fremsende journalnotaterne fra undersøgelserne til patientens egen læge, idet der på afsendelsestidspunktet ikke forelå en situation, hvor lægevagten fungerede som stedfortræder for patientens egen læge. Nævnet lagde herved vægt på, at fremsendelsen først var sket henholdsvis 10 og 11 måneder efter de to undersøgelser. Endvidere forelå der ikke en situation, hvor behandlingen i lægevagten skulle følges op af egen læge, hvorfor det ikke var nødvendigt at videregive oplysningerne.

Bestemmelsen medfører ikke en adgang til, at en praktiserende læge ved patientens skift til en anden praktiserende læge, kan sende patientens journal til denne uden patientens konkrete samtykke.¹²

4.3 Hvem træffer afgørelse om videregivelse

Det fremgår af lov om patienters retsstilling § 24, stk. 4, at den sundhedsperson, der er i besiddelse af en fortrolig oplysning, afgør, hvorvidt videregivelse efter stk. 2 skal ske.

¹² Vejledningen, pkt. 4.2.

5. KLAGER OG INDBERETNINGER OVER FEJLAGTIG IDENTIFIKATION AF PATIENTER OG ANDRE FORVEKSLINGER

Sundhedsstyrelsen har udfærdiget: ”Vejledning nr. 60258 af 1. maj 1998 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet ” (Vejledningen). Formålet er at øge patientsikkerheden på disse særlige problemområder.

I det følgende refereres afgørelser, som illustrerer nævnets praksis vedr. fejlagtig personidentifikation, ukorrekt mærkning og andre forvekslinger.

5.1 Personidentifikation

Det fremgår af Vejledningen om identifikation af patienter, at patienten som hovedregel skal identificeres ved oplysning om personnummer. Fødselsdato eller et personligt kendskab til den enkelte patients identitet kan undtagelsesvis være tilstrækkeligt.

Det fremgår endvidere af Vejledningen, at ved en voksen habil patient er det tilstrækkeligt at spørge vedkommende om navn og personnummer. Såfremt patienten er inhabil, f.eks. bevidstløs eller dement, kan der ved identifikationen enten anvendes identitetsbånd eller medvirken fra pårørende eller personale, som kender patientens identitet.

Det fremgår endelig, at ansvaret for identifikationen påhviler den sundhedsperson, der foretager undersøgelsen eller behandlingen, f.eks. udlevering/indgift af medicin, billeddiagnostisk undersøgelse, anæstesi og operation. Selve personidentifikationen skal foretages forud for disse handlinger.

Nedenstående sager viser to eksempler på utilstrækkelig identifikation af patienten, dels ved en telefonisk konsultation, dels forud for udførelse af en undersøgelse.

Identifikation af patient i forbindelse med telefonisk konsultation (0123518P)

En 26-årig mand henvendte sig d.4. september 2000 til sin praktiserende læge. Ved undersøgelsen fandt lægen påskyndet uregelmæssig hjerterytme og et let forhøjet blodtryk, hvorfor han foreslog fornyet blodtrykskontrol suppleret med elektrokardiogram (EKG) til den 8. september 2000.

Den 6. september 2000 fik lægen forelagt et elektrokardiogram med en rytmeforstyrrelse, som han umiddelbart mente var ovennævnte patients. Han ringede derfor til patientens hjemadresse og meddelte resultatet. Umiddelbart efter at samtalen var afsluttet, blev

lægen opmærksom på, at resultatet vedrørte en anden patient, hvorfor han uden ophold ringede tilbage og oplyste dette samt beklagede forvekslingen.

Der blev klaget over, at lægen ved telefonsamtalen den 6. september 2000 forvekslede patienten med en anden patient.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen, men nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægen havde sikret sig, at elektrodiagrammet stammede fra den pågældende, inden han tog telefonisk kontakt.

Denne sag illustrerer, at der ikke er tale om nogen form for iværksættelse af undersøgelse eller behandling i forbindelse med den manglende personidentifikation, kan det være nævnets opfattelse, at lægeloven ikke er overtrådt, men at der kan være grundlag for, at nævnet udtaler sig om, hvilken fremgangsmåde der ville have været mere hensigtsmæssig.

Forveksling af patient i forbindelse med lungefunktionsundersøgelse (0018105A)

En 59-årig mand blev den 12. juli 1999 indlagt på medicinsk afdeling til observation for knoglemarvsbetændelse. Under indlæggelsen fik patienten foretaget en lungefunktionsundersøgelse.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten fejlagtigt fik foretaget en lungeundersøgelse, der var bestemt for en anden patient.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, der forestod lungefunktionsundersøgelsen, idet hun ikke på tilstrækkelig vis kontrollerede patientens cpr. nr. og dermed undlod at sikre sig mod forveksling af patienter med samme navn.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan være kritisabelt, når sundhedspersonen ikke foretager den rette identifikation af patienten forud for foretagelse af en undersøgelse.

5.2 Mærkning af oplysninger, diagnostisk materiale mv.

Det fremgår af Vejledningen, at det af hensyn til patientsikkerheden er afgørende at sikre, at det er patientens egne oplysninger, herunder undersøgelsesresultater m.m., der anvendes i forbindelse med det videre behandlingsforløb.

Det fremgår endvidere af Vejledningen, at de oplysninger, der er relevante for patientens undersøgelse og behandling, såsom journaloplysninger, henvisningssedler, blod- og vævsprøver samt medicinskema, skal mærkes entydigt. En entydig mærkning indebærer korrekt angivelse af patientens data, dato for handlingen og evt. tidspunkt.

Det fremgår endelig, at den sundhedsperson, der modtager eller anvender oplysninger, har ansvaret for at sikre en entydig og korrekt mærkning og sikre sig, at disse oplysninger er i overensstemmelse med patientens identitet. Ved tvivl om oplysningernes rigtighed bør sundhedspersonen indhente yderligere information.

Nedenstående sager illustrerer denne problematik.

Forveksling af medicinkort (0124621A)

En 79-årig kvinde fik behandlet en brækket underarm med Hoffmann-apparatur på ortopædkirurgisk afdeling og blev genindlagt den 29. januar 1999 på grund af infektion omkring Hoffmann-apparaturet.

Ved indlæggelsen optog lægen journal, hvori han anførte, at patienten fik en enkelt pille dagligt, men at hun ikke kunne huske navnet herpå. Dagen efter udskrivelsen kontaktede hjemmesygeplejersken afdelingen, idet vedkommende undrede sig over, at patienten fik så meget medicin, blandt andet hjertemedicin, vanddrivende og smertestillende medicin.

Lægen blev kontaktet og opdagede, at der var sket en forbytning af medicinskemaet, således at patienten havde fået et medicinskema fra en anden patient, der var indlagt samme dag. Lægen orienterede herefter hjemmesygeplejersken om, at der var sket en fejl, og at man skulle stoppe indgiften af medicin til patienten. Da hjemmesygeplejersken den 20. februar 1999 ville tilse patienten, fandt hun hende død.

Sundhedsstyrelsen indberettede behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen og indskærpede, at han viste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at det var lægen, der optog journal på patienten ved indlæggelsen, og at det af journalen den 29. januar 1999 fremgik, at patienten havde oplyst, at hun fik en enkelt pille, som hun ikke huskede navnet på. Nævnet lagde endvidere vægt på, at lægen havde oplyst, at han udfærdigede medicinskemaet efter opfordring fra personalet. Lægen oplyste endvidere, at han ikke skrev navn på medicinskemaet eller satte label på, da han personligt overrakte dette til en sygeplejerske, som stod med patientens journal. På det pågældende tidspunkt var han i øvrigt ved at skrive journal på en anden patient.

Nævnet fandt endvidere, at den ikke identificerede sundhedsperson, der anmodede lægen om at udfylde medicinskemaet, ligeledes burde have sikret, at medicinskemaet var mærket korrekt, inden det blev videregivet. Endvidere burde den sundhedsperson, der påsatte en label med patientens data på skemaet, have sikret, at mærkningen var korrekt.

Denne sag illustrerer, at sundhedspersonen skal sikre sig, at medicinkortet er entydigt og korrekt mærket. Sagen illustrerer endvidere, at såfremt der er flere involverede sundhedspersoner i mærkningen af de relevante oplysninger, forligger der et selvstændigt ansvar for den enkelte sundhedsperson i forhold til at sikre en korrekt mærkning.

Forveksling af medicinæsker (0021003P)

En hjemmesygeplejerske havde doseret medicin til to klienter i to dagsmedicin-doseringsæsker. Æskerne var af klar plast, og sygeplejersken havde påsat et stykke tape med korrekt navn på hver af æskerne.

Ved besøget hos den ene klient gav hjemmesygeplejersken insulin og udleverede en medicinæske, hvorefter hjemmesygeplejersken ved det næste besøg opdagede, at hun havde udleveret en forkert æske.

Hjemmesygeplejersken kørte straks tilbage til klienten og informerede hende om, at hun ved en fejl havde udleveret en forkert medicinæske, der blandt andet indeholdt hjertemedicin.

Hjemmesygeplejersken kørte tilbage på kontoret, hvor hun forgæves forsøgte at komme i telefonisk kontakt med klientens egen praktiserende læge. Hun besøgte herefter klienten, der var generet af svimmelhed og lå i sengen. Hjemmesygeplejersken målte puls og blodtryk og foranledigede, at klienten fik besøg af aftensygeplejersken.

Sundhedsstyrelsen indberettede hjemmesygeplejerskens medicinering af klienten til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at da hjemmesygeplejersken blev klar over fejltagelsen, aflagde hun straks besøg hos klienten samt tilså denne senere. Desuden foranledigede hun yderligere observation.

Denne sag illustrerer, at nævnet kan udtale kritik og indskærpe over for sundhedspersonen, at denne udviser større omhu i sit fremtidige virke, når sundhedspersonen ikke sikrer sig, at patientens identitet er i overensstemmelse med oplysningerne vedrørende patientens medicinforbrug. Desuden illustrerer sagen, at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen gør det fornødne, i dette tilfælde straks tilså klienten samt foranledigede yderligere observation, da forvekslingen blev opdaget.

5.3 Anden identifikation

5.3.1 Sideforveksling og andre fejllokalisationer

Det fremgår af Vejledningen, at den ordinerende læge skal angive indgrebets art og entydige lokalisering i journalen ved henvisning og ved udstedelse af recept. Den behandlende sundhedsperson skal af hensyn til patientsikkerheden kontrollere journal samt spørge patienten for at sikre, at der er overensstemmelse mellem oplysningerne og den undersøgelse og behandling, som patienten skal gennemgå.

Ved undersøgelse og behandling, herunder operative indgreb af patienter med risiko for forveksling af højre og venstre side af organismen eller ved parrede organer, skal sundhedspersonen udvise særlig opmærksomhed.

Nedenstående sag viser eksempel på forveksling.

Sideforveksling af øjne (0125616A)

En 75-årig kvinde konsulterede en speciallæge i øjensygdomme, idet hun skulle have fornyet en brillerecept.

4 måneder senere henvendte patienten sig atter til øjenlægen, idet hun havde gener i form af dobbeltsyn og hovedpine. Øjenlægen udstedte en supplementsrecept til recepten, hvori hun anbefalede, at patienten forsøgte med prisme til venstre øje, men ved en fejl byttede øjenlægen om på højre og venstre øje.

Der blev klaget over, at speciallægen byttede om på patientens højre og venstre øje.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen, idet hun byttede om på patientens højre og venstre øje.

Denne sag illustrerer, at uanset om der er nærliggende risiko for at bytte om på en højre og venstre legemsdel, bør dette ikke forekomme, hvorfor nævnet i denne sag fandt, at en sådan forveksling anses for at være en lovovertrædelse.

5.3.2 Røntgenbilleder mv.

Det fremgår af Vejledningen, at den sundhedsperson, der foretager undersøgelsen, er ansvarlig for, at patientens identitet stemmer overens med henvisningen, patientens navneplade, journalen og andet materiale. Sundhedspersonen skal endvidere sikre sig en korrekt mærkning af den foretagne undersøgelse.

Nedenstående sag viser et eksempel på ukorrekt mærkning af et røntgenbillede.

Forkert mærkning af røntgenbillede (0123609A)

En 94-årig mand fik foretaget en røntgenundersøgelse af brystkassen.

Røntgensygeplejersken oplyste til sagen, at billedet blev taget i liggende stilling, men at billedet ved en fejl blev stemplet, som om det var taget i bugleje. Det blev endvidere oplyst, at billedet ikke blev sidemarkeret og ikke blev sendt elektronisk til røntgenafdelingen.

Røntgenbilledet viste ansamling af luft i lungesækken, og en afdelingslæge anlagde lungedræn. Dette skete i henhold til et transmitteret skærbillede. Det fremgik af journalnotatet, at afdelingslægen var opmærksom på højre-venstre problematikken. Lægen oplyste til sagen, at han efter nøje granskning af røntgenbillederne var overbevist om, at drænet skulle lægges på højre side.

Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens og afdelingslægens behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejerskens håndtering af røntgenbillederne, idet hun ikke foretog sidemarkering ved røntgenfotograferingen og ikke efterfølgende kontrollerede, at billedet var entydigt mærket.

Patientklagenævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere afdelingslægen, idet han ikke anvendte tilstrækkelige kontrolprocedurer for at udgå sideforveksling, da der var diskrepans mellem angivelserne af, på hvilken side der var ansamling af luft i lungesækken.

6. KLAGER OG INDBERETNINGER

VEDRØRENDE FEJLMEDICINERING

Patientklagenævnet har i år 2000 og 2001 truffet afgørelser i 39 sager vedrørende fejlmedicinering.

Det fremgår af sagerne, at nævnet ofte vurderer fejlmedicinering som grovere forsømmelse, og det er nævnets praksis at oversende sagen til anklagemyndigheden med anmodning om, at tiltalerejsning overvejes. Der kan dog være formildende omstændigheder i den konkrete sag, der gør, at fejlen alene vurderes som manglende omhu og samvittighedsfuldhed, og samtidigt kan det indskærpes overfor sundhedspersonen at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Sundhedsstyrelsen har udfærdiget: ”Vejledning nr. 60258 af 1. maj 1998 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet ” (Vejledningen). Formålet er at øge patientsikkerheden på disse særlige problemområder.

I det følgende refereres sager, som illustrerer nævnets praksis vedrørende manglende identifikation af præparat, forkert administrationsmåde, forkert dosis, forkert administrationstidspunkt samt manglende sikring af ordinationens rigtighed.

6.1 Identifikation af præparat

Det fremgår af Vejledningen, at sundhedspersonen skal sikre sig, at vedkommende giver det rigtige præparat, herunder identificerer præparatet ved at læse på etiketten. Ved ordination og udmåling skal lægemidlet altid identificeres direkte ved navn, betegnelse, lægemiddelform samt styrke/koncentration. Ved injektion af et præparat bør der foretages en kontrol af det ampulhætteglas, hvorfra præparatet er udtrukket, herunder koncentrationsangivelse og mængde.

Nedenstående 6 sager vedrører forveksling af præparater. Efter hver enkelt sag er de konkrete formildende og skærpende omstændigheder angivet.

Forveksling af Pethidin og Xylocain (0122615A)

En 27-årig mand henvendte sig til egen læge på grund af rygsmarter. Lægen fandt ved undersøgelsen, at smerterne stammede fra et af brystvirvelsøjlels små styrende led og ordinerede behandling med lokalbedøvelse, 4 ml 1 % Xylocain. Lægen indsprøjtede i stedet for 4 ml Pethidin (stærkere smertestillende medicin). Patienten blev herefter dårlig og sløv, hvorefter lægen opdagede fejlen og indlagde patienten akut.

Der blev klaget over, at lægen indsprøjtede 4 ml Pethidin i stedet for 4 ml Xylocain.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen, idet han ikke sikrede sig, at det var det rette præparat, han indsprøjtede, og nævnet indskærpede, at lægen udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at lægen efter at have konstateret fejlmedicineringen gjorde det fornødne, idet lægen foranledigede, at patienten blev indlagt, samt kontrollerede puls, blodtryk og vejrtrækning undervejs.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan være kritisabelt, hvis sundhedspersonen ikke identificerer præparaterne tilstrækkeligt, samt at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen gør det fornødne efter konstatering af fejlmedicineringen.

Forveksling af vaccine til barn (0020923P)

En moder henvendte sig med sit barn på 1 ½ år til deres praktiserende læge med henblik på vaccination mod mæslinger. Moderen ønskede ikke sit barn vaccineret med MFR (vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde). Lægen gav barnet en anden vaccine, nemlig vaccine mod fåresyge.

Der blev klaget over, at lægen gav barnet en anden vaccine.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere lægen og indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at moderen forud for konsultationen havde aftalt med lægen, at der kun skulle gives en vaccine mod mæslinger, og at lægen havde bestilt vaccinen. Nævnet lagde endvidere vægt på, at lægen straks underrettede moderen om fejlmedicineringen.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen umiddelbart efter konstateringen af fejlmedicineringen orienterer patienten herom.

Indgift af Ketogan i stedet for glukose (0125907P)

En 17-årig mand var indlagt med leukæmi og blev vurderet som døende. Han fik forskellige typer af medicin samt infusion af væsker via en dråbetæller. Omkring kl. 6.30 skulle sygeplejersken give 2 ml Ketogan svarende til 5 mg pr. time. I stedet gav hun 50 mg Ketogan pr. time, således at patienten fik tilført en dosis på 120 mg Ketogan, inden fejlen blev opdaget og rettet.

Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken oplyste til sagen, at hun omkring kl. 6.30 skiftede glukoseslangen ud med Ketogan, indkodede dråbetælleren til Ketogan og startede denne. Hun afventede, at Ketoganen skulle løbe ind over et minut. I mellemtiden fik patienten imidlertid kvalme, og sygeplejersken begyndte straks at opsuge mavesækkens indhold fra næsesonden for at undgå opkastning. Under udførelsen af denne opgave slukkede sygeplejersken for dråbetælleren, da Ketoganen var løbet ind. Da hun efter afslutningen af arbejdet med opsugning skulle iværksætte infusion med glukose, overså hun, at ketoganslangen ikke var fjernet fra dråbetælleren og igangsatte derfor igen ketoganindgift i stedet for glukoseindgift.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at der under medicineringen opstår en akut situation, der kræver sundhedspersonens øjeblikkelige indgriben.

Forbytning af pumpe (0020621P)

En 56-årig kvinde blev smertebehandlet med et epiduralkateter, som er en lille slange ind til rygmarsvæsken, hvortil der var tilsluttet en såkaldt Baxterpumpe til kontinuerlig indgift af lokalbedøvelsesmiddel (Marcain), som senere blev suppleret med morfin.

Den 8. juni 1999 tiltrådte en sygeplejerske sin nattevagt kl. 23.15. I forbindelse med rapportgivningen fik hun oplyst, at sygeplejersken i aftenvagten havde blandet en ny Baxterpumpe til patienten, da hun havde forventet, at den skulle skiftes i aftenvagten. Sygeplejersken fik at vide, at Baxterpumpen lå på bordet i medicinrummet og var klar til brug.

Da patientens Baxterpumpe skulle skiftes, tog sygeplejersken én af de to fyldte Baxterpumper, som hun så lå på bordet i medicinrummet. Herefter indgav sygeplejersken morfin via epiduralkateteret, hvorefter hun tilsluttede den fyldte Baxterpumpe til kateteret.

Dagen efter gik det op for sygeplejersken, at hun havde taget den forkerte pumpe. Sygeplejersken mente, at denne "forkerte" Baxterpumpe indeholdt sterilt isotonisk saltvand i stedet for Marcain.

Der blev klaget over, at sygeplejersken fejlagtigt gav patienten en sprøjte med postevand i rygmarven.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken ikke, inden hun tilsluttede pumpen, sikrede sig, at denne var tiltænkt patienten. Nævnet fandt således, at sygeplejersken ikke burde have tilsluttet pumpen, når der ikke var sat noget mærkat på pumpen, som angav pumpens indhold og dato samt navn og cpr. nr. på patienten.

Sygeplejersken anførte til sagen, at der ikke forelå nogen skriftlig vejledning om brug af pumpen. Nævnet bemærkede, at det må antages at være almindelig viden for en sygeplejerske, at der skal foreligge et mærkat, hvorpå der er noteret de nødvendige og tilstrækkelige data. Nævnet fandt i den forbindelse, at hvis sygeplejersken blev i tvivl omkring udførelsen af opgaven, burde hun have kontaktet en kollega, eventuelt på intensivafdelingen, med henblik på yderligere vejledning eller have frasagt sig opgaven.

Patientklagenævnet lagde videre vægt på, at sygeplejersken havde oplyst til sagen, at der var stor travlhed på afdelingen med mange patienter, hvoraf mange var meget plejkrævende.

Nævnet lagde endelig vægt på, at sygeplejersken var af den opfattelse, at pumpen indeholdt sterilt isotonisk saltvand i stedet for Marcain. Da hun blev klar over, at der var sket en fejlmedicinering, orienterede hun sin souschef og afdelingssygeplejerske herom.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at der var ekstraordinær travlhed på afdelingen. Yderligere illustrerer sagen, at sundhedspersonen ved nye opgaver bør søge vejledning eller sige fra.

Kaliuminfusion forvekslet med saltvandsinfusion (0016730A)

En 8 dage gammel pige fik konstateret lavt kaliumindhold, og der blev ordineret kaliumtilskud samt bikarbonattilskud i saltvandsopløsning, som blev opsat af en sygeplejerske.

Om aftenen blev barnets tilstand forværret, vejrtrækningen blev dårligere, og der kom forandringer på hjertekardiogrammet. Indløbet af blandingen blev standset på grund af mistanke om kaliumforgiftning, og en blodprøve viste en livsfarlig kaliumforhøjelse hos barnet. En prøve af infusionsvæsken blev sendt til analyse, og den viste en koncentration af kalium, der var ca. 6 gange højere end forventet.

Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt desuden, at der var begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af patienten, og nævnet besluttede samtidig at anmode anklagemyndigheden om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af sygeplejerskelovens § 10, stk. 1, jf. § 11.

Nævnet fandt i den forbindelse, at hun havde undladt at identificere lægemidlet på beholderen under optrækningen og derved med overvejende sandsynlighed havde byttet om på kalium og saltvand. Nævnet lagde vægt på, at væsken fandtes i identiske flasker, men med etiket af forskellig farve og forskellig tekst.

Anklagemyndigheden opgav at rejse tiltale, da videre forfølgning efter anklagemyndighedens vurdering ikke kunne ventes at føre til, at sygeplejersken blev fundet skyldig. Anklagemyndigheden lagde navnlig vægt på, at det forhøjede kaliumindhold skyldtes en ombytning i forbindelse med optrækning fra beholderen med kalium og saltvand. Det var ikke blevet undersøgt, om indholdet i de anvendte flasker havde været korrekt med normal styrke, eller om flaskerne var med korrekt etikette. Hvis ombytningen måtte være årsag til det forhøjede kaliumindhold i barnets blod, fandt anklagemyndigheden, at der var undskyldende omstændigheder, idet der ifølge det oplyste til sagen var mulighed for forveksling af flaskerne. Anklagemyndigheden lagde videre vægt på, at sygeplejersken var urutineret og muligvis ikke burde have foretaget medicineringen på egen hånd.

Forveksling af ampuller med henholdsvis vanddrivende og hjertestimulerende medicin (0021526P)

En 82-årig kvinde var indlagt på kardiologisk afdeling i forbindelse med mistanke om blodprop i hjertet. Der blev ordineret vanddrivende medicin til indsprøjtning i årene (Furix 40 mg i.v.).

Ved en fejltagelse indgav en sygeplejerske i stedet for den vanddrivende medicin 4 ml hjertestimulerende medicin (Isoprenalin). Ifølge udtalelse til sagen fra sygeplejersken blev ampuller med henholdsvis Isoprenalin og Furix opbevaret i et aflåst lille medicinskab på sengestuen. Begge ampuller var taget ud af originalpakningen. Begge ampuller var i ens blå bægre på hver sin hylde, men lige under hinanden. Begge ampuller var i brunt glas og havde næsten samme størrelse.

Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, idet hun undlod at identificere medicinen, og indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken, efter at hun var blevet klar over fejltagelsen, gjorde det fornødne, idet hun sikrede sig, at en kollega forblev hos patienten. Hun tilkaldte endvidere straks den vagthavende læge, ligesom hun hentede en defibrillator ind på sengestuen til behandling af patienten.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at det kan anses som en formildende omstændighed, at sundhedspersonen efterfølgende gør det fornødne ved at sikre sig, at en kollega forbliver hos patienten, tilkalder en læge samt foranlediger, at udstyr til forebyggelse af eventuelle komplikationer af fejlmedicineringen bliver hentet.

6.2 Administrationsmåde

Det fremgår af Vejledningen, at sundhedspersonen som et afgørende led i den kontrol, som skal udføres ved en medicinering, bør sikre sig, at præparatet gives på den rigtige administrationsmåde såsom tabletform, injektion i muskelen eller intravenøs indgift m.m.

Ved administration af injektioner bør sundhedspersonen udvise særlig opmærksomhed, idet præparatet optages momentant i organismen med deraf følgende øjeblikkelig indsættende virkning.

Nedenstående sag er et eksempel på en sundhedspersons manglende kontrol af administrationsmåde forinden indgift af præparatet.

Indgift af kaliummikstur intravenøst, der var beregnet til indgift gennem munden (0020006A)

En 86-årig kvinde var indlagt på medicinsk afdeling på grund af væskemangel. Under indlæggelsen blev det konstateret, at patientens serumværdi for kalium var for lav, og da patienten ikke var i stand til at indtage medicin gennem munden, ordinerede en afdelingslæge mundtligt 15 ml Kalium tilsat 1 liter sukker til indgift i blodårerne. En sygeplejerske tilsatte imidlertid ved en fejl 15 ml Kaliummixtur fra en 1 liters flaske, beregnet til indgift gennem munden.

Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt desuden, at der var

begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af patienten, og nævnet besluttede samtidig at anmode anklagemyndigheden om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at sygeplejersken fejlagtigt tilsatte 15 ml Kaliummikstur til patientens drop. Nævnet lagde herunder vægt på, at Kaliummikstur til indgift gennem munden forefindes i 1 liters flasker og Kalium til indgift i drop forefindes i små ampuller, således at det ikke skulle være muligt at tage fejl. Nævnet kunne i øvrigt oplyse, at der ved indgift af Kalium i blodårerne altid skal udvises stor omhu, blandt andet fordi hurtig indgift medfører risiko for bivirkninger fra hjertet.

Nævnet lagde yderligere vægt på, at fejlmedicineringen blev erkendt, da sygeplejersken ved aftenrapporten orienterede aftenvagterne om, at hun havde tilsat Kaliummikstur til den intravenøse væske, således at den var blevet uklar. Hun undlod på dette tidspunkt selvstændigt at tilse patienten, ligesom hun ej heller efterfølgende drøftede hændelsen igennem med lægen. Nævnet fandt således, at sygeplejersken samme dag i sygeplejekardex burde have redegjort for, hvorledes hændelsen var foregået samt have sikret sig, at hændelsen var journalført.

Nævnet fandt, at sygeplejersken burde have frasagt sig at varetage medicineringen af patienten eller have opsøgt yderligere viden, hvis hun fandt ordinationen uklar, forkert eller skadelig.

Anklagemyndigheden vurderede, at der var tale om overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11, og straffesagen blev afsluttet med, at sygeplejersken vedtog en bøde på 2000 kr.

Denne sag illustrerer, at det er nævnets opfattelse, at der er tale om grovere forsømmelse, når sundhedspersonen trods tvivl om medicineringens korrekthed undlader at søge vejledning, og undlader at observere af patienten efter opsætningen af medicinen (droppet).

6.3 Præparatdosis

Det fremgår af nævnets praksis, at sundhedspersonen i tvivlstilfælde bør kontrollere, om den angivne dosis på præparatet og på medicinordinationsskemaet er i overensstemmelse med den angivne ordination i journalen. Sundhedspersonen bør endvidere kontrollere, at medicinen indgives i den rette dosis, og sundhedspersonen bør være omhyggelig ved udregningen af den ordinerede dosis.

Nedenstående sager er eksempler på fejlmedicinering som følge af indgift med ukorrekt dosis af den ordinerede medicin.

Forveksling af ugedosis og dagsdosis af blodfortyndende medicin (0019614B)

En 86-årig kvinde var i behandling med blodfortyndende medicin (Marcoumar) på grund af en hjertekarsygdom. Behandlingen blev kontrolleret af patientens egen praktiserende læge, der i februar 1999 ændrede behandlingen til et andet præparat (Marevan) efter opfordring fra medicinsk afdeling på sygehuset. Praktiserende læge forvekslede ugedosis og dagsdosis, således at der blev ordineret Marevandosis pr. dag, hvad der skulle gives pr. uge. Efterfølgende kontaktede en sygeplejerske lægen og forespurgte, om ordinationen var ugentlig eller daglig, hvorpå hun fik oplyst, at ordinationen var daglig.

I marts 1999 blev patienten indlagt på grund af åndenød og kvalme. Under indlæggelsen fik patienten konstateret en meget lav blodprocent, og patienten modtog frisk frosset plasma og der blev iværksat antibiotisk behandling. Trods behandlingen sløjede patienten af og afgik ved døden den 11. marts 1999.

Der blev klaget over den behandling, patienten modtog i forbindelse med medicinskift af blodfortyndende medicin Marcoumar til Marevan.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere lægens medicinordination af Marevan og indskærpede, at han udviste større omhu i sit fremtidige virke. Da Patientklagenævnet desuden fandt, at der var begrundet mistanke om, at lægen havde udvist grovere forsømmelse ved sin omregning af medicindosis, besluttede nævnet at anmode anklagemyndigheden om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod lægen for overtrædelse af § 18, stk. 1, jf. § 18, stk. 2.

Anklagemyndigheden vurderede, at der var tale om overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1, jf. § 18, stk. 2, og straffesagen blev afsluttet med, at lægen vedtog en bøde på 3.000 kr.

Sagen illustrerer, at i tilfælde, hvor der er tale om et potent præparat, eksempelvis blodfortyndende medicin, og der ikke foreligger formildende omstændigheder, vil nævnet i almindelighed anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltaletiltalerejsning.

Udlevering af Methotrexat i dagsdosis i stedet for ugedosis (0124628A)

En 72-årig mand var i begyndelsen af 1999 i behandling med Methotrexat 10 mg pr. uge på grund af en kronisk ledlidelse. Hjemmesygeplejersken havde ansvaret for medicineringen af patienten. Hjemmesygeplejersken fejldoserede Methotrexat, så patienten fik 10 mg Methotrexat dagligt i stedet for ugentligt. Overdoseringen medførte en svær knoglemarvspåvirkning med fald i antallet af blodplader og sår dannelse, samt blødning fra slimhinderne i mund og svælg. Efter en kort indlæggelse var patientens

blodprøvesvar normale den 19. januar 2000, og den 25. januar 2000 blev han udskrevet i god helbredstilstand.

Sundhedsstyrelsen indberettede hjemmesygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere hjemmesygeplejerskens fejlmedicinering af patienten, idet hun havde lagt Methotrexat 10 mg dagligt i hans pilleæske, og nævnet indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt desuden, at der var begrundet mistanke om, at hjemmesygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af patienten, hvorfor nævnet samtidig besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod hjemmesygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af sygeplejekardex, at hjemmesygeplejersken den 30. december 1999 doserede patientens medicin for de næste 3 uger.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalnotat af den 14. januar 2000 fremgik, at der ved undersøgelse af patientens medicindoseringsæske, som han havde medbragt til sygehuset, blev konstateret, at der var ilagt Methotrexat til indtagelse dagligt.

Anklagemyndigheden vurderede, at der var tale om overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11, stk. 2, og straffesagen blev afsluttet med, at sygeplejersken vedtog en bøde på 1.500 kr.

I denne sag var det nævnets opfattelse, at der ikke forelå nogen konkrete formildende omstændigheder, og derfor vurderedes forholdet som grovere forsømmelse.

Fejlagtig omregning af bedøvelsesmiddel (0126205A)

En pige på 14 måneder blev den 21. februar 2000 indlagt for 3. gang på grund af lungebetændelse. Det blev planlagt at foretage en CT-scanning af hendes lunger som udredning for de gentagne lungebetændelser. Overlægen fra anæstesiaafdelingen tilså pigen dagen før indgrebet og fandt, at det var forsvarligt at bedøve hende. En sygeplejerske bedøvede hende inden undersøgelsen med bedøvelsesmidlet Brietal i blodåren. Kort tid efter indgiften udviklede pigen hjertestop, og der blev forsøgt genoplivning uden held.

Der blev klaget over, at pigen fik en for høj dosis af bedøvelsesmidlet Brietal.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken og indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt desuden, at der var begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen, hvorfor nævnet samtidig besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at der blev ordineret 8 mg Brietal til bedøvelse, men da sygeplejersken konstaterede, at pigen havde fået anlagt en venflon, besluttede vedkommende sig for at give bedøvelsen direkte i venen.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at der var stor forskel på den dosis medicin, som anvendes, når et barn bedøves ved indsprøjtning i endetarmen og i en blodåre.

Herudover lagde nævnet vægt på, at det af erklæringen fra Retsmedicinsk Institut fremgik, at der i forbindelse med obduktionen blev udtaget prøver, der viste en koncentration af Brietal på 2,8 mg/kg i blodet, 7,5 mg/kg i muskelvævet og 42 mg/kg i levervævet.

Det var nævnets opfattelse på baggrund af de retskemiske undersøgelser, at det var mest sandsynligt, at sygeplejersken ved en fejl havde undladt det sidste trin i fortyndingen, således at den Brietal-opløsning, der blev anvendt, var på 10 mg/ml i stedet for 1 mg/ml. I givet fald havde pigen fået i alt 80 mg Brietal i stedet for 8 mg, hvilket var fuldt foreneligt med den mængde, som blev fundet ved den retslægelige obduktion.

Anklagemyndigheden vurderede, at der var tale om overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, jf. § 11, stk. 2, og straffesagen blev afsluttet med, at sygeplejersken vedtog en bøde på 2.000 kr.

Sagen illustrerer, at der er tale om en grovere forsømmelse, når sundhedspersonen ikke sikrer sig korrekt omregning af dosis forinden indgiften.

6.4 Administrationstidspunkt

Hvorvidt medicinen er indgivet rettidigt, afhænger af det enkelte præparats art og virkning. For nogle præparaters vedkommende er det vigtigt, at medicinen indgives med et regelmæssigt interval, for andre præparater har det ikke den store betydning for virkningen. Sundhedspersonen bør derfor tilstræbe at give medicinen til de ordinerede tidspunkter.

Nedenstående sag illustrerer denne problematik.

Forsinket udlevering af vanddrivende medicin (0020002P)

En 80-årig kvinde var beboer på et plejehjem. Hun havde dårligt hjerte og var i medicinsk behandling med vanddrivende medicin samt medicin for blærens funktion.

Den 13. januar 2000 havde en plejehjemsassistent uddelegeret opgaven med medicingivning til en sygeplejestuderende. Den pågældende sygeplejestuderende gav imidlertid ikke medicinen. Senere på dagen gjorde beboerens søn opmærksom på, at beboeren ikke havde fået sin vanlige medicin, hvorefter hun fik medicinen. Senere samme dag fik hun vejrtrækningsbesvær og hjertepumpesvigt, hvorfor hun blev indlagt.

Den 15. januar 2001 blev beboeren udskrevet i sin vanlige tilstand. En sygeplejerske fik ikke givet beboeren dennes middagsmedicin den 16. januar 2000, og beboeren fik atter besværet vejrtrækning og blev indlagt akut.

Der blev klaget over, at personalet på plejehjemmet den 13. og 16. januar 2000 glemte at give beboeren dennes middagsmedicin.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, idet hun burde have været opmærksom på, at der skulle have været udleveret middagsmedicin til beboeren, og nævnet indskærpede, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Sagen illustrerer, at nævnet udtaler kritik i tilfælde, hvor det er afgørende for behandlingen af patienten, at medicinen bliver givet på det rigtige tidspunkt.

6.5 Sikring af ordinationens rigtighed

Nævnet har udtalt kritik i sager, hvor sundhedspersonen ikke sikrede sig, at ordinationen var korrekt. Det vil sige i tilfælde, hvor der opstod tvivl hos sundhedspersonen om ordinationens rigtighed eller i situationer, hvor ordinationens karakter burde have udløst tvivl hos sundhedspersonen.

De følgende sager illustrerer denne problematik.

Sikring af ordinationens rigtighed og manglende reaktion på den store dosis (0125918P)

En 6-årig dreng blev indlagt med henblik på kemoterapibehandling af en kræftsygdom. Under behandlingen fik drengen et kortvarigt krampetilfælde, og der blev ordineret Tegretol dosis 36 mg x 3.

Drengen blev imidlertid genindlagt den 21. marts 2001, og da den sygeplejerske, der var ansvarlig for medicingivningen, havde erfaring for, at børn foretrækker piller frem for så

store mængder mikstur, spurgte hun patientens far, hvordan de foretrak medicinen. Da de ønskede piller frem for mikstur, bad hun en læge om at ændre ordinationen til tabletter.

En afdelingslæge ændrede på baggrund af ønsket ordinationen til tabletter. Han bemærkede dog ikke, at der inden da fejlagtigt var rettet i den primære ordination til 360 mg x 3. Sygeplejersken gav herefter patienten den ordinerede medicin kl. 17 og kl. 23. Patienten blev i løbet af aftenen og natten tiltagende sløv, hvorefter fejlordinationen blev opdaget. Den 23. marts 2000 var patienten atter i sin habitual tilstand.

Sundhedsstyrelsen indberettede afdelingslægens og sygeplejerskens behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægens ordination af medicin til patienten, idet han ikke bemærkede den alt for høje dosis, og idet han burde have sikret sig, at den ordinerede dosis var korrekt. Nævnet indskærpede desuden, at afdelingslægen udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Det var nævnets opfattelse, at den oprindeligt ordinerede mikstur Tegretol dosis 36 mg x 3 var ordineret korrekt. Der skete senere en rettelse i den primære ordination uden, at det var muligt at afgøre, hvem der havde foretaget denne rettelse, idet de sundhedspersoner, der var direkte involveret i behandlingen i den omhandlede periode ikke vedkendte sig at have rettet i medicinordinationsskemaet.

Nævnet bemærkede, at Tegretol dosis dermed var 10 gange for høj i forhold til instruksen på den pågældende indikation og 3 gange større end maksimal tilladt dosis til et barn med den pågældendes vægt. Nævnet oplyste, at ændring fra mikstur til tabletter og omvendt er en almindeligt forekommende procedure i børneafdelinger.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejerskens fejlmedicinering af patienten, idet hun ikke reagerede på den store dosis.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken til sagen oplyste, at hun slog op i lægemiddelkataloget for at sikre sig viden om virkning og bivirkning, men undlod at sikre sig, at den ordinerede dosis lå inden for de anbefalede rammer. Nævnet lagde videre vægt på, at sygeplejersken søgte hjælp vedrørende ændringen i ordinationen, idet hun henvendte sig til afdelingslægen.

Ordination af 10 gange den dosis, der var tilsigtet (0127705B)

En nyfødt dreng på 460 gram fik umiddelbart efter fødslen tiltagende problemer med vejrtrækningen i form af manglende iltning af blodet, hvorfor lægerne fandt indikation for respiratorbehandling.

I forbindelse med denne procedure blev der anvendt morfin som bedøvelse. En reservelæge ordinerede mundtligt, at sygeplejersken skulle give 0,08 ml morfin. Sygeplejersken hørte dette som 0,8 ml morfin og gav drengen denne dosis. Lægen gentog ordinationen efter et minut, da drengen ikke var tilstrækkeligt bedøvet, og drengen modtog yderligere 0,8 ml morfin.

Drengen var herefter bedøvet, og der blev anlagt en tube i luftrøret, som blev koblet til respirator. Drengen rettede sig aldrig helt på trods af behandlingen og fik svigtende hjerteaktion og afgik ved døden.

Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerskens og lægens behandling af patienten til Patientklagenævnet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken, idet hun burde have sikret sig, at hun havde forstået den mundtlige ordination korrekt, specielt da hun ifølge sin udtalelse havde undret sig over den høje dosis morfin til et lille barn. Nævnet indskærpede endvidere, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Da Patientklagenævnet fandt, at der er begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af drengen, besluttede nævnet samtidig at anmode anklagemyndigheden om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, jf. § 11.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere lægens behandling af drengen. Nævnet fandt, at lægen burde have bedt sygeplejersken om at gentage ordinationen for at sikre sig, at der blev givet den korrekte dosis, og han burde efterfølgende have opdaget fejlen, da han godkendte ordinationen med sin signatur.

Anklagemyndigheden besluttede ikke at indlede efterforskning i sagen mod sygeplejersken, idet der efter anklagemyndighedens opfattelse ikke var formodning om, at et strafbart forhold, som forfølges af det offentlige, var begået. Anklagemyndigheden lagde vægt på, at der var usikkerhed om, hvilken besked sygeplejersken havde modtaget fra lægen. Anklagemyndigheden lagde endvidere vægt på, at medicineringen ikke havde været dødsårsagen.

Sagen illustrerer, at såfremt en sundhedsperson bliver i tvivl om ordinationens rigtighed (i denne sag den høje dosis morfin til et lille barn), bør hun bede lægen om at gentage den mundtlige ordination, forinden hun giver medicin til en patient.

Indberetning af fejlmedicinering og utilstrækkelig supervision af studerende (0016003A)

En 76-årig kvinde blev indlagt til strålebehandling for kræft i livmoderhalsen. Ved stuegang blev der ordineret behandling med tablet Mablet 1 x 2 dagligt. Ordinationen blev af en sygeplejestuderende fejlagtigt anført som Marcoumar i medicinkardex.

Den følgende dag undrede en sygeplejerske A sig over ordinationen, hvorfor hun ville søge den bekræftet i journalen, som imidlertid ikke var på afdelingen. Ved en gennemgang af sygeplejekardex og det tidligere medicinskema var der ingen henvisning til en ordination med Marcoumar. Sygeplejerske A valgte herefter at fortsætte ophældningen af medicinen. Den efterfølgende dag ophældte den samme sygeplejerske igen medicinen til brug for de følgende fire dage.

Sundhedsstyrelsen indberettede sygeplejerske A samt den sygeplejerske, der var supervisor for den studerende.

Patientklagenævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere sygeplejerske A, idet hun havde undladt at søge ordinationens rigtighed bekræftet, inden hun ophældte medicinen og indskærpede desuden, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere den sygeplejerske, som havde superviseret den sygeplejestuderende. Nævnet fandt, at supervision af en sygeplejestuderende ikke alene kan baseres på den studerendes egen tilbagemelding, men tillige omfatter en forpligtelse for den superviserende sygeplejerske til aktivt at søge oplysninger om forhold i forbindelse med den studerendes arbejde, der kan være af væsentlig betydning for patientbehandlingen og sikkerheden i forbindelse hermed, herunder oplysninger om evt. ordinationer. Nævnet fandt, at sygeplejersken som supervisor for den studerende burde have sikret en løbende kontrol med dennes arbejde, bl.a. i form af en gennemgang af den sygeplejestuderendes optegnelser.

Denne sag illustrerer, at en sygeplejerske, som er supervisor for en studerende, bør sikre en løbende kontrol med den studerendes arbejde.

7. KLAGE OVER ORDINATION AF KEJSERSNIT

Patientklagenævnet afgør årligt ca. 50 klager over fødselsforløb på landets hospitaler, herunder blandt andet klager over, at patienten ikke fik tilbudt kejsersnit, eller at patienten fik kejsersnit for sent i forløbet.

I år 2002 afgjorde nævnet en enkelt sag om det modsatte, nemlig en klage over, at der blev foretaget kejsersnit. Klager anførte således, at det ikke var nødvendigt med et kejsersnit, idet der efter hendes opfattelse var god fremgang i fødslen. Hun anførte videre, at hun ikke havde givet sit samtykke til kejsersnittet.

Nævnet fandt ikke anledning til at kritisere overlægen for ordinationen af kejsersnit, idet det var nævnets opfattelse, at der var indikation herfor. Nævnet fandt det endvidere ikke tilstrækkelig godtgjort, at kvinden – under de givne omstændigheder – modtog utilstrækkelig information om kejsersnittet, eller at der blev foretaget kejsersnit uden hendes samtykke. Nævnet fandt imidlertid, at overlægen burde have journalført den givne information.

Nedenfor refereres afgørelsen i resumeret form (**0233313 A**).

En knap 39-årig kvinde henvendte sig den 8. januar 2002 om morgenen på fødegangen på grund af veer. Overlægen ordinerede kl. 13.00 akut kejsersnit på grund af manglende fremgang og påvirket hjertelyd. Kl. 13.37 blev der ved kejsersnit født en levende dreng fra uregelmæssig hovedpræsentation.

Der er uenighed parterne imellem om, hvorvidt patienten fik information og accepterede kejsersnit.

Der blev klaget over, at kvinden fik foretaget et kejsersnit, og at hun ikke fik tilstrækkelig information om kejsersnittet forinden operationen, og at hun ikke gav samtykke hertil.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af patienten. Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at kvinden den 8. januar 2002 henvendte sig på fødegangen på grund af veer med 5 minutters interval, og at jordemoder ved sin undersøgelse fandt, at livmoderhalsen var udslettet, livmodermunden godt to fingre åben, og at hovedet sad fast i bækkenindgangen. Der blev påsat overvågning med CTG (apparat der måler fostrets puls og livmoderens sammentrækninger samtidig på en strimmel papir).

Det fremgår videre af journalen, at jordemoderen kl. 8.45 fandt, at veerne var lidt uregelmæssige, og at livmodermunden var 3 cm åben, samt at hovedet stadig kun lige var i bækkenindgangen.

Ifølge journalen fandt jordemoderen kl. 10.00, at livmodermunden var 4-5 cm åben, men at hovedet ikke var kommet bedre ned. Kl. 11.55 fandt jordemoderen, at livmodermunden var 6 cm åben med hindeblærer, som blev punkteret med udtømmelse af en lille skylle blodtilblandet fostervand, samt at hjertelyden var god. Kl. 12.40 fandt jordemoderen, at der var gode veer, og at hjertelyden fra fostret var lidt stille, samt at basislinien på CTG kurven faldt lidt. Da den indvendige undersøgelse viste uændrede forhold, blev vagthavende læge tilkaldt.

Det fremgår endvidere af journalen, at overlægen kl. 13.00 fandt, at der var manglende fremgang og tiltagende lav puls hos fostret, og ved den indvendige undersøgelse fandt han hovedet lige over bækkenindgangen med dårlig kontakt. Livmodermunden var 6 cm åben, og kvinden fik ilt på maske. Overlægen noterede i journalen, at fostret reagerede på undersøgelsen med hurtigere puls. Herefter ordinerede overlægen akut kejsersnit på indikation eventuelt misforhold mellem mor og barn, manglende fremgang og mistanke om iltmangel til fostret.

Det var nævnets opfattelse, at CTG-kurven viste en let påvirket puls hos fostret, men kurven var efter nævnets opfattelse ikke i sig selv grund til at foretage akut kejsersnit. Derimod var det nævnets opfattelse, at den manglende fremgang og specielt det, at barnets hoved ikke trængte ned i moderens bækken, i sig selv er en indikation til at foretage kejsersnit.

Der blev ved operationen født en levende dreng (fra første højtstående uregelmæssig hovedpræsentation) på 3800 gram, og som var 55 cm lang.

På denne baggrund var det nævnets opfattelse, at der i perioden fra ordinationen af kejsersnittet og til fremhjælpingen af drengen ikke var sket fremgang, idet barnets hoved ikke var gledet længere ned i fødselsvejen. Nævnet fandt således ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden.

For så vidt angik klagen om indhentelse af det informerede samtykke fandt nævnet ikke, at overlægen havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved sin information og indhentelse af samtykke fra kvinden.

Nævnet lagde i sin begrundelse blandt andet vægt på, at ifølge kvindens klage fastslog lægen efter en undersøgelse, at der skulle laves kejsersnit, og da hun spurgte, om det var nødvendigt, var lægen væk igen. Jordemoderen oplyste ifølge klagen, at ”vi skal have barnet ud i en fart”, hvilket var det tætteste, kvinden fik på en forklaring.

Endvidere lagde nævnet i sin begrundelse vægt på, at overlægen oplyste til sagen, at han blev tilkaldt af jordemoderen kl. 13.00 på grund af manglende fremgang og bradykardi med en

basislinie på 105-110, og han fandt efter en undersøgelse indikation for akut kejsersnit og orienterede kvinden, som accepterede dette.

Ifølge jordemoderen informerede hun kvinden under klargøringen til kejsersnittet om, hvorfor der skulle foretages kejsersnit, at det var fordi barnet trængte til at komme lidt hurtigere ud, end man kunne forvente ville ske.

Ifølge journalen ordinerede overlægen kl. 13.00 akut kejsersnit på indikation eventuelt misforhold mellem mor og barn, manglende fremgang og mistanke om iltmangel hos fostret.

Nævnet oplyste, at mange af de ting, som sker på en fødestue, sker akut af hensyn til fremdriften i fødselsforløbet og af hensyn til moderen og barnets helbred, f.eks. vil der sjældent være tid til nærmere at forklare virkningerne ved anlæggelse af sugekop, såfremt baggrunden for anlæggelsen er truende iltmangel inde i livmoderen.

På baggrund af ovennævnte fandt nævnet det ikke tilstrækkelig godtgjort, at kvinden - under de givne omstændigheder - modtog utilstrækkelig information om kejsersnit, eller at der blev foretaget kejsersnit uden hendes samtykke. Nævnet fandt imidlertid, at overlægen, som ansvarlig for kejsersnittet, burde have journalført den information, som kvinden fik.

8. INFORMATION OG SAMTYKKE, RETEN TIL INFORMATION

8.1 Information til patienten

Det fremgår af lov om patienters retsstilling § 7, stk. 1, at en patient har ret til at få information. Denne paragraf suppleres af §§ 8, 9 og 11, hvor andre end patienten tillige skal have information.

Lovens § 7 fastsætter nærmere regler for, i hvilket omfang og på hvilken måde, patienten skal informeres. Reglen suppleres af § 5 i Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., som blandt andet fastslår, at mundtlig information i visse tilfælde bør suppleres med skriftligt informationsmateriale. En nærmere uddybning heraf findes i Sundhedsstyrelsens Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. nr. 161 af 16. september 1998 (Vejledningen), pkt. 3.6.

8.2 Information ved behandling af mindreårige

8.2.1 Generelt

Alle unge under 18 år er underlagt forældremyndigheden, med mindre de har indgået ægteskab. Forældremyndighedens indehaver skal i henhold til § 2 i lov om forældremyndighed og samvær drage omsorg for den mindreårige og træffe afgørelser om den mindreåriges interesser og behov.

Der er fastsat udtrykkelige regler i lov om patienters retsstilling vedrørende forældrenes ret til at modtage information. Således fremgår det af § 8, at en patient, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal imidlertid tillige have information, jf. § 7, og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Klage over manglende information af forældremyndighedens indehaver ved behandling på en skadestue (0122529A)

En 16-årig dreng blev indbragt på en skadestue efter at være væltet på sin knallert og have slået sin højre fortand ud samt en del af venstre fortand. Han medbragte den udslåede tand i mundhulen. Han blev undersøgt af en overtandlæge, som ikke fandt grundlag for penicillinbehandling eller bedøvelse. Overtandlægen satte tanden på plads, og der blev påsat en plastskinne til fastholdelse af tanden. Da han var til kontrol hos skoletandlægen en uge senere, manglede der 2 mm i, at tanden var helt på plads, og der var betændelse i tandlejet.

Der blev blandt andet klaget over, at man ikke tog kontakt til drengens forældre forud for behandlingen på skadestuen.

Nævnet fandt, at det måtte antages, at en ung på 16 år kunne forstå information om, at han ikke måtte bide af med fortænderne og burde spise blød kost. Nævnet fandt dog, at det ud fra en samlet vurdering havde været hensigtsmæssigt, at der som minimum var blevet søgt telefonisk kontakt med hjemmet, inden behandlingen blev iværksat, og at drengen havde fået en skriftlig orientering med henblik på opfølgning i hjemmet, således at forældrene kunne opfylde deres omsorgspligt.

Det skal endvidere bemærkes, at det følger af § 19 i lov om forældremyndighed og samvær, at den af forældrene, som ikke har forældremyndigheden, har ret til efter anmodning at få orientering om barnets forhold.¹³ Bestemmelsen antages dog alene at gælde for offentligt ansatte sundhedspersoner.

8.2.2 Patienter, der er fyldt 15 år.

Ifølge lovens § 8 har alle patienter, der er fyldt 15 år, ret til information.

Forældremyndighedens indehaver skal imidlertid tillige have information og skal inddrages i den mindreåriges stillingtagen, da der netop er tale om en mindreårig. Ved denne regel tilsigtes at skabe en passende balance mellem den unges selvbestemmelsesret og forældrenes omsorgspligt¹⁴.

Det fremgår af Vejledningen, at omfanget af informationen til forældremyndighedens indehaver kan begrænses i lyset af behandlingens karakter, sygdommens alvor, oplysningernes art, patientens alder og modenhed og behovet for opfølgning i hjemmet, herunder udøvelse af forældrenes omsorgspligt. Problemstillingen belyses af nedenstående afgørelser.

Klage over manglende information til forældremyndighedens indehaver og den ungdomsskole, hvor patienten var elev, ved behandling på skadestue (0017414A)

En 16-årig dreng henvendte sig på en skadestue på grund af håndledssmerter. Han var faldet ned af en trappe tre dage tidligere. Han fik anlagt en cirkulær gips, og den planlagte bandageringstid var 8 uger med en efterfølgende røntgenkontrol. Mindre end en uge senere henvendte patienten sig på skadestuen, da gipsen var beskadiget, hvorfor der blev anlagt en ny gips. Ca. 14 dage efter henvendte han sig igen med en beskadiget gips, hvorefter der blev lagt en ny. Ved den planlagte røntgenkontrol fandt man, at frakturen

¹³ Ibid. Se også praksissammenfatning om aktindsigt.

¹⁴ Lovforslagets bemærkningerne til § 8

ikke var helet, hvorfor der blev anlagt ny gips for 4 uger. Ved kontrollen heraf var der stadig manglende heling, hvorfor han blev henvist til operativ fiksering.

Der blev blandt andet klaget over, at der i forbindelse med behandlingen ikke blev givet tilstrækkelig fyldestgørende information til moderen.

Patientklagenævnet fandt, at patienten var blevet informeret tilstrækkeligt, idet han var blevet informeret om at holde armen i ro for at sikre helingen og om at henvende sig igen ved gipsgener. Han var endvidere blevet informeret om at tage bruddet alvorligt, da han henvendte sig anden gang med den beskadige gips.

Nævnet oplyste, at kravet til information af forældrene til patienter mellem 15 og 17 år må vurderes ud fra blandt andet behandlingens karakter, sygdommens alvor, oplysningens art, den unges alder og modenhed, samt behovet for opfølgning i hjemmet, herunder udøvelse af forældrenes omsorgspligt.

Det var endvidere nævnets opfattelse, at en ung på 16 år kan forstå information om, at et brækket håndled skal holdes i ro. Da der ikke derudover var behov for særlig opfølgning i hjemmet, fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere, at moderen ikke var blevet informeret herom.

Der kan endvidere være tungtvejende hensyn til patienten, der taler for at undlade at informere forældrene, hvilket illustreres af følgende afgørelse.

Klage over brud på tavshedspligten (0021323A)

En 17-årig pige var til første graviditesundersøgelse hos lægen. Da der havde været mange sociale problemer tidligere, orienterede lægen socialforvaltningen. Da patientens far to dage senere kom i Lægehuset, udtrykte lægen overfor faderen bekymring omkring graviditeten.

Der blev blandt andet klaget over, at lægen tilsidesatte sin tavshedspligt ved at videregive oplysninger om hende til hendes far og kommunen.

Patientklagenævnet fandt, at lægen ikke havde brudt sin tavshedspligt ved at videregive oplysning om patientens graviditet til kommunen. Nævnet lagde vægt på, at hun var gravid og under 18 år, og at hun havde haft en lang sygehistorie, ligesom lægen med rette kunne formode, at patienten og hendes ufødte barn kunne få behov for støtte.

Nævnet fandt derimod, at lægen havde brudt sin tavshedspligt ved at have videregivet oplysninger om hendes graviditet til faderen. Nævnet lagde vægt på, at hun på dette

tidspunkt var fyldt 15 år, og at forældremyndighedens indehaver i henhold til § 8 i lov om patienters retsstilling ikke uden videre skal inddrages i information om helbredstilstanden.

De følgende afgørelser illustrerer, at forskellige forhold kan indvirke på vurderingen af, om forældrene tillige skal informeres ved behandling af unge mellem 15 og 18 år.

Klage over manglende information af forældremyndighedens indehaver (0230504B)

En 17-årig dreng blev behandlet af en tandlæge, der skulle lægge en fyldning i 6+ (første store kindtand i højre side af overkæben). I stedet lagde tandlægen en lokalbedøvelse til +6 (første store kindtand i venstre side af overkæben) og begyndte at udbore en sølvfyldning i tanden, da han opdagede, at han behandlede den forkerte tand. Han lagde i stedet en plastfyldning i +6 og behandlede derefter 6+ som planlagt.

Den 13. august 2001 kontaktede patientens moder tandlægen, da hendes søn angiveligt havde ondt i +6. Tandlægen undskyldte hændelsen og forklarede om uheldet, og at der ingen skade var sket på +6.

Der var blandt andet klaget over, at tandlægen ikke efter fejlbehandlingen informerede moderen om fejlen i betragtning af, at patienten var under 18 år.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at tandlægen ikke med det samme informerede moderen, idet patienten på behandlingstidspunktet var 17 år og 7 måneder gammel, og eftersom tandlægen havde informeret ham. Men nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, at tandlægen havde informeret patientens forældre om fejlbehandlingen samtidig med patienten selv.

Det var således nævnets vurdering, at det måtte antages, at en ung på 17 ½ år kunne forstå information om, at der var blevet boret i en forkert tand.

8.2.3 Patienter under 15 år

Såfremt der er tale om en patient under 15 år, skal forældremyndighedens indehaver informeres. Endvidere skal patienten ifølge lovens § 11 informeres og inddrages mest muligt i drøftelserne af behandlingen i det omfang, den mindreårige forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan være til skade for denne.

8.3 Information af patienter, der er varigt inhabile

Såfremt der er tale om en varigt inhabil patient, har nærmeste pårørende eller værge til patienten ret til information. Endvidere skal patienten informeres og inddrages i drøftelserne

af behandlingen i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan være til skade for patienten, jf. lovens § 11.¹⁵

Nedenstående afgørelse belyser, at nævnet foretager en konkret vurdering af, hvorvidt patienten i behandlingsforløbet må kunne forventes at forstå informationen. I nedenstående sag fandt nævnet efter en konkret vurdering ikke grundlag for at fastslå, at patienten varigt manglende evnen til at forholde sig fornuftsmæssigt til information, behandlingsmuligheder, risici mv.

Klage over utilstrækkelig information af pårørende (0016908B)

En 76-årig mand blev tilknyttet en psykiatrisk afdelings daghospital som aflastning af hjemmet. Han fik blandt andet foretaget en demenstest, hvor han scorede 23 point, svarende til demens i lettere grad. Han blev senere indlagt flere gange på grund af alkoholbetinget delir, hvorefter han blev overflyttet til en geriatrisk afdeling. Under en indlæggelse på den geriatriske afdeling blev der efter en neurologisk undersøgelse foretaget en CT-scanning, som viste flere ar efter blodpropper i den nederste del af hjernen. Han blev herefter indstillet til en plejehjemsplads.

Der blev blandt andet klaget over, at der ikke blev givet tilstrækkelig information til patientens familie om dennes sygdomsforløb og behandling, idet patienten ikke var i stand til at tage vare på sig selv og således ikke var i stand til at modtage og forstå informationen.

Nævnet fandt anledning til at bemærke, at i relation til spørgsmålet om information vil en patients evne til at forstå information og give samtykke til behandling dels afhænge af dennes intellektuelle formåen på det givne tidspunkt og dels af, hvor kompliceret informationen er.

Nævnet oplyste hertil, at den information, man i en situation som den aktuelle vil give en patient om behandling med Serenase, vil være relativ enkel med nævnelser af formål/virkning og bivirkninger.

Patientklagenævnet fandt, at patienten blev informeret og inddraget i drøftelserne vedrørende behandling i det omfang, han var i stand til at forstå behandlingssituationen. Nævnet fandt ikke, at der var holdepunkter for at fastslå, at patienten varigt manglende evnen til at forholde sig fornuftsmæssigt til information, behandlingsmuligheder, risici mv.

¹⁵ lovens § 9, jf. Vejledningen, pkt. 3.1.2.

Det var nævnets vurdering, at det fremgik af beskrivelsen af patienten, at han på dårlige dage næppe havde været i stand til fuldt ud forstå en sådan information, mens han på gode dage havde kunnet forstå en sådan information og give samtykke til behandling, hvilket blev underbygget af, at patienten senere i forløbet selv medvirkede til diskussionen om mulige bivirkninger.

8.4 Information af pårørende til habile patienter

Det fremgår af Vejledningen, at pårørende til en patient som udgangspunkt ikke har krav på at blive informeret. Dette følger af, at sundhedspersonen i relation til de pårørende også er underlagt tavshedspligt.

Det fremgår endvidere af Vejledningen, at respekten for den personlige integritet indebærer, at man spørger den enkelte patient om, hvad han/hun er interesseret i, der skal gøres. Ligesom patienten har selvbestemmelsesret i relation til at modtage eller afslå behandling, har patienten også selvbestemmelsesret, når der er tale om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

9. KLAGER OVER TVANGSBEHANDLING MED ELEKTROSTIMULATION

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fungerer efter psykiatriloven som ankeinstans i forhold til de lokale psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og anvendelse af fysisk magt, jf. § 38 i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Tvangsbehandling må kun anvendes, hvis patienten er sindssyg eller i en tilstand, der helt svarer til sindssygdom. Ligeledes må tvangsbehandling kun finde sted, hvis det vil være uforsvarligt at undlade dette, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet, eller den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, jf. psykiatrilovens § 5.

Betingelserne for at kunne iværksætte tvangsbehandling med elektrostimulation følger af psykiatrilovens almindelige regler om tvangsbehandling.

Der er imidlertid særlige begrænsninger ved anvendelsen af elektrostimulation under tvang. Således fremgår det af forarbejderne til lov om ændring af psykiatriloven (lov nr. 403 af 26. juni 1998, L 36, 2. samling), at Folketinget har lagt vægt på, at tvangsbehandling med elektrostimulation ikke må anvendes, medmindre der foreligger en aktuel eller potentiel livstruende tilstand for patienten.

Herudover skal psykiatrilovens § 4 om mindste middels princip iagttages, således at behandling med elektrostimulation ikke anvendes, såfremt mindre indgribende behandlingsmetoder er tilstrækkelige. Det følger af mindste middels princip, 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 have en passende betænkningstid. Endvidere må tvang kun anvendes, når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige, ligesom anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Følgende 3 sager illustrerer, at nævnet, når det drejer sig om tvangsbehandling med elektrostimulation, foretager en vurdering af, hvorvidt betingelserne herfor er opfyldt, herunder om der foreligger en aktuel eller potentiel livstruende tilstand for patienten.

(0125004B)

En 56-årig kvinde havde aldrig tidligere været indlagt på psykiatrisk afdeling eller været behandlet for en psykisk lidelse. Hun led af insulinkrævende sukkersyge, som var kompliceret af svær nyrepåvirkning, og hun var i dialysebehandling.

Aktuelt blev patienten tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling på grund af farlighed, idet hun i tiden forinden ikke tilstrækkeligt havde passet behandlingen af sin sukkersyge, ligesom hun havde været tiltagende manisk og forvirret. Ved indlæggelsen fandt lægerne hende opkørt og agiteret, præget af betydelig taletrang og storhedsforestillinger. Hun var endvidere truende over for personalet, som hun slog ud efter, hvorfor hun blandt andet blev tvangsfikseret og fik indgivet en beroligende injektion. I en periode var hun psykotisk, urolig og råbende samt tidvist angstpræget. Hendes sukkersyge var fortsat svært regulerbar, og det var vanskeligt at gennemføre de livsnødvendige dialysebehandlinger.

Da hendes tilstand blev værre med svær vedvarende uro og fortsatte vrangforestillinger, besluttede lægerne at tvangsbehandle hende med elektrostimulation 3 gange ugentligt. Under henvisning til den farefulde situation i forbindelse med patientens sukkersyge og risikoen for udvikling af delir blev behandling med elektrostimulation iværksat samme dag, således at patientens klage til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn ikke fik opsættende virkning.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling med elektrostimulation.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten forud for tvangsindlæggelsen, ved selve indlæggelsen og i perioden frem til beslutningen om tvangsbehandling blev truffet, var i en psykotisk/ sindssygelig tilstand, svarende til diagnosen manisk enkeltepisode eller eventuel akut mani-lignende psykose. Da en sådan psykisk tilstand almindeligvis kan behandles, og da den livsnødvendige behandling af patientens legemlige sygdom (sukkersyge) syntes at være afhængig af behandling af hendes psykiske lidelse, måtte det anses for uforsvarligt ikke at beslutte tvangsbehandling, da udsigten til en betydelig og afgørende bedring af hendes tilstand ellers ville forringes væsentligt. Samtidig ville en undladelse af behandling have indebåret en betydelig risiko for patientens liv.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt endvidere, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten under sin ca. 3 uger lange indlæggelse op til beslutningen om tvangsbehandling blev truffet, måtte anses at være forsøgt motiveret for frivillig antipsykotisk behandling.

Ligeledes fandt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, at den valgte behandlingsform med elektrostimulation måtte anses for at opfylde kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde herved vægt på, at elektrostimulation er en almindeligvis effektiv behandling af maniske tilstande, når det er nødvendigt at opnå en hurtig effekt, hvilket må anses at have været tilfældet i patientens situation, for at kunne gennemføre den livsnødvendige behandling af hendes sukkersyge, samt på grund af den mulige risikoen for udvikling af delir. Vedrørende eventuelle bivirkninger er den væsentligste bivirkning ved elektrostimulation forbigående svækkelse af hukommelsen, almindeligvis af kortere varighed.

Betingelserne for tvangsbehandling var således opfyldt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt det desuden berettiget, at patientens klage ikke blev tillagt opsættende virkning, idet nævnet herved lagde vægt på den igangværende forværring af hendes psykiske tilstand, og under hensyntagen til det livsnødvendige i at kunne fortsætte den somatiske behandling af hendes sukkersyge, herunder dialysebehandlingen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltrådte på denne baggrund Det lokale Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse for så vidt angår tvangsbehandling med elektrostimulation.

(0018701A)

En 44-årig kvinde havde adskillige gange været indlagt på psykiatriske afdelinger og havde under de fleste indlæggelser fremstået svært sindssyg, aggressiv, hallucineret, tankeforstyrret, personforvekslende og paranoid. Diagnosen havde været psychosis manio-depressivus, manisk type eller skizo-affektiv psykose, manisk type. Patienten blev behandlet med anti-psykotisk medicin i varierede doser og med stemningsstabiliserende medicin samt elektrostimulation.

Aktuelt blev patienten under en indlæggelse behandlet med antipsykotisk medicin Trilafon depot 108 mg hver 14. dag foruden en mindre dosis beroligende medicin Rivotril og Truxal. Efter et par dage blev hun svært psykotisk, personforvekslende, paranoid og grænseoverskridende i forhold til medpatienter, hvorfor hun blev tvangstilbageholdt på behandlingsindikation. Hun var vedvarende urolig, forpint og generede medpatienter. Depotbehandlingen med Trilafon blev suppleret med mikstur Serenase 20 mg dagligt uden sikker effekt. Trilafon i depotdosis blev endvidere øget til 108 mg ugentlig. Der indtrådte en kortvarig bedring i tilstanden, men herefter blev patientens psykiske tilstand atter dårligere. Behandlingen med Serenase og Trilafon ophørte, og hun blev sat i behandling med antipsykotisk medicin Fluanxol som depotbehandling med 100 mg hver 14. dag, der

dog på grund af bivirkninger i form af ufrivillige bevægeforstyrrelser blev reduceret til 75 mg hver 14. dag.

Da patienten ikke kunne motiveres for frivillig behandling, blev det besluttet, at hun skulle tvangsbehandles med elektrostimulation i form af tre ugentlige behandlinger i indtil fire uger, afhængig af den kliniske effekt.

Patienten klagede ved sin patientrådgiver til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn over beslutningen om iværksættelse af tvangsbehandling med elektrostimulation. Klagen blev tillagt opsættende virkning.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsbehandling, men fandt ikke, at betingelserne for at tvangsbehandle med elektrostimulation var opfyldt. Det var således Det lokale Psykiatriske Patientklagenævns vurdering, at behandling af mindre indgribende karakter i forhold til yderligere forsøg med medicinsk behandling burde foretages frem for behandling med elektrostimulation. Nævnet lagde især vægt på oplysningerne om, at patienten uanset sin meget svære psykotiske tilstand ikke befandt sig i en livstruende situation. Det var på den baggrund nævnets vurdering, at kravet om anvendelse af mindst indgribende foranstaltning ikke var opfyldt, henset til karakteren af behandlingen med elektrostimulation.

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 afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde vægt på, at hun på tidspunktet for tvangsbehandlingen var præget af en ustabil, stærkt svingende, og tillige behandlingsresistent sindssyge, uden udsigt til at yderligere medicinsk behandling ville kunne afhjælpe tilstanden.

I betragtning af, at patienten gennem nogle nætter ikke havde sovet, og idet hun tillige fremtrådte urolig og angstpræget, fandt nævnet, at der forelå risiko for akut delir, hvilket er en potentielt livstruende situation.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt endvidere, at tvangsbehandling med elektrostimulation opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at patienten gennem 13 dage blev forsøgt motiveret for frivillig behandling, før beslutning om behandling med elektrostimulation blev truffet. Nævnet lagde endvidere vægt på, at hun tidligere havde modtaget behandling med elektrostimulation med god effekt på tilstanden.

Nævnet lagde tillige vægt på, at patienten under sin indlæggelse var forsøgt behandlet med flere af de typiske antipsykotiske midler Serenase, Trilafon og Fluaxol. Det var

nævnets vurdering, at behandlingen blev givet i tilstrækkeligt høje doser og igennem tilstrækkelig lang tid, men at den imidlertid ikke havde nogen effekt på patientens psykiske tilstand, der således var uændret gennem forløbet, hvor hun ofte blev beskrevet som værende præget af personrettet aggressivitet.

Endelig lagde nævnet vægt på, at patienten havde været i behandling med et nyere atypisk antipsykotisk præparat i form af Zyprexa, hvilket ikke havde nogen effekt på hendes tilstand. Ydermere blev hun tilbudt behandling med Leponex, hvilket hun imidlertid modsatte sig efter indtagelse af en tablet.

(0234704A)

En 60-årig kvinde blev indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af maniske symptomer. Trods behandling med antipsykotisk medicin, var hendes tilstand blevet forværret, og lægerne havde derfor behandlet hende med elektrostimulation 14 gange med nogen effekt på hendes tilstand.

I januar 2002 var patienten atter tiltagende manisk. Lægerne forsøgte behandling med flere antimaniske præparater i store doser, men uden særlig effekt på tilstanden. I marts 2002 besluttede de derfor på ny at tvangsbehandle patienten med elektrostimulation op til 18 gange inden for 3 måneder.

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

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet bedømmelse, at patienten var sindssyg, og at det havde været uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende, da udsigten til hendes helbredelse eller en betydelig bedring af hendes tilstand ellers var blevet væsentlig forringet. Nævnet har lagt vægt på, at hun tidligere var blevet behandlet med elektrostimulation med nogen effekt på tilstanden, hvorimod der ikke havde været effekt af medicinsk behandling.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn oplyste, at Folketinget ifølge forarbejderne til Lov om ændring af psykiatriloven (Lov nr. 403 af 26. juni 1998, L 36, 2. samling), har forudsat, at tvangsbehandling med elektrostimulation ikke anvendes, medmindre der foreligger en aktuel eller potentiel livstruende tilstand for patienten.

Det fremgik hverken af journalen, overlægens udtalelse til sagen eller af tvangsprotokollen, at der på tidspunktet for beslutningen om tvangsbehandling med elektrostimulation var tale om en aktuel eller potentiel livstruende tilstand for patienten. Ifølge journalen havde hun alene været vredladet og psykotisk med vrangforestillinger.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt herefter, at betingelserne for tvangsbehandling med elektrostimulation ikke var opfyldt på det tidspunkt, hvor beslutningen herom blev truffet.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede således den afgørelse, der blev truffet af Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, idet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at beslutningen om tvangsbehandlingen med elektrostimulation ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning.

10. OFFENTLIGGJORTE AFGØRELSER I 2002 INDENFOR LÆGELIGE SPECIALER, ØVRIGE PERSONALEGRUPPER OG JURIDISKE TEMAER

Folketinget vedtog i maj 1999 en beslutning om, at der skulle etableres et et-årig 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 2002, er samlet i en publikation: *Offentliggjorte afgørelser i 2002*, som ligger på nævnets hjemmeside www.pkn.dk. De enkelte sager kan omhandle flere specialer, personalegrupper og juridiske temaer. De er i denne publikation placeret efter, hvor hovedvægten i klagen har været. Nogle af de offentliggjorte sager er desuden medtaget i de forudgående faglige kapitler.

Nedenfor følger en emneoversigt vedr. de sager, som er offentliggjort i 2002, opdelt efter ovennævnte emneregister.

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.

Der er i 2002 offentliggjort afgørelser indenfor følgende læglige specialer, øvrige personalegrupper og juridiske temaer:

- **Almen medicin**
- **Anæstesiologi**
- **Arbejdsmedicin**

- **Børnesygdomme**
- **Gynækologi og obstetrik**
- **Hud- og kønssygdomme**
- **Intern medicin**
- **Gigtsygdomme**
- **Hjerte- og kredsløbssygdomme, medicinske**
- **Mavetarmsygdomme, medicinske**
- **Kirurgi**
- **Brysthulekirurgi**
- **Mave-tarmsygdomme, kirurgiske**
- **Urinvejskirurgi**
- **Kræftsygdomme**
- **Neurokirurgi**
- **Neurologi**
- **Ortopædkirurgi**
- **Psykiatri**
- **Røntgen**
- **Øjensygdomme**
- **Øre-næse-hals-sygdomme**
- **Tandlæger**
- **Sygeplejersker**
- **Jordemødre**
- **Psykologer**
- **Fysioterapeuter**
- **Kliniske tandteknikere**
- **Kiropraktorer**
- **Plejhjemsassistenter**
- **Social- og sundhedsassistenter**
- **Bioanalytikere**
- **Farmakonomer**
- **Aktindsigt i helbredsoplysninger**
- **Ansvarsfordeling**
- **Identifikation og mærkning**
- **Information og samtykke**
- **Journalføring**
- **Lægeerklæringer**
- **Tavshedspligt**

11. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING

11.1 Anmodninger om tiltalerejsning i 2002

Lægelovens § 18 (0231904P)

En praktiserende læge, som tidligere havde arbejdet som lægevikar i Norge, var vendt tilbage til Danmark. Under arbejdet i Norge havde lægen aflagt sygebesøg hos en 30-årig kvinde, der havde rygsmerter, som han havde iværksat behandling for. Han havde endvidere efter en telefonisk henvendelse fra patienten udfærdiget en lægeerklæring om, at rygsmerterne forhindrede hende i at møde frem til et retsmøde i en anden by. Efter hjemkomsten til Danmark udfærdigede han en ny erklæring om samme alene på grundlag af telefoniske oplysninger fra en angiveligt i Norge bosiddende person, uagtet at lægen ikke længere arbejdede på den pågældende klinik, som han havde angivet i erklæringen, og uagtet han ikke havde undersøgt den pågældende indenfor de foregående 3 – 4 måneder.

Anklagemyndigheden vurderede, at der var tale om en overtrædelse af lægelovens § 18, og straffesagen blev afsluttet med, at lægen vedtog en bøde på 5.000 kr.

Lægelovens § 8 (0233717B, 0233718B, 0233719B, 0233720B, 0233721B, 02233722B)

En speciallæge havde ikke efterkommet en kommunes anmodninger om i tide at fremsende erklæringer vedrørende 6 patienter i forbindelse med sygedagpenge- og pensionsager.

Sagerne er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt oplysninger om anklagemyndighedens vurdering af sagen.

Lov om sygeplejersker § 10 (0232519B)

En 43-årig kvinde med en ny hjerteklap var indlagt på grund af stærke hjertesmerter og fik indgift af 4 forskellige slags medicin, herunder Corotrop (5 ml. i timen). I forbindelse med udskiftning af dropsættet til infusion af hjertemedicin Corotrop lod sygeplejersken klemmen være åben for at undgå luft i slangen. Efter udskiftningen glemte sygeplejersken at lukke for klemmen, og patienten fik tilført 15 ml Corotrop på få sekunder. Patienten fik hjertestop og døde.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt oplysninger om anklagemyndighedens vurdering af sagen.

Lov om sygeplejersker § 10 (0232516B)

En 56-årig kvinde var i behandling med kemoterapi på grund af kræft med spredning og blev indlagt med høj feber og meget lav værdi af hvide blodlegemer. Om aftenen i indlæggelsesdøgnet blev patienten lidt klam og blev endvidere fjern i forbindelse med brug af bækkenstol. Senere på natten var der besvær med at måle blodtryk på grund af problemer med apparatet,

temperaturen var over 40, og patienten kastede op. Der var således ikke tegn på, at tilstanden var i bedring, uanset at der var justeret i behandlingen ved starten af aftensygeplejerskens vagt. Patienten var således påvirket i svær grad. Vagthavende sygeplejerske reagerede ikke på forløbet og tilkaldte ikke en læge. Patienten døde den følgende formiddag.

Anklagemyndigheden har besluttet ikke at rejse tiltale, idet forholdet var forældet.

Lov om sygeplejersker § 10 (0231004B)

En nyfødt tvilling fik ordineret Indometacin med henblik på at fremme lukning af overgang mellem legemspulsåre og lungepulsåre. Sygeplejersken gav en dosis, som var 25 gange større end ordineret. Sygeplejersken blandede efter den skriftlige instruks, men overså, at medicinen skulle blandes to gange, en gang for at få stamopløsning og en gang for at få brugsopløsning. Barnet døde den efterfølgende dag efter en blødning fra lungerne.

Anklagemyndigheden opgav at rejse tiltale, da videre forfølgning efter anklagemyndighedens opfattelse ikke kunne forventes at føre til, at den pågældende fandtes skyldig til straf. Anklagemyndigheden lagde ved sin afgørelse vægt på, at instruksen kort efter episoden blev ændret med yderligere præcisering. Der blev tillige lagt vægt på Retslægerådets udtalelse om, at den øgede dosis kunne have bidraget til at forværre blødningen i lungen, men Retslægerådet fandt det usandsynligt, at den øgede dosis havde forårsaget en væsentlig større hæmning end en normal dosis.

Lov om tandlæger § 19 (0233401B)

Under operation af en 65-årig kvinde stak en sygeplejersker sig på nålen i nåleholderen. Sygeplejersken gjorde tandlægen opmærksom på, at hun havde stukket sig. Uanset dette syede tandlægen ved den afsluttende suturering med den forurenede nål.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt oplysninger om anklagemyndighedens vurdering af sagen.

11.2 Anmodninger om tiltalerejsning 1997-2002 for læger

Dette afsnit indeholder en ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 10.2 i Patientklagenævnets årsberetning for 2001. Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra den 1. januar 1997 til den 31. december 2002 vedrørende læger, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	4	3	5	1	4	7	24
Straffesag verserende			1		2	6	9
Påtale opgivet			2		2		4
Bødeforlæg vedtaget	2	2	1	1		1	7
Dom, frifindelse		1					1
Dom, bøde	2		1				3

11.3 Anmodninger om tiltalerejsning i 1999-2002 for sygeplejersker

Dette afsnit er en opfølgning af den tabel, der blev bragt i kapitel 10.3 i Patientklagenævnets årsberetning for 2001 om afgørelser vedrørende sygeplejersker. Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden 1999 -2002 vedrørende sygeplejersker, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1999	2000	2001	2002	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	5	2	6	3	16
straffesag verserende				1	1
påtale opgivet		1	2	2	5
bødeforlæg vedtaget	4	1	4		9
dom, bøde	1				1

12. RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET

I 2002 verserede der 7 retssager mod Patientklagenævnet. Heraf var 1 anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening, 2 af Dansk Sygeplejeråd og 4 af klagere, d.v.s. patienter eller disses repræsentanter. Antallet af retssager mod Patientklagenævnet var uændret i forhold til 2001, hvor sagerne fordelte sig med 2 anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening, 1 af Dansk Sygeplejeråd og 4 af klagere.

Af de 7 retssager, der verserede i 2002, blev 3 afsluttet. I en sag anlagt af en klager blev sagen hævet efter sagsøgers ønske. I en anden sag, anlagt af en klager, blev Patientklagenævnet frifundet. Endelig tog Patientklagenævnet bekræftende til genmæle i en sag anlagt af Dansk Sygeplejeråd, idet retten tilkendegav, at en dom ville gå Patientklagenævnet imod.

Der blev i 2002 anlagt 1 retssag mod Patientklagenævnet. Sagen blev anlagt af Dansk Sygeplejeråd.

Ved udgangen af 2002 var der således stadig 4 verserende sager.

Ifølge § 15, stk. 3, i Patientklagenævnets forretningsorden kan nævnet genoptage en sag til fornyet behandling og afgørelse, hvis der fremkommer nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger. Hvis sådanne oplysninger fremkommer i forbindelse med et sagsanlæg mod nævnet, vil nævnet genoptage behandlingen af sagen.

I det følgende resumeres de 7 retssager, der verserede i 2002.

12.1 Sager anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening

- **Praktiserende læges videregivelse af oplysninger til lægevagten (0016213A)**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 18. april 2000, at en praktiserende læge havde brudt sin tavshedspligt, jf. dagældende § 9 i lægeloven, da han efter anmodning fra lægevagten uden patientens samtykke meddelte disse oplysninger om patientens diagnose og endvidere, at patienten havde fået fjernet milten, at han ikke burde behandles med morfika eller sløvende midler, og at han i øvrigt var rigeligt medicineret. Samtidig med videregivelsen af helbredsoplysningerne orienterede den praktiserende læge patienten om, at oplysningerne var videregivet. Der blev afgivet dissens i sagen. To nævnsmedlemmer fandt således, at lægen ikke havde brudt sin tavshedspligt.

Lægeforeningen anmodede på vegne af den praktiserende læge den 10. november 2000 sagen genoptaget, hvilket Patientklagenævnet ikke fandt grundlag for, idet der ikke var fremkommet nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger.

Lægeforeningen anlagde herefter den 9. oktober 2001 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnets afgørelse var ubeføjet og anførte til støtte for sin påstand blandt andet, at den praktiserende læges videregivelse af oplysningerne var nødvendig og berettiget og ikke noget brud på reglerne om den lægelige tavshedspligt.

Østre Landsret fandt, at Patientklagenævnet havde været berettiget til at udtale kritik af, at lægen ikke havde indhentet et samtykke forud for videregivelsen af helbredsoplysninger til lægevagten. Landsretten fandt således, at ingen af undtagelsesbestemmelserne kunne finde anvendelse.

Sagen er tillige refereret i afsnit 4.2

12.2 Sager anlagt af Dansk Sygeplejeråd

- **Sygeplejerskes ansvar for at tilkalde læge til plejhjemsbeboer (0020628A)**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 16. november 2000, at en sygeplejerske havde overtrådt lov om sygeplejersker § 5, stk. 1, fordi hun ikke tilkaldte læge til en plejhjemsbeboer, efter at denne i en uge havde været dårlig og kun havde spist og drukket sparsomt. Sygeplejersken skønnede, at plejhjemsbeboeren havde influenza, mens nævnet fandt, at sygeplejersken burde have tilkaldt en læge, idet hun burde have indset, at symptomerne ikke var forenelige med influenza.

Dansk Sygeplejeråd anlagde den 8. januar 2001 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnets afgørelse var uberettiget, subsidiært ugyldig. Sagsøger anførte til støtte for sin primære påstand, at sygeplejersken udøvede et korrekt fagligt skøn, og at plejhjemsbeboerens søn ifølge sygeplejersken ikke bad om, at der blev tilkaldt læge.

Østre Landsret tilkendegav den 7. maj 2002, at Patientklagenævnet ikke havde haft grundlag for at meddele sygeplejersken en påtale for overtrædelse af § 5, stk. 1, i lov om sygeplejersker. Den indklagede sygeplejerske forklarede under retssagen, at hun havde været opmærksom på, at plejhjemsbeboerens tilstand kunne indikere en lungebetændelse. Hun havde henledt eftermiddagsvagtens opmærksomhed herpå, men denne mente, at plejhjemsbeboerens symptomer ikke tydede på lungebetændelse. Retten lagde endvidere vægt på, at man også dagen efter den påklagede hændelse havde vurderet, at der ikke var grundlag for at tilkalde læge.

Patientklagenævnet tog herefter bekræftende til genmæle og traf den 19. september 2002 en ny afgørelse i sagen i overensstemmelse med Østre Landsrets tilkendegivelse.

- **Sygeplejerskes ansvar i forbindelse med drænanlæggelse i skadestue**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 24. januar 2002, at en sygeplejerske havde overtrådt § 5, stk. 1, i lov om sygeplejersker. Sygeplejersken havde bistået en reservelæge i forbindelse med anlæggelse af et dræn i lungesækken på en patient, der var ankommet i skadestuen. Ved drænanlæggelsen fyldtes drænbeholderen med væske fra en såkaldt infusionsbeholder. Da der senere opstod problemer med drænet, blev det opdaget, at man havde glemt at fjerne infusionsbeholderen, hvilket havde medført, at der opstod et overtryk i patientens lunger og indtrængen af luft i underhud og slimhinder, hvilket gav patienten længerevarende gener. Det var Patientklagenævnets opfattelse, at sygeplejersken og reservelægen begge var ansvarlige for, at infusionsbeholderen ikke var blevet fjernet.

Dansk Sygeplejeråd anlagde den 12. juni 2002 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnets afgørelse, for så vidt angik sygeplejersken, var uberettiget, subsidiært ugyldig. Sagsøger anførte til støtte for sin påstand blandt andet, at Patientklagenævnet fejlagtigt ikke havde taget i betragtning, at den indklagede sygeplejerske kun havde haft patienten under opsyn i ganske kort tid. Sagsøger har endvidere påstået, at sygeplejersken ikke blev korrekt partshørt, inden nævnet traf afgørelse.

Retssagen verserede ved udgangen af 2002.

12.3 Sager anlagt af patienter/klagere

- **Hæmorideoperation ødelagde blærens tømningssmuskel**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 12. august 1994, at der ikke var sket overtrædelse af lægelovent eller sygeplejerskeloven i forbindelse med en hæmorideoperation, hvorved patienten fik ødelagt blærens tømningssmuskel, idet nævnet fandt, at operationen blev udført efter sædvanlige retningslinier, og at der ikke var noget ved de anvendte procedurer, der kunne antages at indebære langvarige vandladningsproblemer.

Patienten anlagde den 3. august 1998 sag mod sit amt og Patientklagenævnet og har blandt andet påstået nævnet dømt til at anerkende, at lægelovent og lov om sygeplejersker blev overtrådt, idet det gøres gældende, at de involverede sundhedspersoner overtrådte en lang række sædvanlige procedurer, som burde have været fulgt.

I januar 2002 opnåedes der enighed mellem parterne om en række spørgsmål til Retslægerådet. Retslægerådets besvarelse forelå endnu ikke ved udgangen af 2002.

Retssagen verserede ved udgangen af 2002.

- **Behandling for smerter i hofte, bækken og ryg**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse 30. september 1997, at lægeloven ikke var overtrådt i forbindelse med en behandling, der bestod i udpænding af ledbånd som følge af smerter i bækken og ryg på patient med lungecancer.

Patientens dødsbo anlagde den 22. september 1998 sag mod Patientskadeankenævnet og Patientklagenævnet blandt andet med påstand om, at Patientklagenævnet må anerkende, at den behandlende læge overtrådte lægeloven i forbindelse med behandlingen, der anføres at have været så voldsom, at den i hvert fald må have været medvirkende årsag til et efterfølgende konstateret brud på torntappen på en nakkehvirvel.

I forbindelse med retssagen har der været forelagt en del spørgsmål til vurdering i Retslægerådet. Sagsøger har senest i januar 2002 ønsket yderligere spørgsmål forelagt Retslægerådet, hvilket Patientklagenævnet accepterede. Retslægerådets besvarelse forelå den 19. marts 2002.

Retssagen verserede ved udgangen af 2002.

- **Hofteudskiftningsoperation med brug af Boneloc-knoglecement**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 23. april 1999, at lægelovens § 6 var blevet overtrådt ved, at en patient med lårbenshalsbrud blev opereret med indsættelse af en kunstig hofte. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at der ved operationen blev anvendt Boneloc-knoglecement eller grundlag for at kritisere informationen herom.

Patienten har den 7. juli 1999 anlagt sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnet må anerkende, at den behandlende læge har overtrådt lægeloven ved at have indsat en protese med en kuglestørrelse på 46 mm i stedet for et 28 mm keramikhoved og ved at lade protesen cementere med Boneloc-cement.

Ved brev af 16. december 2002 meddelte patientens advokat Østre Landsret, at han på vegne af sin klient hævdede sagen overfor Patientklagenævnet, idet der ikke var udsigt til, at denne kunne få fri proces.

- **Individuelt behandlingsforsøg med anvendelse af strøm**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 19. juli 2001, at en læge havde overtrådt lægelovens § 6, fordi han ikke havde været tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld ved sin information af en patient forud for et individuelt behandlingsforsøg mod ringen for venstre øre og let spænding i venstre side af hovedet. Behandlingen gik ud på, at patienten fik sendt en strøm gennem en elektrode, der var lagt ind i en blodåre i venstre arm og en elektrode, der var anbragt på hovedet, hvor der var lagt noget vådt vat dækket af en

badehætte. Nævnet fandt ikke grundlag for at fastslå, at lægen havde overtrådt lægeloven for så vidt angik selve behandlingen, idet det ikke havde været muligt at få oplyst, hvilken strømstyrke der var blevet anvendt.

Patienten anlagde den 29. juni 2001 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnet dømmes til at anerkende, at den pågældende læge har overtrådt lægelovens § 18 om grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald. Ved processkrift af 27. november 2001 anførte sagsøger som subsidiær påstand, at Patientklagenævnet dømmes til at anerkende, at nævnet burde have anmodet anklagemyndigheden om tiltalerejsning overfor lægen. Sagsøger har som støtte for sin påstand blandt andet anført, at lægen ikke stillede en diagnose forud for behandlingen, at behandlingen ikke anvendes af andre læger, og at behandlingen har påført sagsøger alvorlige fysiske skader.

Østre Landsret frifandt Patientklagenævnet ved dom af 16. maj 2002, idet retten lagde vægt på, at Patientklagenævnet ifølge sin forretningsorden kan anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale, men at påtaleretten for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1, ligger hos anklagemyndigheden.

I den konkrete sag havde anklagemyndigheden afvist at rejse tiltale mod lægen, forinden nævnet traf afgørelse.

13. KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND

Efter Lov om Folketingets Ombudsmand er det muligt at klage over Patientklagenævnets virksomhed i forbindelse med nævnets behandling af en sag. En forudsætning for, at ombudsmanden kan behandle sagen, er blandt andet, at klagen er indgivet til ombudsmanden inden et år efter, at nævnet har truffet afgørelse.

Nævnet har i 2002 modtaget 48 henvendelser fra ombudsmanden i forbindelse med klager over nævnets sagsbehandling.

I 17 af sagerne valgte ombudsmanden at komme med en egentlig udtalelse. I 13 af disse sager havde ombudsmanden ingen bemærkninger til nævnets sagsbehandling. I 4 af sagerne havde ombudsmanden bemærkninger til sagsbehandlingen.

I de resterende 31 sager afviste ombudsmanden at behandle klagen eller henviste klager til nævnet med henblik på nævnets stillingtagen, inden ombudsmanden udtalte sig yderligere i sagen.

En endelig opgørelse af antallet af sager, der er forelagt ombudsmanden i 2002, afventer ombudsmandens beretning for 2002.

I det følgende omtales en række af de sager, som er blevet behandlet hos ombudsmanden i 2002.

Følgende emner vil blive belyst:

- Klage over nævnets afslag på at give løbende aktindsigt
- Klage over nævnets afslag på aktindsigt til journalist
- Klage over at nævnet ikke havde taget stilling til læges journalføring
- Klage over en sagkyndig konsulents habilitet
- Klage over nævnets sagsbehandling (oplysning af sagen, brug af sagkyndig, partshøring og begrundelse)

13.1 Klage over nævnets afslag på at give løbende aktindsigt

En 55-årig mand klagede til Patientklagenævnet over en speciallæge, som havde udfærdiget en lægeerklæring. I forbindelse med sagens behandling ved nævnet anmodede patienten om aktindsigt i sagen. Nævnet imødekom anmodningen og sendte en kopi af sagens akter. En måned efter anmodede patienten om at få tilsendt akter, efterhånden som de kom i Patientklagenævnets besiddelse. Nævnet gav afslag på denne anmodning. Det var nævnets opfattelse, at en anmodning om aktindsigt efter forvaltningsloven umiddelbart kun gælder de akter, der faktisk findes på sagen og således ikke omfatter fremtidige akter.

Nævnet oplyste til patienten, at sagen var i Embedslægeinstitutionen. Når sagen kom retur, ville nævnet udarbejde et forslag til afgørelse og derefter give patienten mulighed for at komme med bemærkninger hertil. I denne forbindelse medsendes det materiale, som er indgået ved vurdering af sagen, herunder Embedslægeinstitutionens forundersøgelse samt eventuelle sagkyndige konsulents udtalelser. Patienten blev endvidere vejledt om, at han på hvilket som helst tidspunkt kunne anmode om aktindsigt i sagen. Patienten anmodede herefter flere gange om aktindsigt i sagen, og i det omfang nævnet havde modtaget yderligere akter på sagen, blev der givet aktindsigt i disse.

Patienten klagede herefter til ombudsmanden, idet han fremførte, at nævnet burde have imødekommet hans ønske om at få løbende aktindsigt. Patienten begrundede sin klage med, at det var for at kunne følge med i, hvad der tilgik sagen af oplysninger.

Ombudsmanden udtalte, at det følger af forvaltningslovens § 2 og § 9, at loven gælder for behandling af sager, hvori der er eller vil blive truffet afgørelse, og den der er part i en afgørelsessag, kan forlange at blive gjort bekendt med sagens dokumenter. Det er almindelig antaget, at retten til aktindsigt alene omfatter eksisterende dokumenter. Myndighederne har således ikke pligt til at udfærdige dokumenter med henblik på at imødekomme anmodninger om aktindsigt i nærmere angivne oplysninger. Endvidere er der ikke pligt til at give aktindsigt i dokumenter, som myndigheden endnu ikke er kommet i besiddelse af.

Forvaltningslovens kapitel 4 indeholder således ikke regler, der forpligter myndigheden til at give løbende aktindsigt i de dokumenter, der tilgår sagen.

Forvaltningsmyndigheden er imidlertid forpligtet til at overveje, om der er grund til at udlevere dokumenter i videre udstrækning end fastsat i lovgivningen, det vil sige om der bør gives meroffentlighed. Det følger af denne forpligtelse, at en anmodning fra en part om at måtte modtage løbende aktindsigt bør imødekommes, medmindre der foreligger tungtvejende grunde til ikke at imødekomme en sådan anmodning. En sådan forpligtelse stemmer endvidere bedst med reglerne i forvaltningslovens § 21 om partens ret til at

fremkomme med en udtalelse. Hertil kommer, at de pågældende dokumenter under alle omstændigheder skal forelægges for parten i henhold til forvaltningslovens § 19, stk. 1.

Det var herefter ombudsmandens opfattelse, at myndigheden skal imødekomme en sådan anmodning ved at give aktindsigt i dokumenter, der er undergivet partsindsigt, og som myndigheden modtager også efter, at anmodningen om aktindsigt er modtaget og besvaret.

På denne baggrund burde Sundhedsvæsenets Patientklagenævn have imødekommet anmodningen om løbende aktindsigt.

13.2 Klage over nævnets afslag på aktindsigt til journalist

En journalist henvendte sig til Patientklagenævnet og anmodede om aktindsigt i samtlige afgørelser, der vedrørte læger i psykiatrien for årene 1999, 2000 og 2001. Nævnet afviste anmodningen og begrundede afslaget med, at der efter offentlighedslovens § 4, stk. 3, i en begæring om aktindsigt skal være angivelse af de dokumenter eller den sag, som der ønskes aktindsigt i. Det er en forudsætning, at den der ønsker aktindsigt må have i hvert fald et vist kendskab til sagens eller dokumentets eksistens. Det var nævnets opfattelse, at anmodningen om aktindsigt ikke indeholdt en tilstrækkelig præcis angivelse af, hvilke konkrete klagesager journalisten ønskede aktindsigt i, men at det havde karakter af en generel anmodning om aktindsigt i en ubestemt flerhed af sager.

Journalisten klagede herefter til ombudsmanden.

Ombudsmanden udtalte, at klagen rejste to spørgsmål. For det første kravet om identifikation og for det andet om nævnets vejledning af journalisten.

Patientklagenævnet havde over for ombudsmanden oplyst, at nævnet foretager registrering af sager vedrørende læger i psykiatrien såvel som læger indenfor andre specialer. Registret indeholder desuden både almindelige psykiatriske sager og psykiatriske ankesager. Inden for de almindelige psykiatriske sager er der flere områder.

Ombudsmanden kunne ikke kritisere, at nævnet vurderede, at journalistens begæring om aktindsigt ikke opfyldte identifikationskravet i offentlighedslovens § 4, stk. 3.

Kravet om et vist kendskab til sagens eller dokumentets eksistens betyder blandt andet, at der ikke kan forlanges adgang til at gennemse alle sager af en bestemt art, eller som i den konkrete sag alle sager, der er blevet journaliseret i en bestemt periode.

For så vidt angår nævnets vejledning af journalisten udtalte ombudsmanden, at det fremgår af Justitsministeriets vejledning om offentlighedsloven, pkt. 17, at det påhviler

vedkommende forvaltningsmyndighed at vejlede publikum om, hvilke oplysninger der i det enkelte tilfælde må tilvejebringes for at opfylde kravene til angivelse af sagen eller dokumentet. Det var ombudsmandens opfattelse, at det ikke kunne afvises, at journalisten kunne have afgrænset sin begæring om aktindsigt, så den opfyldte identifikationskravet, hvis journalisten havde modtaget de samme oplysninger om indholdet af nævnets register, som nævnet havde redegjort for over for ombudsmanden.

På denne baggrund burde Sundhedsvæsenets Patientklagenævn have vejledt journalisten om indholdet af nævnets register over afgørelser vedrørende læger i psykiatrien.

13.3 Klage over, at nævnets ikke havde taget stilling til en læges journalføring

En 68-årig mand klagede til Patientklagenævnet over den behandling, han havde modtaget i forbindelse indlæggelse på hospital. Patienten var blevet overflyttet til hospitalet med henblik på genoptræning efter en blodprop i hjerne og hjernestamme. Under opholdet blev patienten utilpas med talebesvær og svimmelhed. Patienten blev herefter fjern, klamtsvedende og med blodtryk 226/123 og puls 75. På denne baggrund blev patienten overflyttet til nærmeste akut modtagende sygehus. Lægerne vurderede, at der var tale om symptomer på et apoplektisk tilfælde i form af talebesvær og lammelse af højre side. Patienten klagede over, at personalet ikke iværksatte behandling af apoplexi, subsidiært at personalet ikke sørgede for omgående overførsel til et egnet hospital sammen med en tilstrækkelig og ajourført journal.

Da Patientklagenævnet traf afgørelse i sagen, bemærkede nævnet, at sygeplejecardex blev sendt med patienten i forbindelse med overflytning af patienten. Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere, at der ikke blev medsendt yderligere journaloplysninger. I cardex var de seneste sundhedsfaglige observationer noteret, da der ikke var en læge i vagt, da overflytningen skete.

Patienten klagede herefter til ombudsmanden over nævnets afgørelse og begrundede blandt andet sin klage med, at nævnet ikke havde taget stilling til, om lægerne havde overholdt deres journalføringspligt.

Ombudsmanden udtalte, at efter forvaltningslovens § 22 skal en afgørelse, der ikke giver parten medhold fuldt ud og meddeles skriftligt, være ledsaget af en begrundelse. Begrundelsen skal efter forvaltningslovens § 24, stk. 1, 1. pkt., indeholde en henvisning til de retsregler, afgørelsen er truffet efter. Patientklagenævnet har for så vidt angår journalføringen ikke i sin afgørelse henvist til lægelovens § 13, stk. 2, eller til bekendtgørelse nr. 244 af 26. juli 1937 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser.

På denne baggrund lagde ombudsmanden til grund for sin vurdering af nævnets afgørelse, at nævnet ikke havde inddraget de nævnte bestemmelser ved vurderingen af journalføringen. Ombudsmanden henstillede derfor til nævnet, at nævnet genoptog sagen med henblik herpå. Sagen blev herefter genoptaget.

13.4 Klage over en sagkyndig konsulents habilitet

En 50-årig kvinde klagede over den behandling, hun havde modtaget af en læge på en skadestue. Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægens behandling. Patienten anmodede om, at sagen blev genoptaget, hvilket blev afvist af nævnet. Det var nævnets opfattelse, at der ikke forelå væsentlige nye oplysninger, der kunne begrunde en fornyet realitetsbehandling i nævnet.

Patienten klagede herefter til ombudsmanden. Hun gjorde blandt andet gældende, at nævnets sagkyndige læge måtte være inhabil. Den indklagede læge var sagkyndig ved Patientklagenævnet og var således kollega med den læge, der havde vurderet sagen.

Ombudsmanden udtalte, at reglerne om inhabilitet findes i forvaltningsloven § 3. Den relevante bestemmelse i denne sag er opsamlingsbestemmelsen i § 3, stk. 1, nr. 5. Efter denne bestemmelse er den, der virker inden for den offentlige forvaltning, inhabil i forhold til en bestemt sag, hvis der i øvrigt foreligger omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed.

Det fremgår af § 3, stk. 2 og 3, at der dog ikke foreligger inhabilitet, hvis der som følge af interessens karakter eller styrke, sagens karakter eller den pågældendes funktioner i forbindelse med sagsbehandlingen ikke kan antages at være fare for, at afgørelsen i sagen vil kunne blive påvirket af uvedkommende hensyn. Den, der er inhabil i forhold til en sag, må ikke træffe afgørelse, deltage i afgørelsen, eller i øvrigt medvirke ved behandlingen af den pågældende sag.

Det afgørende i denne sag var, om nævnets sagkyndige læge var afskåret fra at fungere som sagkyndig i en sag, hvor en anden af nævnets sagkyndige konsulenter (inden for samme fagområde) var indklaget.

Ombudsmanden udtalte hertil, at der efter en gennemgang af sagen ikke var fremkommet oplysninger om omstændigheder, der var egnede til at vække tvivl om den sagkyndige lægens upartiskhed jf. forvaltningslovens § 3, stk. 1, nr. 5.

Ombudsmanden var derfor enig med nævnet i, at den sagkyndige læge ikke var inhabil ved behandlingen af sagen.

13.5 Klage over nævnets sagsbehandling (visitation af klagen, brug af sagkyndig, partshøring og begrundelse)

En ægtefælle til sin nu afdøde hustru klagede til Patientklagenævnet over den behandling, hustruen havde modtaget af sin praktiserende læge. Efter flere kontakter til lægen fik hustruen hjertestop. Det var ægtefællens opfattelse, at den praktiserende læge ikke havde stillet en korrekt diagnose og derved undladt at give en korrekt behandling, der kunne have reddet hustruens liv. Sagen blev belyst ved Embedslægeinstitutionen og herefter forelagt en af nævnets sagkyndige konsulenter i almen medicin. Da sagen blev behandlet på et nævnsmøde, besluttede nævnet, at sagen skulle forelægges endnu en sagkyndig konsulent i almen medicin. Nævnet fandt herefter, at der ikke var grundlag for at kritisere den praktiserende læges behandling. Ægtefællen klagede herefter til Patientklagenævnet over afgørelsen og over nævnets sagsbehandling. Det var nævnets opfattelse, at der ikke var begået fejl ved behandlingen af sagen, og ægtefællen blev vejledt om adgangen til at få sagen genoptaget og muligheden for at klage over nævnets sagsbehandling til Folketingets Ombudsmand.

Ægtefællen klagede herefter til ombudsmanden. Som begrundelse for klagen anførte ægtefællen, at nævnet burde have videresendt en klage over sygehusets manglende obduktion af hans hustru til Sundhedsstyrelsen, at der ikke blev taget hensyn til hans kommentarer, at der på trods af hans anmodning herom ikke blev anvendt en sagkyndig konsulent med en anden uddannelsesmæssig baggrund, og at en sagkyndig udtalelse kunne indgå i sagen, uden at den var forelagt klageren.

Ombudsmanden udtalte, at han kun i begrænset omfang kunne tage stilling til afgørelser, der helt eller delvist bygger på særlig sagkyndig viden. En kontrol af de to lægefagkyndige vurderingers rigtighed, som er af afgørende betydning for denne sag, kræver en fagkundskab, som ombudsmanden ikke har. Ombudsmanden lagde til grund, at nævnet i sin vurdering af sagen havde inddraget klagers bemærkninger til sagen, således som det var oplyst af Patientklagenævnet.

På denne baggrund kunne ombudsmanden ikke kritisere indholdet af nævnets afgørelse.

For så vidt angår nævnets oplysning af sagen og brug af sagkyndig konsulent udtalte ombudsmanden, at det er et almindeligt forvaltningsretligt princip, at det påhviler forvaltningsmyndigheden at fremskaffe de oplysninger, der er nødvendige, for at myndigheden kan træffe afgørelse på et tilstrækkeligt grundlag. Det bygger på en konkret vurdering i hvert enkelt sag, hvor mange oplysninger myndigheden skal indhente, herunder hvilken karakter af oplysninger det drejer sig om, og fra hvilke personer eller myndigheder oplysningerne kan indhentes.

Ombudsmanden kunne ikke kritisere nævnets vurdering af, at sagen havde været tilstrækkelig oplyst ved, at nævnet havde ladet to sagkyndige inden for samme speciale som den indklagede sundhedsperson vurdere sagen. Nævnet havde oplyst, at i ganske få tilfælde, og kun hvis særlige forhold gør sig gældende, kunne sagen blive vurderet af en sagkyndig konsulent inden for et andet speciale.

I forbindelse med sagens behandling ved ombudsmanden havde Patientklagenævnet oplyst, at det havde været hensigtsmæssigt, om klager inden sagens afgørelse havde fået meddelelse om, at nævnet ikke havde fundet grundlag for at imødekomme klagers ønske om, at sagen blev forelagt for en sagkyndig i patologi, hjertesygdomme, mavesygdomme og allergi og begrundelsen herfor.

Ombudsmanden udtalte i denne forbindelse, at han var enig med nævnet heri. Det ville have været bedst stemmende med god forvaltningsskik.

For så vidt angår nævnets partshøring udtalte ombudsmanden, at det fremgår af forvaltningslovens § 19, stk. 1, at myndigheden skal partshøre over oplysninger vedrørende sagens faktiske omstændigheder. Efter fast praksis fortolkes bestemmelsen således, at der ikke er pligt til at høre over interne vurderinger eller over myndighedernes regelanvendelse. Dette indebærer, at blandt andet sagkyndige vurderinger ikke ifølge § 19, stk. 1, skal forelægges for parten, inden der træffes afgørelse.

Efter ombudsmandens opfattelse medfører § 10, stk. 7, i bekendtgørelsen om forretningsordnen for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, at der er en udtrykkelig pligt til at partshøre over både interne og eksterne sagkyndige vurderinger.

Patientklagenævnet valgte at undlade at partshøre klager over den sagkyndige udtalelse nummer to, idet det var nævnets opfattelse, at udtalelsen ikke indeholdt nye vurderinger i forhold til den første udtalelse. Den sagkyndige udtalelse blev dog sendt til orientering til klager sammen med nævnets afgørelse.

Ombudsmanden udtalte hertil, at det forhold, at udtalelse nummer to kom frem til samme konklusion, ikke var ensbetydende med, at der ikke var nye oplysninger i udtalelsen, som klager ikke skulle have været partshørt over efter forretningsordnen § 10, stk. 1. Udtalelsen var mere omfattende, mere detaljeret og indeholdt flere delkonklusioner. Klager burde derfor have haft lejlighed til at kommentere udtalelsen, inden der blev truffet afgørelse.

For så vidt angår nævnets begrundelse for afgørelsen udtalte ombudsmanden, at det fremgår af forvaltningslovens § 22, at en afgørelse, når den meddeles skriftligt, skal være ledsaget af en begrundelse, medmindre afgørelsen fuldt ud giver den pågældende part

medhold. Derudover fremgår det af lovens § 24, at begrundelsen skal indeholde en henvisning til de retsregler, som afgørelsen er truffet efter.

En fyldestgørende begrundelse skal endvidere efter omstændighederne også indeholde en stillingtagen til de anbringender, som parten har gjort gældende under sagen. Dette gælder ikke blot, hvis partens anbringender angår kriterier, som myndigheden selv har inddraget i afgørelsen. Det gælder også andre partsanbringender, som ikke umiddelbart kan afvises som uvæsentlige eller irrelevante, men som parten selv lægger stor vægt på. Her vil det efter omstændighederne være rigtigst udtrykkeligt i begrundelsen kortfattet at angive, at de pågældende anbringender ikke er tillagt betydning, således at parten kan konstatere, at myndigheden har været opmærksom på disse.

Det havde derfor været bedst stemmende med god forvaltningsskik, at Patientklagenævnet i begrundelsen i den endelige afgørelse havde gengivet de væsentligste af klagers indsigelser og udtrykkeligt forholdt sig til disse. Nævnet burde tillige (eventuelt kortfattet) havde redegjort for udviklingen i sagen, efter at nævnets forslag til afgørelse blev sendt til klager.

For så vidt angår nævnets visitation af klagen udtalte ombudsmanden, at det fremgår af forvaltningslovens § 7, stk. 2, at modtager en forvaltningsmyndighed en skriftlig henvendelse, som ikke vedrører myndighedens sagsområde, skal henvendelsen så vidt muligt videresendes til rette myndighed.

Det forhold, at en henvendelse indeholder rent private oplysninger, jf. forvaltningslovens § 28, stk. 1, udelukker ikke i sig selv videresendelse af oplysningerne. Men i sådanne tilfælde vil det være relevant for myndigheden at foretage en vurdering af, om henvendelsen uden videre skal sendes til rette myndighed, eller om der i stedet skal gives vejledning, om hvilken myndighed borgeren (selv) kan rette henvendelse til.

Patientklagenævnet vurderede i denne sag, at det var hensigtsmæssigt at lade det være op til klager, om der skulle rettes henvendelse til rette myndighed. Nævnet fandt, at det ikke kunne tages for givet, om klager ønskede at opretholde klagen, når klager blev gjort bekendt med, at klagen skulle rettes til anden instans.

Ombudsmanden udtalte, at det i den konkrete sag ikke kunne give anledning til kritik. Efter at have modtaget ombudsmandens udtalelse anmodede klager om genoptagelse af sagen til fornyet realitetsbehandling i Patientklagenævnet. Ved redaktionens afslutning havde Patientklagenævnet endnu ikke taget stilling 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. ANSVARFORDDELING
43. IDENTIFIKATION, MÆRKNING
44. INFORMATION OG SAMTYKKE
45. JOURNALFØRING
46. LÆGEERKLÆRINGER
47. TAVSHEDSPLIGT