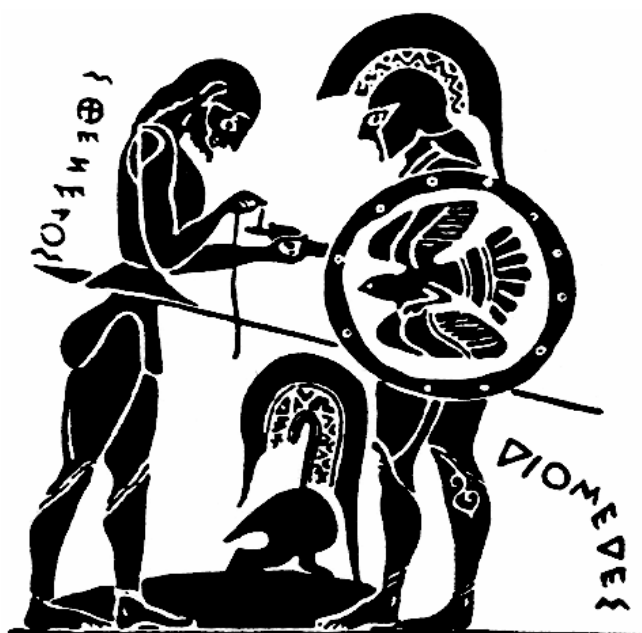


AFGØRELSER OG
PRAKSIS

Årsberetning 2003



SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN
AFGØRELSER OG PRAKSIS 2003

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

ISBN: 87-987400-8-5

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 rettet mod 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

| | |
|---|-----------|
| FORORD..... | 3 |
| 1. SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN, OPGAVER, SAGSGANG | |
| M.V. | 6 |
| 1.1 Indledning, opgaver og formål | 6 |
| 1.2 Lovændringer | 7 |
| 1.3 Sagsgang..... | 7 |
| 1.4 Orientering om nævnets afgørelser | 9 |
| 1.5 Patientklagenævnet i tal | 10 |
| 2. KLAGER OVER MANGLENDE INFORMATION OG SAMTYKKE, TIDSPUNKTET FOR INFORMATIONEN | 11 |
| 2.1 Indledning..... | 11 |
| 2.2 Information af patienter..... | 11 |
| 2.3 Tidspunktet for informationen | 11 |
| 2.4 Konkrete afgørelser | 11 |
| 3. KLAGER I FORBINDELSE MED VIDEREGIVELSE AF HELBREDSOPLYSNINGER..... | 14 |
| 3.1 Indledning..... | 14 |
| 3.2 Videregivelse af helbredsoplysninger om en afdød patient til dennes pårørende.... | 14 |
| 3.2.1 Indledning | 14 |
| 3.2.2 Hvilke oplysninger kan udleveres til den pårørende..... | 14 |
| 3.2.3 Hvem kan få udleveret helbredsoplysningerne..... | 15 |
| 3.2.4 Udlevering af helbredsoplysninger mod afdødes ønske..... | 16 |
| 3.2.5 Videregivelse af oplysninger om en afdød efter reglen i § 26, stk. 2..... | 17 |
| 3.3 Videregivelse af helbredsoplysninger til den forælder, der ikke har forældremyndigheden..... | 19 |
| 3.3.1 Indledning | 19 |
| 3.3.2 Lov om forældremyndighed og samvær | 19 |
| 3.3.3 Sammenfatning..... | 22 |
| 4. KLAGER I FORBINDELSE MED PLASTIKKIRURGISKE INDGREB PÅ BRYSTER..... | 23 |
| 4.1 Indledning..... | 23 |
| 4.2 Klager i forbindelse med reduktion af bryster | 23 |
| 4.3 Klager i forbindelse med brystløftoperation | 26 |
| 5. KLAGER I FORBINDELSE MED FØDSLER..... | 29 |
| 5.1 Indledning..... | 29 |
| 5.2 Klager over manglende erkendelse af svangerskabsforgiftning | 29 |
| 5.3 Klager over overbåren graviditet..... | 31 |
| 5.4 Klager over, at der ikke tidligere i fødselsforløbet blev ordineret kejsersnit | 34 |
| 6. KLAGER I FORBINDELSE MED DIAGNOSTIK AF BRYSTKRÆFT | 38 |
| 6.1 Indledning..... | 38 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 6.2 | Udredning hos den praktiserende læge af nyttilkommen knude eller andre symptomer fra brystet..... | 38 |
| 6.3 | Udredning hos praktiserende speciallæge af nyttilkommen knude..... | 40 |
| 7. | KLAGER OVER BESKADIGELSE AF URINLEDERE..... | 43 |
| 7.1 | Indledning..... | 43 |
| 7.2 | Baggrund..... | 43 |
| 7.3 | Afklemning af urinlederen..... | 43 |
| 7.4 | Læsion af urinlederen..... | 46 |
| 8. | KLAGER I FORBINDELSE MED MOTIVATIONSTID/BETÆNKNINGSTID TIL FRIVILLIG BEHANDLING FORUD FOR BESLUTNING OM TVANGSBEHANDLING..... | 48 |
| 8.1 | Indledning..... | 48 |
| 8.2 | Motivationstid/betænkningstid..... | 48 |
| 9. | OFFENTLIGGJORTE AFGØRELSER I 2003..... | 51 |
| 9.1 | Indledning..... | 51 |
| 9.2 | Oversigt over fordeling på lægelige specialer, øvrige persongrupper og juridiske temaer..... | 51 |
| 10. | ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2003..... | 53 |
| 10.1 | Indledning..... | 53 |
| 10.1.1 | Læger..... | 53 |
| 10.1.2 | Sygeplejersker..... | 53 |
| 10.1.3 | Social- og sundhedsassistenter..... | 55 |
| 10.1.4 | Plejhjemsassistenter..... | 56 |
| 10.2 | Anmodninger om tiltalerejsning 1997-2003 for læger..... | 56 |
| 10.3 | Anmodninger om tiltalerejsning i 1999-2003 for sygeplejersker..... | 57 |
| 11. | RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET..... | 58 |
| 11.1 | Indledning..... | 58 |
| 11.2 | Sager anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening..... | 58 |
| 11.3 | Sager anlagt af Dansk Sygeplejeråd..... | 59 |
| 11.4 | Sager anlagt af andre indklagede..... | 60 |
| 11.5 | Sager anlagt af patienter/klagere..... | 61 |
| 12. | KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2003..... | 63 |
| 12.1 | Indledning..... | 63 |
| 12.2 | Konkrete afgørelser..... | 63 |
| | BILAG 1. EMNEOVERSIGT..... | 69 |

1. SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN, OPGAVER, SAGSGANG M.V.

1.1 Indledning, opgaver og formål

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov. Patientklagenævnet er uafhængigt 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 patient-forsikring. 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 Lovændringer

I 2003 vedtog Folketinget en ændring af loven om Patientklagenævnet. Dette medførte flere ændringer i forretningsordenen for Patientklagenævnet gældende fra den 1. november 2003.¹

Nævnets sammensætning blev ændret således, at der fremover yderligere udpeges 8 medlemmer efter indstilling fra Forbrugerrådet. Der blev endvidere indført en absolut 5-årig forældelsesfrist for indgivelse af klage til nævnet, og samtidig fjernedes muligheden for, at nævnet i særlige tilfælde kunne se bort for forældelsesreglerne. Som noget nyt kan nu også næstformændene og ikke kun formanden træffe afgørelse uden deltagelse af nævnsmedlemmer i sager, som efter den af nævnte fulgte praksis ikke skønnes at give anledning til tvivl, hvor der ikke er kritik eller hensigtsmæssighed, eller hvor der ikke er tale om en psykiatrisk ankesag.

Der er endvidere skabt hjemmel til, at afgørelser uden kritik kan sendes til orientering i amternes sundhedsforvaltninger. Endelig angiver forretningsordenen nu udtømmende nævnets reaktionsmuligheder.

1.3 Sagsgang

I første omgang gennemgår Patientklagenævnet klagen og meddeler herefter klageren, hvilke klagepunkter nævnet kan behandle. Hvis klageren ikke er enig heri, skal han eller hun så hurtigt som muligt henvende sig til nævnet.

Klagen sendes nu til Embedslægen i det amt, hvor behandlingen har fundet sted. Embedslægens opgave er at indhente de oplysninger, der kan belyse de enkelte klagepunkter. Har behandlingen foregået i flere amter, da sendes klagen til det amt, hvor det meste af behandlingen har fundet sted. Kopi af klagen sendes endvidere til den myndighed, der er arbejdsgiver eller lignende i forhold til de berørte sundhedspersoner. Det er normalt Sundhedsforvaltningen i amtet eller ledelsen på sundhedspersonens ansættelsessted.

Embedslægen indhenter oplysninger hos de personer, der er omfattet af klagen. Det drejer sig blandt andet om en udtalelse om det, der er klaget over, om journalmateriale, røntgenbeskrivelser og lignende. De personer, der er omfattet af klagen, får en kopi af klagen. Embedslægen kan også bede om oplysninger fra andre sundhedspersoner, der kan belyse klagen.

¹ Lov om ændring af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., nr. 428 af 10. juni 2003. Bekendtgørelse om forretningsordenen for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, nr. 885 af 4. november 2003.

Patientklagenævnet er sammen med Embedslægen forpligtet til at oplyse sagen. De sundhedspersoner, der er omfattet af klagen, har pligt til at give Patientklagenævnet og Embedslægen enhver oplysning, herunder journaler til brug for behandlingen af sagen.

Når Embedslægen vurderer, at klagen er tilstrækkeligt oplyst, udarbejdes en sammenfatning af sagen, som sendes til Patientklagenævnet. Når Patientklagenævnet har modtaget sagen fra Embedslægen, vurderer nævnets sekretariat, om sagen er tilstrækkeligt oplyst, og om sagen skal vurderes af nævnets sagkyndige konsulenter. Er der f.eks. klaget over en læge på en ortopædkirurgisk afdeling, kan sekretariatet beslutte at lade sagen vurdere af en sagkyndig konsulent i ortopædkirurgi. Sekretariatet udarbejder herefter et forslag til afgørelse.

Inden Patientklagenævnet træffer afgørelse i sagen, modtager sagens parter, dvs. klageren og de sundhedspersoner, der er omfattet af klagen, sekretariatets forslag til afgørelse og eventuelle udtalelser fra nævnets sagkyndige konsulenter, Embedslægens sammenfatning og kopi af øvrige relevante sagsakter. Parterne får på denne måde mulighed for at komme med kommentarer til de sagsakter, der bliver forelagt nævnet, inden nævnet træffer afgørelse i sagen. Parterne i sagen kan i øvrigt under hele forløbet få kopi af sagens akter.

Når nævnet træffer afgørelse, deltager to lægmænd, som repræsenterer henholdsvis sundhedsvæsenets brugere og sygehusejerne, og to fagligt uddannede sundhedspersoner. Nævnet har som formand en dommer.

I sager, som efter den af nævnte fulgte praksis ikke skønnes at give anledning til tvivl, hvor der ikke er kritik eller hensigtsmæssighed, eller hvor der ikke er tale om en psykiatrisk ankesag, kan formanden og næstformændene træffe afgørelse uden deltagelse af nævnsmedlemmer.²

Patientklagenævnet har kompetence til at tage stilling til, om der er grundlag for at kritisere den faglige behandling, som er udøvet af de sundhedspersoner, der er omfattet af klagen. Ved afgørelsen af, om der er grundlag for at udtale kritik, vurderer nævnet, om de enkelte sundhedspersoner har begået fejl. Nævnet tager således ikke stilling til, om en patient har modtaget den bedst mulige behandling.

Selvom sundhedspersonen har handlet efter normen for almindelig anerkendt faglig standard, kan resultatet af og til blive ringere end det, patienten og sundhedspersonen havde forventet. Det kan skyldes et hændeligt uheld, uventede komplikationer eller bivirkninger og lignende. Et dårligt behandlingsresultat er derfor ikke altid ensbetydende med, at den person, der er ansvarlig for behandlingen, har begået fejl.

² Patientklagenævnets forretningsorden blev ændret med virkning fra den 1. november 2003.

Patientklagenævnets afgørelser er endelige. Det er derfor ikke muligt at klage over nævnets afgørelse til andre administrative myndigheder. Sagen kan dog genoptages, hvis nævnet modtager nye oplysninger. De skal være så væsentlige, at der er sandsynlighed for, at sagen ville have fået et andet udfald, hvis oplysningerne havde foreligget ved nævnets oprindelige afgørelse af sagen.

1.4 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.

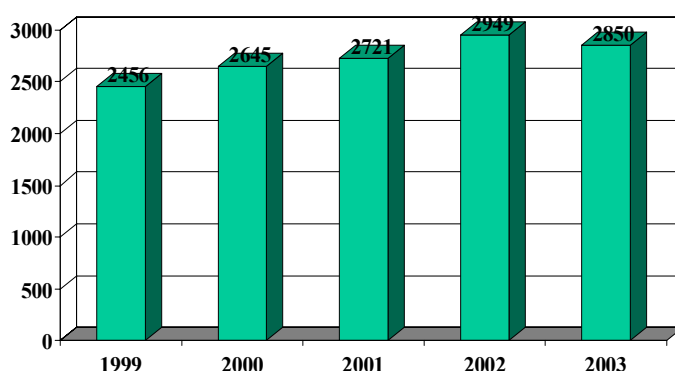
Endelig offentliggør Patientklagenævnet hver måned 20 afgørelser i anonymiseret form i fuld tekst på nævnets hjemmeside. Hjemmesiden, der kan findes under: www.pkn.dk har endvidere en søgefacilitet, der gør det muligt let at finde netop de emner eller faggrupper, som har særlig interesse.

Patientklagenævnet har drøftet med 5 videnskabelige selskaber mulighederne for at gennemføre en uvildig lægefaglig undersøgelse af nævnets praksis. Der er opnået enighed om et fælles undersøgelses-design, og nævnet undersøger for øjeblikket mulighederne for at skaffe de tilstrækkelige ressourcer til at gennemføre undersøgelsen.

1.5 Patientklagenævnet i tal

I 2003 modtog Patientklagenævnet 2850 nye klager. Efter nogle år med et stigende antal nye

Antal nye klager



klager er antallet af nye klager i 2003 faldet en smule.

I forhold til antallet af patientkontakter i sundhedsvæsenet er der tale om et beskedent antal klager. I runde tal er der flere end 1.1 mio. udskrivelser fra sygehusene om året, flere end 4 mio. ambulante behandlinger og flere end 34 mio. patientkontakter i almen praksis. Langt de fleste klager over læger. Ca. 85 % af sagerne var klager over læger.

I 2003 afgjorde Patientklagenævnet 2219 sager. Ca. hver fjerde afgørelse endte med kritik af en eller flere sundhedspersoner. 10 sager blev sendt til anklagemyndigheden med anmodning om tiltale for strafbart forhold. Sagsbehandlingstiden steg i 2003 til 8,2 måneder fra 8,0 måneder i 2002.

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

2. KLAGER OVER MANGLENDE INFORMATION OG SAMTYKKE, TIDSPUNKTET FOR INFORMATIONEN

2.1 Indledning

Patientklagenævnet har i december 2003 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis vedr. information og samtykke og journalføring heraf. Sammenfatningen omfatter afgørelser af klager, truffet i perioden 1. oktober 1998 til 1. februar 2003. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk. Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 2.3, som handler om klager om tidspunktet for informationen.

2.2 Information af patienter

Pligten til at informere patienten var tidligere en del af kravet om omhu og samvittighedsfuldhed i sundhedspersonalets autorisationslove. Det har således længe været et anerkendt grundprincip, at patienter i forbindelse med tilbud om undersøgelse og behandling har krav på at blive informeret, så de på baggrund heraf kan tage stilling og give samtykke til behandling. Reglerne om det informerede samtykke har siden den 1. oktober 1998 været at finde i kapitel 2 i lov om patienters retsstilling.

2.3 Tidspunktet for informationen

Det fremgår af § 5, stk. 2, i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., at informationen skal gives på et sådant tidspunkt, at der er tid til spørgsmål og fornøden overvejelse. Dette skal ses i sammenhæng med patientens samtykke til behandling, idet det forudsætter, at informationen i det omfang, det kan lade sig gøre, gives i så god tid, at patienten har mulighed for at overveje situationen og eventuelt drøfte situationen med pårørende eller andre.

2.4 Konkrete afgørelser

Følgende afgørelser illustrerer nævnets praksis på dette område.

Nævnet har i flere sager kritiseret, at patienten først informeres, når vedkommende er blevet præmedicineret, hvilket illustreres i følgende sag.

Klage over, at patienten blev informeret om den forestående operation efter præmedicinering (9912611A)

En 51-årig kvinde var tidligere blevet opereret for nedgroede, ømme negle. Da problemet opstod igen, blev hun henvist til en ortopædkirurgisk afdeling med henblik på fjernelse af

negl og negleleje på venstre storetå. Patienten havde ikke forud for operationsdagen været til forundersøgelse på sygehuset. Ca. ½ time før operationen og inden den egentlige bedøvelse blev patienten tilset af operatøren, som informerede nærmere om indgrebet, herunder at det var planen at fjerne en del af storetåens yderstykke. Under indgrebet, som efter patientens anmodning blev foretaget i fuld bedøvelse, blev der fjernet en del af storetåens yderstykke. Efter indgrebet fik patienten forskellige gener.

Der blev klaget over både operationen og information forud for indgrebet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den opererende overlæge for hans information af patienten forud for indgrebet.

Nævnet lagde vægt på, at patienten først umiddelbart før operationen blev informeret nærmere om indgrebets art og omfang. Operationsforberedelserne var i gang, idet patienten var præmedicineret og befandt sig på operationslejet. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten var under påvirkning af ikke ubetydelige mængder af beroligende medicin med angstdæmpende og sløvende virkning på det tidspunkt, da informationen blev givet. Nævnet fandt herefter, at informationstidspunktet og omstændigheder ikke var egnede til at give patienten mulighed for de fornødne overvejelser, inden hun bestemte sig for indgrebet.

Nævnet bemærkede, at afdelingens instruks indeholdt en nærmere beskrivelse af fremgangsmåden ved behandling af ambulante kirurgiske patienter. Ifølge denne instruks skulle informationen af patienten om planlagte indgreb foregå på afdelingen inden et narkosetilsyn og en eventuel heraf følgende præmedicinering.

Følgende afgørelse illustrerer, at behandlingens nødvendighed tillige bliver inddraget i bedømmelsen af, om informationen er givet rettidigt.

Klage over manglende information forud for fjernelse af visdomstand (0019101P)

En 29-årig mand blev i november 1993 undersøgt på en afdeling for tand-, mund- og kæbekirurgi med henblik på fjernelse af visdomstanden i venstre side af underkæben. Den pågældende visdomstand, der lå vandret i kæben, var ikke brudt helt frem, og det fremgik af røntgenbeskrivelsen, at tanden havde tæt relation til underkæbens følnerve.

I september 1994 fjernede tandlægen visdomstanden operativt. Ifølge journalen blev patienten i forbindelse med operationen informeret om risikoen for læsion af underkæbens nerve og deraf følgende nedsat følsomhed i de områder, der forsynes af nerven. I forbindelse med operationen opstod der en læsion af et blodkar. For at undgå læsion af underkæbens nerve blev der ikke foretaget underbinding af det læderede blodkar.

En uge senere fik patienten fjernet trådene og klagede i den forbindelse over nedsat følsomhed i de områder af underkæben, der forsynes af underkæbens nerver, hvilket blev bekræftet af tandlægens undersøgelse. Frem til oktober 1995 henvendte patienten sig fire gange, da han fortsat havde nedsat følsomhed i underkæben, hvilket blev bekræftet af tandlægens undersøgelser. Ved den sidste undersøgelse havde patienten dog så meget følsomhed i området, at tandlægen mente, at normal følsomhed ville komme tilbage.

Der blev blandt andet klaget over, at der ikke inden indgrebet blev informeret om eventuelle komplikationer.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere tandlægens behandling i forbindelse med fjernelsen af visdomstanden i september 1994, idet nævnet fandt, at den indtrufne nervebeskadigelse måtte anses for en kendt og ikke ualmindelig komplikation ved det foretagne indgreb, og at komplikationen ikke kunne anses at skyldes manglende omhu eller samvittighedsfuldhed fra tandlægens side.

Nævnet fandt imidlertid grundlag for at kritisere, at informationen ikke var givet til patienten på et tidligere tidspunkt, således at han havde haft en mere reel mulighed for tage stilling til, om han ønskede at give samtykke til indgrebet eller ej. Det var nævnets opfattelse, at dette ikke mindst gjorde sig gældende, når der som i dette tilfælde ikke var absolut indikation for at foretage indgrebet, og når det af den forudgående røntgenundersøgelse fremgik, at visdomstanden og underkæbens følenerve lå tæt på hinanden.

3. KLAGER I FORBINDELSE MED VIDEREGIVELSE AF HELBREDSOPLYSNINGER

3.1 Indledning

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i juli 2003 udsendt en sammenfatning af nævnets praksis vedr. sundhedspersoners tavshedspligt for perioden 1998-2002. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk under nyhedsbreve og publikationer.

Nedenstående kap. 3.2 er udarbejdet ud fra sammenfatningens afsnit 8.

3.2 Videregivelse af helbredsoplysninger om en afdød patient til dennes pårørende

3.2.1 Indledning

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kan ifølge bestemmelserne i lov om patienters retsstilling træffe afgørelser i sager, hvor en sundhedsperson har vurderet, om der kan eller skal gives aktindsigt samt i sager, hvor der er klaget over, at en sundhedsperson har brudt sin tavshedspligt.

I området mellem disse to situationer findes spørgsmålet om videregivelse af helbredsoplysninger om en afdød patient til dennes nærmeste pårørende. Der er i lovgivningen på den ene side en ret for den afdøde patients nærmeste pårørende til som udgangspunkt at få adgang til visse oplysninger om den afdøde patient. På den anden side har også den afdøde et krav på, at de oplysninger, der er kommet til lægens kundskab i kraft af tillidsforholdet mellem patient og læge, fortsat kan behandles som fortrolige efter patientens død.

3.2.2 Hvilke oplysninger kan udleveres til den pårørende

Ifølge lovens § 28, stk. 1, kan en sundhedsperson videregive oplysninger om en afdød patients sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde til afdødes nærmeste pårørende, såfremt det må antages ikke at stride mod afdødes ønske og hensynet til afdøde eller andre private interesser ikke taler afgørende herimod.

Ved behandlingen af en klage fra en person, der har fået afslag på anmodningen om aktindsigt i en afdød pårørendes journal, tager nævnet således indledningsvis stilling til, om de ønskede oplysninger omhandler den afdødes sygdomsforløb, dødsårsag eller døds måde.

Bestemmelsen i § 28, stk. 1, er placeret i lovens kapitel 5 vedrørende tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger, hvorfor bestemmelsen giver pårørende en ret til at få

meddelt de i bestemmelsen anførte helbredsoplysninger. Bestemmelsen giver derimod ikke de pårørende en ret til aktindsigt.

De formelle regler i lovens kapitel 4 vedrørende besvarelse af anmodninger om aktindsigt og gennemførelse af aktindsigt, herunder 10-dagesfristen og retten til udlevering af kopi, gælder derfor ikke for videregivelsesbestemmelserne i lovens kapitel 5.

Følgende afgørelse er et eksempel herpå.

Klage over for sen besvarelse af anmodning om aktindsigt i afdød broders journal (0233502P)

En mand anmodede ved brev sin afdøde broders praktiserende læge om aktindsigt i broderens journal. Imidlertid besvarede lægen ikke brevet, hvorfor manden 14 dage senere klagede til Patientklagenævnet.

Der blev klaget over, at lægen ikke indenfor 10 dage besvarede mandens anmodning om aktindsigt i hans afdøde broders journal.

Nævnet fandt ikke at kunne statuere, at lægen havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved ikke senest 10 dage efter modtagelsen af mandens anmodning om aktindsigt at have besvaret denne.

Nævnet oplyste i denne forbindelse, at bestemmelsen i § 28, stk. 1, er placeret i lovens kapitel 5 vedrørende tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger, hvorfor bestemmelsen giver pårørende en mulighed for at få meddelt de i bestemmelsen anførte helbredsoplysninger. Bestemmelsen giver derimod ikke de pårørende en ret til aktindsigt eller til at videregivelsen sker på samme vis, som ved gennemførelse af aktindsigt.

3.2.3 Hvem kan få udleveret helbredsoplysningerne

Såfremt de ønskede oplysninger omhandler den afdødes sygdomsforløb, dødsårsag eller døds måde, foretager Patientklagenævnet en vurdering af, om den pårørende kan betragtes som tilstrækkeligt nærstående til den afdøde.

Det fremgår af Indenrigs- og sundhedsministeriets vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger, at der ved nærmeste pårørende normalt først og fremmest forstås patientens samlevende ægtefælle eller samlever, slægtninge i lige linie og, alt efter de konkrete forhold, søskende.

Ved afgørelsen heraf lægger nævnet mere vægt på den faktiske tilknytning, der har været mellem den afdøde patient og klageren, og mindre vægt på det formelle slægtskabsforhold.

Følgende afgørelse illustrerer nævnets fortolkning af begrebet nærmeste pårørende.

Klage over afslag på aktindsigt i afdød faders journal (02F01P)

En kvinde anmodede ved brev en medicinsk afdeling om at få oplysninger om sin faders dødsforløb og dødsårsag. En læge på afdelingen afslog at imødekomme anmodningen om aktindsigt.

Der blev klaget over, at lægen ikke imødekom kvindens anmodning om at få videregivet oplysninger om forholdene omkring hendes faders død.

Nævnet tiltrådte lægens afslag på videregivelse af oplysningerne, idet nævnet lagde vægt på, at faderen under rubrikken ”sociale forhold” i journalen havde oplyst, at han var bosiddende i udlandet, og at han hverken havde ægtefælle eller børn.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af klageskrivelsen, at kvinden ikke havde haft kontakt til faderen i mange år, idet han i midten af 70’erne havde valgt at slå hånden af såvel sin øvrige familie som hende. Hun begrundede sin anmodning med, at dødsfaldet havde berørt hende, hvorfor hun gerne ville have information herom.

3.2.4 Udlevering af helbredsoplysninger mod afdødes ønske

Der skal i hver sag foretages en konkret vurdering af, hvorvidt det er imod patientens ønske, at de pårørende får indsigt i oplysninger fra journalen. Ved vurderingen lægges der vægt på, om det kan bevises, at patienten skriftligt, mundtligt eller på anden måde har tilkendegivet, at de pårørende ikke skulle have indsigt i oplysninger fra journalen.

Følgende afgørelse belyser nævnets fortolkning af patientens tilkendegivelser vedrørende forholdet til pårørende.

Klage over afslag på aktindsigt i afdød søsters journal (0019204A)

En 52-årig kvinde med paranoid skizofreni havde gennem årene været indlagt adskillige gange på psykiatrisk afdeling. En dag blev kvinden fundet død i sit hjem. Dødsårsagen formodedes at være nyresvigt, idet der ved obduktion blev fundet forsnævring i urinvejene.

Det fremgik af et notat i journalen, at der den 3. juni 1998 blev fremsendt kopi af journalkontinuationerne 25-75 til den afdøde kvindes søster, som havde fremsat anmodning om aktindsigt i hele journalen.

Søsteren fremsatte endnu en gang anmodning om at få fuld aktindsigt i hele journalen, hvilket overlægen imidlertid afslog. Han oplyste til sagen, at hans afslag på yderligere aktindsigt var begrundet i diskretionære årsager for at beskytte den afdøde kvinde mod

yderligere indsigt i hendes journal. Overlægen oplyste endvidere, at kvinden overfor en distriktssygeplejerske havde givet udtryk for, at hun ikke ønskede, at hendes søster havde indsigt i hendes journal eller blev fortalt om hendes liv og levned. Dette ønske blev ikke journalført, idet der på daværende tidspunkt ikke var forventning om, at kvinden ville dø.

Søsteren til den afdøde kvinde fremsatte endvidere anmodning om aktindsigt i journalen overfor kvindens praktiserende læge, som imidlertid gav afslag herpå.

Lægen oplyste til sagen, at kvinden flere gange gav udtryk for, at hun ikke ønskede, at hendes familie fik indsigt i hendes liv og i hendes journal. Dette ønske blev imidlertid ikke journalført.

Der var klaget over, at overlægen afslog at give yderligere aktindsigt i den afdøde kvindes journal. Der var endvidere klaget over, at den praktiserende læge afslog anmodningen om aktindsigt i journalen.

Nævnet lagde vægt på, at såvel overlægen som den praktiserende læge uafhængigt af hinanden oplyste, at kvinden havde modsat sig, at hendes familie fik indsigt i hendes patientjournal. Nævnet fandt udtalelserne fra de to læger bestyrket af et journalnotat, hvoraf fremgik, at kvinden anførte, at hun var irriteret over familiens indblanding.

Nævnet fandt herefter ikke grundlag for kritik af, at overlægen afslog at give søsteren yderligere aktindsigt i journalen, samt at den praktiserende læge ligeledes afslog at give aktindsigt i den journal, som han var i besiddelse af vedrørende den afdøde kvinde.

Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om overlægen og den praktiserende læge havde journalført kvindens ønske om, at hendes familie ikke fik indsigt i hendes journal.

Det kan oplyses, at nævnet endvidere lægger vægt på karakteren af de ønskede oplysninger, hvor personfølsomme de er, og om de kan være til skade for den afdøde eller andre.

3.2.5 Videregivelse af oplysninger om en afdød efter reglen i § 26, stk. 2.

Udover bestemmelsen i § 28, stk. 1, er der mulighed for at videregive oplysninger til afdødes nærmeste pårørende efter reglen i § 26, stk. 2, der er placeret under reglerne om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål end behandling.

Af § 26, stk. 2, fremgår det, at en sundhedsperson uden patientens samtykke kan videregive oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer m.fl.,

- når det følger af lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende offentlige myndigheds sagsbehandling,
- når videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre, eller
- når videregivelsen er nødvendig for, at en offentlig myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver.

Følgende afgørelse illustrerer nævnets praksis.

Klage over afslag på aktindsigt i afdød mormors journal (0232403A)

En kvinde anmodede sin afdøde mormors praktiserende læge om aktindsigt i mormorens journal. Lægen afslag at imødekomme anmodningen om aktindsigt i henhold til reglerne om tavshedspligt. I stedet tilbød lægen, at kvinden kunne komme i konsultationen til en drøftelse af mormorens sygdomsforløb og død. Kvinden afslog imidlertid dette.

Der blev klaget over, at lægen nægtede at imødekomme kvindens anmodning af 5. april 2001 om aktindsigt i sin mormors journal.

Nævnet fandt, at lægen efter § 28, stk. 1, ikke var forpligtet til at videregive oplysninger om mormoren i et større omfang end tilbudt, idet det var nævnets opfattelse, at loven ikke regulerer måden, hvorpå de i § 28, stk. 1, nævnte oplysninger videregives.

Nævnet fandt endvidere, at heller ikke reglen i § 26, stk. 2, nr. 2, gav adgang til, at lægen uden mormorens samtykke kunne videregive journaloplysninger og lagde herved vægt på, at anmodningen om aktindsigt var begrundet i barnebarnets mistanke om utilstrækkelig behandling.

Nævnet kunne i denne forbindelse oplyse, at bestemmelsen efter lovens forarbejder primært tager sigte på de situationer, hvor der er behov for at videregive fortrolige oplysninger om en patient til politi og anklagemyndighed m.v., samt til patientens pårørende, hvor patienten har eller havde en alvorlig smittefarlig sygdom eller en alvorlig arveligt betinget sygdom.

Nævnet fandt således, at der ikke forelå tilstrækkeligt tungtvejende hensyn til tilsidesættelse af tavshedspligten, hvorfor nævnte tiltrådte lægens afgørelse om afslag.

3.3 Videregivelse af helbredsoplysninger til den forælder, der ikke har forældremyndigheden

3.3.1 Indledning

I lov om patienters retsstilling³ er det et gennemgående princip, at det er indehaveren af forældremyndigheden, der kan varetage et barns rettigheder og i et vist omfang give samtykke på barnets vegne.

Det følger således af lovens § 8, stk. 1, at indehaveren af forældremyndigheden har ret til information om barnets helbredstilstand mv., ligesom denne kan give informeret samtykke til behandling af barnet, når barnet er under 15 år.

Det vil i reglen også være indehaveren af forældremyndigheden, der kan få aktindsigt i barnets journal og kan give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger om barnet, i al fald når barnet er under 15 år. Dette følger af lovens §§ 5 og 8, stk. 3.

Patientklagenævnet har truffet to afgørelser, som belyser, hvorvidt en praktiserende læge skal og kan udlevere oplysninger om et barn til den forælder, der ikke har del i forældremyndigheden.

Dette forhold er reguleret i lov om forældremyndighed og samvær⁴, der skal sammenholdes med hjemlen til at videregive helbredsoplysninger i kapitel 5 i lov om patienters retsstilling.

3.3.2 Lov om forældremyndighed og samvær

§ 19, stk. 1, i lov om forældremyndighed og samvær lyder således:

Den af forældrene, som ikke har forældremyndigheden, har ret til efter anmodning at få orientering om barnets forhold fra skoler, børneinstitutioner samt social- og sundhedsvæsenet. Myndigheden eller institutionen kan nægte at give oplysninger, hvis det er til skade for barnet. Der må ikke gives fortrolige oplysninger om forældremyndighedsindehaverens forhold.

Bestemmelsen skal sammenholdes med § 26 i lov om patienters retsstilling, hvorefter en sundhedsperson ikke uden patientens samtykke – og i dette tilfælde altså ikke uden forældremyndighedsindehaverens samtykke – kan videregive fortrolige oplysninger, med

³ Lov nr. 482 af 1. juli 1998.

⁴ Lov nr. 387 af 14. juni 1996.

mindre det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningerne skal videregives.⁵

Patientklagenævnet modtog i 2000 en henvendelse fra en mand, der klagede over, at han af sine børns praktiserende læge havde fået afslag på at få generelle helbredsoplysninger om børnene. Manden havde ikke del i forældremyndigheden.

I forbindelse med behandlingen af klagen var nævnet opmærksom på, at der i den kommenterede udgave af lov om forældremyndighed og samvær⁶ var refereret en udtalelse fra 1996 fra Civilretsdirektoratet til Den Almindelige Danske Lægeforening, hvorefter Civilretsdirektoratet fandt, at lovens § 19 ikke omfattede privatpraktiserende læger. Nævnet fandt i forbindelse med afgørelsen af den pågældende sag grundlag for at sikre sig, at Civilretsdirektoratet fortsat havde den samme opfattelse af anvendelsesområdet for lovens § 19 og rettede således en forespørgsel herom til Civilretsdirektoratet. Nævnet modtog direktoratets besvarelse, hvoraf det fremgik, at man fortsat fandt, at lovens § 19 ikke omfattede privatpraktiserende læger. Dette må antages at gælde såvel praktiserende speciallæger i almen medicin som praktiserende speciallæger inden for andre specialer.

Patientklagenævnet traf herefter afgørelse i sagen i overensstemmelse med Civilretsdirektoratets fortolkning. I denne sag, som refereres straks nedenfor, er klagers påstand, at lægen i strid med loven ikke ville udlevere oplysninger om hans børn.

Nævnet har herudover truffet én afgørelse, hvor fortolkningen af lov om forældremyndighed og samvær har haft betydning. Denne sag refereres også nedenfor, og som det vil fremgå, er det her indehaveren af forældremyndigheden – moderen – der klager over, at lægen har brudt sin tavshedspligt ved at udlevere oplysninger til faderen.

Klage over overtrædelse af orienteringspligten i lov om forældremyndighed og samvær (0230817A)

En 37-årig mand anmodede telefonisk sine børns praktiserende læge om at få generelle helbredsoplysninger om børnene, men ifølge manden nægtede lægen at give disse oplysninger. Manden havde ikke forældremyndigheden over børnene.

Ifølge lægen havde de aftalt, at manden skulle ringe tilbage, og at hun i mellemtiden vil undersøge, hvorvidt han havde ret til oplysninger i henhold til lov om forældremyndighed og samvær.

⁵ For en uddybende redegørelse af fortolkningen af § 26 i lov om patienters retsstilling henvises til ”Sundhedsvæsenets Patientklagenævn: ”Sammenfatning af nævnets praksis vedrørende sundhedspersoners tavshedspligt, 1998-2002” som findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

⁶ Side 411, 1997-udgaven.

Der blev klaget over, at lægen ikke imødekom mandens anmodning om at få generelle helbredsoplysninger vedrørende sine børn.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den praktiserende læge, idet denne efter nævnets opfattelse ikke havde overtrådt § 19, stk. 1, i lov om forældremyndighed og samvær. Nævnet oplyste, at privatpraktiserende læger ikke har nogen orienteringspligt i henhold til denne bestemmelse. Nævnet henviste i den forbindelse til Civilretsdirektoratets opfattelse af bestemmelsen.

Klage over praktiserende læges videregivelse af helbredsoplysninger om et barn til dets fader, der ikke havde andel i forældremyndigheden (0342022B)

Patienten, som var en 5-årig pige, blev i foråret 2003 tre gange set i konsultationen hos egen læge, idet hun ofte var forkølet og skrantede. Der blev i den forbindelse udført en priktest, som viste, at pigen var allergisk overfor græs og i nogen grad også overfor hest og kat. Der blev på denne baggrund iværksat behandling for allergi.

Pigens moder, der havde forældremyndigheden, bad nogle dage efter den sidste konsultation lægen om at kontakte pigens fader, fordi denne var uenig i, at pigen skulle behandles for allergi og derfor undlod at give pigen sin medicin, når hun var hos ham.

Den 13. maj 2003 kontaktede faderen selv sin datters læge, idet han ønskede nogle oplysninger om datterens allergi, og senere samme dag fik faderen ved personlig henvendelse til lægen udleveret en kopi af journalen. Den 22. maj 2003 henvendte faderen sig til lægen, hvor han fik oplyst resultatet af priktesten.

Der blev klaget over, at lægen den 13. og den 22. maj 2003 havde videregivet oplysninger til pigens fader, som ikke havde del i forældremyndigheden.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet han efter nævnets opfattelse ikke havde videregivet fortrolige oplysninger og således ikke havde brudt sin tavshedspligt.

Nævnet oplyste, at det følger af § 19, stk. 1, i lov om forældremyndighed og samvær, at den forælder, som ikke har forældremyndigheden, har ret til at få orientering om barnets forhold fra blandt andet sundhedsvæsenet. Videre oplyste nævnet, at denne bestemmelse imidlertid ikke omfatter privatpraktiserende læger, idet nævnet henviste til sin korrespondance med Civilretsdirektoratet (se ovenfor).

Det var således nævnets opfattelse, at en sundhedspersons videregivelse af helbredsoplysninger om et barn til en forælder uden del i forældremyndigheden, som udgangspunkt indebærer et brud på tavshedspligten, jf. lov om patienters retsstilling.

Konkret fandt nævnet imidlertid, at lægen ikke havde brudt sin tavshedspligt, idet han ikke havde givet faderen oplysninger, som denne ikke allerede var i besiddelse af. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at faderen havde været til stede under den konsultation, hvor der blev foretaget en priktest, og således var bekendt med mistanken om allergi. Endvidere lagde nævnet vægt på, at moderen havde bedt lægen om at overbevise faderen om nødvendigheden af den iværksatte behandling. I øvrigt indeholdt journalen ingen helbredsoplysninger om pigen, som ikke var relateret den pågældende undersøgelse og behandling for allergi.

3.3.3 Sammenfatning

Det kan af de omtalte afgørelser udledes, at det er nævnets opfattelse, at en privatpraktiserende læge ikke er omfattet af § 19, stk. 1, i lov om forældremyndighed og samvær, og således ikke har *pligt* til at orientere en forælder, der ikke har del i forældremyndigheden, om et barns helbredsoplysninger.

Det kan endvidere udledes, at en privatpraktiserende læge efter nævnets opfattelse som følge af denne fortolkning af lovens § 19, stk. 1, ikke uden forældremyndighedsindehaverens samtykke har *ret* til at udlevere fortrolige oplysninger om et barn til den forælder, der ikke har del i forældremyndigheden. Et sådan udlevering vil indebære et brud på tavshedspligten, jf. § 26, stk. 1, jf. § 23 i lov om patienters retsstilling.

Patientklagenævnet har endnu ikke truffet afgørelser, der belyser, i hvilket omfang en læge, der *ikke* er privatpraktiserende, og andre sundhedspersoner end læger skal og kan udlevere oplysninger om et barn til den forælder, der ikke har del i forældremyndigheden.

Justitsministeren fremsatte den 10. marts 2004 et lovforslag (L 179) blandt andet med henblik på ændring af § 19, stk. 1, i lov om forældremyndighed og samvær. Lovforslaget lægger op til en udvidelse af de personer, der er omfattet af lovens § 19, stk. 1, således at bestemmelsen udover det offentlige sundhedsvæsen også skal omfatte private sygehuse, privatpraktiserende læger og privatpraktiserende tandlæger. Det fremgår af forarbejderne til lovforslaget, at det er Justitsministeriets opfattelse, at loven i dag omfatter alle dele af det offentlige sundhedsvæsen, således eksempelvis også skoletandlæger og skolepsykologer. Det kan endvidere udledes, at privatpraktiserende sundhedspersoner, uanset hvilken faggruppe, der er tale om, ikke er omfattet af loven, medmindre det ved angivelse i lovtæksten fremgår, at de er omfattet. Det vides ikke, hvornår lovforslaget færdigbehandles.

4. KLAGER I FORBINDELSE MED PLASTIKKIRURGISKE INDGREB PÅ BRYSTER

4.1 Indledning

Patientklagenævnet offentliggør i foråret 2004 en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende plastikkirurgiske indgreb på bryster. (1998-2003). Dette kapitel er baseret på sammenfatningens afsnit om klager i forbindelse med reduktion af et bryst og i forbindelse med brystløftoperation.

Det kan indledningsvist oplyses, at *reduktion af bryster* blandt andet foretages, dels fordi patienten måtte ønske en mindre størrelse bryst, dels fordi brystets størrelse giver patienten gener. En *brystløftoperation* foretages oftest, fordi patienten har bryster, der kosmetisk må betegnes som hængebryster.

4.2 Klager i forbindelse med reduktion af bryster

Følgende sag illustrerer blandt andet, at der er adskillige konkrete faktorer for den enkelte patient, der kan få indflydelse på operationsresultatet

Klage over infektion og opstået vævsdød (0233604P)

En 45-årig kvinde fik på plastikkirurgisk afdeling foretaget en brystformindskende operation. 2 dage efter operationen henvendte patienten sig på afdelingen, idet der var smerter og hævelse, og da der var løbet en del puslignende væske fra venstre bryst. Der blev derfor iværksat antibiotisk behandling.

Ved kontrol 3 dage senere var der overfladisk vævsdød med hudafløsning og blæredannelse omkring brystvorten, og den antibiotiske behandling blev fortsat. 5 dage senere blev patienten indlagt med henblik på intensivret antibiotisk behandling via blodårerne.

Patienten måtte kort tid efter opereres med bortskæring af områder med vævsdød.

Der blev klaget over, at der blev begået fejl i forbindelse med operationen, idet der blev konstateret snoede blodårer, og idet der ikke på et tidligere tidspunkt blev iværksat antibiotisk behandling.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de involverede læger. Nævnet lagde vægt på, at der i henhold til afdelingens instruks ved forebyggende behandling med antibiotika, kun som hovedregel blev givet antibiotika ved indsættelse af fremmedlegemer.

Nævnet fandt, at denne instruks var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Videre lagde nævnet vægt på, at der ved kontrolundersøgelsen blev foretaget særlig inspektion af brystvorterne, der var lidt mørke, men varme og med respons fra blodkarrene. Nævnet oplyste, at dette var tegn på, at der var aktivt kredsløb. Da det blev konstateret, at brystet var varmt og smertefuldt, og at der kom pus, blev der iværksat antibiotikabehandling.

Endelig lagde nævnet vægt på, at patienten havde sukkersyge, var ryger og var overvægtig. Nævnet oplyste, at alle disse faktorer medvirker til at øge risikoen for infektion.

I det følgende gennemgås sager, der viser, at der efter en vellykket operation som en hændelig komplikation kan opstå generende følger, uden at nævnet finder grundlag for kritik heraf.

Klage over stramninger i forbindelse med ar efter operation (0337625P)

En 34-årig kvinde henvendte sig på et privathospital med henblik på en brystreducerende operation. Operationen blev gennemført, og ved den efterfølgende kontrol var patienten utilfreds med, at der var en indtrækning omkring den ene brystvorte samt indsnævringer ved arrene ned fra brystvorten.

Der blev klaget over operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at operationen blev gennemført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Nævnet fandt videre, at det måtte anses for en hændelig komplikation, at der opstod generende stramninger ved arrene.

Klage over operation efterfølgende infektion (0233624P)

En 57-årig kvinde fik foretaget brystreducerende operation på begge bryster. I forbindelse med efterfølgende kontrol blev der konstateret antydning af rødme i et område 4 – 5 cm over den ene brystvorte, og der blev på mistanke om en beskeden infektion iværksat antibiotisk behandling. Samme dag om aftenen fik patienten kulderystelser og temperaturforhøjelse, hvorfor patienten blev indlagt på hospital, hvor indlæggelsesdiagnosen var mulig blodforgiftning efter operationen. Ved senere undersøgelser blev der konstateret en inficeret blære på det ene bryst samt en dybere liggende byld.

Der blev klaget over indgrebet, idet der efterfølgende opstod infektion i det ene bryst.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen, idet selve operationen blev foretaget relevant, og idet der umiddelbart blev iværksat antibiotisk behandling samt aftalt opfølgende kontrol 2 dage senere, da der var tegn på infektion. Nævnet fandt således, at speciallægen ved dette kontrolbesøg iværksatte relevant behandling.

Nævnet oplyste, at postoperativ infektion efter en reduktionsplastik er en almindelig kendt komplikation, der optræder i cirka 5 – 10 % af operationerne, dog ofte i mindre grad.

Klage over fortsatte smerter efter operation (0017129P)

En 55-årig kvinde blev undersøgt på plastikkirurgisk ambulatorium med henblik på brystreducerende operation. Hun havde forud for operationen gennem mange år været generet af tyngde- og rygsmerter. Ved undersøgelse blev brysterne beskrevet som store og nedhængende. Det blev aftalt, at patienten skulle tabe sig 7 kilo før operationen.

Operationen blev herefter gennemført, og der blev samlet fjernet ca. 860 gram overvejende fedtvæv. Efterfølgende fik patienten anlagt en komprimerende forbindelse. Ved udskrivelsen var begge bryster præget af blodudtrædninger, men brystvorterne var vitale og arrene pæne.

Efterfølgende fik patienten en del ømhed omkring arrene med blodudtrædninger. Ifølge patienten kom der endvidere ved operationen en grim hudflap, og den ene brystvorte var ikke påsyet lige over for den anden. Desuden var der smerter i venstre side, i ryg og i bryst.

Der blev klaget over det kosmetiske resultat af operationen samt, at patienten havde store smerter.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at der blev anvendt en velanskrevet operationsmetode, og at selve operationen blev udført med fjernelse af væv efter indsprøjtning af karsammentrækkende midler over flere omgange for at sikre symmetri.

Der var videre i forbindelse med operationen indlagt dræn, og det var løbende sikret, at brystvorterne var levedygtige. Brysterne var efter operationen næsten symmetriske, og brystvorterne var tilnærmelsesvis i niveau.

Nævnet oplyste, at smerter og det kosmetiske resultat kan variere fra patient til patient afhængig blandt andet af hudkvalitet og vævets opheling.

Klage over operationen og over fortsatte smerter (0021310P)

En 46-årig kvinde havde opnået et vægttab på 70 kilo, men havde fortsat meget store bryster. Hun blev derfor tilbudt en brystreducerende operation. Operationen blev gennemført uden komplikationer, men efter operationen var der smerter i højre bryst med udstråling til begge arme og sovende fornemmelse i fingrene, samt smerter i nakken.

Der blev klaget over operationen og over de fortsatte smertegener.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet fandt, at der var indikation for at foretage indgrebet på grund af det store vægttab.

Videre lagde nævnet vægt på, at den anvendte operationsmetode gik ud på, at der fjernes hud-, fedt- og brystvæv fra nederste halvdel af brystet (nedre mediale og laterale kvadranter), samt en vævskile midt for i området, hvor brystvorten skal flyttes. Brystvortens blodforsyning sikres ved, at der bevares en vævsbro mellem denne og den øvre del af brystet, mens det ved operationen ikke vil kunne undgås, at en del kar og nerver må overskæres, når vævsoverskuddet skal fjernes.

Nævnet lagde ligeledes vægt på, at det er velkendt, at der i tilknytning til brystreducerende operationer kan komme føleforstyrrelser omkring arrene, som kan blive breddeøgede, ligesom der kan opstå sårinfektion og helingsproblemer i særlig grad, hvis der på operationstidspunktet er tale om overvægtige patienter.

Yderligere lagde nævnet vægt på, at selvom en brystreducerende operation kan ændre på smerteoplevelsen hos patienter med smerter i skulderåg, nakke og brystparti på grund af brystforstørrelse, er det ligeledes velkendt, at smertetilstanden sommetider kan blive ved efter operationen, og endda i nogen tilfælde forværres som følge af amputationssmerter / fantomsmerter.

4.3 Klager i forbindelse med brystløftoperation

Følgende sager illustrerer, at nævnet under hensyn til de konkrete forhold ofte ikke finder grundlag for kritik af, at der i forbindelse med relevant plastikkirurgisk behandling opstår uskønne ar, der påvirker det endelige resultat.

Klage over opstået ardannelse efter brystløftoperation (0229806P)

En 36-årig kvinde fik af speciallæge foretaget brystløftoperation, idet hun havde hængebryster. Der blev ved operationen fjernet et kileformet område under det mørkfarvede område omkring brystvorten. Brystvorten blev trukket op, og huden lukket.

Der opstod efter operationen skæmmende ar, og der blev i to omgange foretaget reoperation med henblik på at rette på ardannelsen.

Der blev klaget over, at speciallægen ikke udførte brystløftoperationen korrekt.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen, idet nævnet lagde vægt på, at det er et kendt forhold, at arvævsdannelse undertiden ikke bliver tilfredsstillende. Der kan således opstå enten breddeforøgede ar under brystvortekomplekset eller uskønne ar nedenunder brysterne.

Klage over utilstrækkelig behandling i forbindelse med blodansamling og infektion efter operation (0123911A)

En 34-årig kvinde fik af speciallæge foretaget brystløft på grund af problemer med hængende barm. Patienten fik i lokalbedøvelse skåret begge bryster omkring brystvorten (papillen,) og denne blev rykket op via et nedgående snit i midten. Endvidere blev overskydende hud fjernet via et snit på tværs under brystet.

Efter at være taget hjem udviklede patienten en blodansamling i højre bryst. Speciallægen aflagde samme dag besøg i hjemmet og udpressede en blodansamling efter at have åbnet det nederste af operationssåret. Speciallægen henviste patienten til at henvende sig i hans klinik den følgende dag med henblik på udtømning af resten af ansamlingen i fuld bedøvelse.

Senere samme dag blev patienten indlagt på sygehus, hvor begge bryster blev fundet voldsomt opdrejet og spændte med siven fra flere operationssår. Der blev foretaget spaltning og udtømt store mængder koaguleret blod.

Der blev klaget over, at brystløftoperationen ikke blev udført korrekt, at der ikke ved hjemmebesøg blev anvendt sterilt udstyr i forbindelse med udtømning af ansamling, samt at der ikke i øvrigt blev iværksat behandling, selvom der var blødning fra operationssår og meget kraftige smerter.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen for den foretagne operation. Nævnet lagde vægt på, at det ikke er ualmindeligt at undlade at ilægge dræn ved en sådan operation.

Nævnet fandt imidlertid grundlag for kritik af speciallægen for den i hjemmet foretagne behandling, idet udtømningen skete kort tid, cirka 8 timer efter operationen, hvorfor nævnet fandt, at speciallægen ikke burde have åbnet operationssåret under ikke sterile forhold.

Nævnet fandt, at det ikke var tilstrækkeligt, at speciallægen havde anvendt sterile gaze-kompressorer til at presse det koagulerede blod ud.

Videre fandt nævnet grundlag for kritik af, at speciallægen ikke havde iværksat yderligere behandling af patienten, idet hendes højre bryst var næsten dobbelt så stort som venstre, huden spændt og tiltagende ømt, ligesom han efter udtømningen havde måttet erkende, at der stadig resterede en del af blodansamlingen, samtidig med at der var siveblødning.

5. KLAGER I FORBINDELSE MED FØDSLER

5.1 Indledning

Patientklagenævnet har i november 2003 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis om fødsler (obstetrik). Sammenfatninger omfatter afgørelser af klager over jordemødre og/eller læger i perioden 1. januar 2000 til 1. januar 2003. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk. Dette kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 2.2, 2.3 og 2.7.2, som handler om henholdsvis klager i forbindelse med manglende erkendelse af svangerskabsforgiftning, klager over overbåren graviditet og klager over, at der ikke tidligere i forløbet blev ordineret kejsersnit.

5.2 Klager over manglende erkendelse af svangerskabsforgiftning

Nævnet har i disse sager oplyst, at symptomerne på svangerskabsforgiftning er væskeansamlinger (ødemer), æggehvidestof i urinen og forhøjet blodtryk, hvor den væsentligste parameter er det forhøjede blodtryk. Svangerskabsforgiftning er en tilstand, der kan udvikle sig til en livstruende tilstand for såvel fosteret som for den gravide, og tilstanden kan udvikle sig hurtigt. Det er derfor nævnets opfattelse, at en hurtig lægelig vurdering og eventuel behandling er påkrævet.

I det følgende refereres to sager, som illustrerer nævnets praksis på dette område.

Klage over, at fødsel først blev sat i gang 17 dage efter termin (0019604A)

En 25-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 42 + 2 dage, da hun den 14. december 1999 blev indlagt på fødegangen til igangsættelse. Igangsættelsen skete ved hindsprængning og med et drop med vestimulerende medicin, hvorved fødslen skred hurtigt frem.

Kl. 13.20 fandt man, at fosterets hjertelyd var påvirket, hvorfor en reservelæge besluttede at forløse med sugekop efter anlæggelse af et klip i mellemkødet (episiotomi).

Kvinden fødte den 14. december kl. 14.12 en levende velskabt dreng på 3.780 gram, der fik Apgar Score 9 efter 1 minut og 10 efter 5 minutter.

Der opstod en stor udrift i vagina i begge sider samt sprængning af lukkemusklen, som ifølge en anden reservelæge ikke kunne sys i lokalbedøvelse. Læsionerne blev derfor syet sammen i fuld bedøvelse af en afdelingslæge.

Der blev blandt andet klaget over, at lægerne ikke satte fødslen i gang tidligere end 17 dage efter hendes termin.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger for, at de først satte fødslen i gang den 14. december 1999.

Nævnet lagde vægt på, at den administrerende overlæge til sagen oplyste, at man på afdelingen ikke anvendte rutinemæssig ultralydsscanning til fastsættelse af terminstidspunktet, og at man ikke foretog igangsættelse af fødslen før to uger efter beregnet termin, medmindre der opstod kliniske problemer, som krævede tidligere indgriben.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at kvinden havde forventet termin den 27. – 29. november 1999 udregnet på baggrund af sidste menstruations første dag og cyklusens længde på 28-30 dage.

Nævnet lagde også vægt på, at kvinden blev sygemeldt under graviditeten på grund af almen utilpashed, svimmelhed, og smerter i lænderyggen, samt at hendes graviditet ellers var ukompliceret til og med uge 42, hvor der blev fundet normalt blodtryk og ingen proteiner i urinen (proteinuri).

Videre lagde nævnet vægt på, at der den 13. december 1999 opstod let svangerskabsforgiftning med blodtryk på 140/96 samt proteiner i urinen og lidt hovedpine, hvorefter man satte fødslen i gang ved at foretage hindsprængning den 14. december 1999 ved en graviditetslængde på 42 uger og 2 dage.

Indberetning vedrørende manglende erkendelse af svangerskabsforgiftning (0126201P)

En 34-årig kvinde var andengangs fødende og i graviditetsuge 32, da hun den 12. maj 2000 om morgenen henvendte sig på fødegangen på grund af susen for ørene, tryk for brystet og protein i urinen. En jordemoder målte blodtrykket til 200/120 og påsatte overvågning med CTG og fandt denne normal. Omkring kl. 6.00 fandt jordemoderen blodtrykket uændret og gav Trandate 100 mg, hvorefter hun valgte at se tiden an. Kvinden ønskede tilsyn af en bestemt overlæge, som mødte i vagt kl. 8.00 samme morgen. Kvinden blev tilset af en læge kl. 8.15, og der blev foretaget forskellige undersøgelser og behandling, inden man den 13. maj 2000 kl. 9.54 ved et kejsersnit forløste en lille pige på ca. 1800 gram.

Sundhedsstyrelsen indberettede jordemoderens behandling af kvinden.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere jordemoderen for hendes behandling af kvinden den 12. maj 2000.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden i sin tidligere graviditet var belastet af svær svangerskabsforgiftning, som førte til kejsersnit med forløsning af to piger, hvoraf den ene var præget af spasticitet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at kvinden den 12. maj 2000 kl. 5.30 henvendte sig på fødegangen, og at hun havde forhøjet blodtryk, susen for ørerne, tryk for brystet og maksimalt udslag for æggehvide-stoffer i urinen (+++ for protein i urinen).

Det var nævnets opfattelse, at jordemoderen burde have orienteret den vagthavende læge om kvindens ankomst og ved den lejlighed have gjort opmærksom på hendes udtrykkelige ønske om kun at blive set af en bestemt overlæge. Alternativt burde jordemoderen have orienteret kvinden om fordele og ulemper ved hendes valg, herunder den mulige store risiko for såvel fosteret som for hende selv, såfremt kvinden havde fastholdt, at hun kun ville ses af overlægen.

5.3 Klager over overbåren graviditet

Nævnet har i sager vedrørende overbåren graviditet oplyst, at en graviditet normalt afsluttes, inden der er gået 42 uger efter sidste menstruations første dag. Hvis graviditeten strækker sig over 42 uger, taler man om overbåren graviditet.

Det er nævnets vurdering, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at igangsætte fødslen, når graviditetslængden (gestationsalderen) er nået til 42 - 43 uger under forudsætning af hyppig kontrol i perioden og under forudsætning af, at man ved kontrollerne finder normale forhold.

Nævnet har endvidere oplyst, at det er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at man foretager igangsættelse af fødslen efter graviditetsuge 42, da moderkagens funktion efter dette tidspunkt kan blive utilstrækkelig, hvorfor man ønsker at afslutte graviditeten.

Nævnet har endvidere vurderet, at det er i overensstemmelse med almindelig praksis, at man forsøger vestimulation med stikpiller i 2 x 2 dage, og hvis dette mislykkedes, tages tilfældet op til fornyet vurdering. Nævnet har i en anden sag, som ikke er refereret her, oplyst, at igangsættelse af en fødsel typisk sker efter følgende mønster: Stikpiller i 2-3 dage, herefter en dags pause, så igen stikpiller i 2 dage, herefter pause og revurdering efter 1-2 dage.

Følgende sager illustrerer nævnets praksis.

Klage over uhensigtsmæssig opfølgning på manglende fostervand (0231520P)

En 25-årig andengangsgravid kvinde var i graviditetsuge 41 + 3 dage med et normalt graviditetsforløb, da hun fredag den 7. september 2001 kom til kontrol på svangreambulatoriet. Hun fik foretaget en ultralydsscanning og en CTG-registrering, som begge var normale.

En overlæge undersøgte kvinden og fandt et foster i hovedstilling med en skønnet vægt på 3600 gram. Ved underlivsundersøgelsen fandt overlægen, at livmodermunden var åben for en fingerspids, samt at der var meget lidt fostervand, hvorfor fødslen burde sættes i gang snarest muligt.

Idet der var meget travlt i løbet af weekenden, fik kvinden tid til en medicinsk igangsættelse af fødslen mandag d. 10. september 2001.

Den 9. september 2001 blev kvinden imidlertid indlagt på sygehuset, idet hun ikke kunne mærke fosteraktivitet. Ved ultralydsscanning blev der ikke påvist hjertelyd, og kvinden fik derfor sat fødslen i gang og fødte en dødfødt pige på 3450 gram. Dødsårsagen kunne ikke fastslås.

Der blev klaget over, at overlægen ikke gav kvinden tilstrækkelig behandling den 7. september 2001, herunder korrekt opfølgning på fund af manglende fostervand.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen den 7. september 2001, at kvinden, som var i graviditetsuge 41 + 3 dage, kom til kontrol på svangreambulatoriet, hvor hun blev undersøgt af overlægen, som fandt, at der var en fin CTG-registrering, at livmoderen var fastsiddende på forvæggen, samt at hun skønnede fosteret til at veje ca. 3600 gram. Af samme journalnotat fremgik det, at der næsten ikke var noget fostervand, idet der kun kunne måles en lille sø på ca. 1 cm i venstre side, hvorfor overlægen vurderede, at der var indikation for en medicinsk igangsættelse af fødslen.

Nævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af journalen den 7. september 2001, at overlægen ved en gynækologisk undersøgelse af kvinden fandt, at livmoderhalsen var ca. 1,5 cm, at livmodermunden var passabel for en finger, samt at fosteret lå i hovedstilling. Det fremgik endvidere af journalnotatet, at der blev aftalt tid til en medicinsk igangsættelse til den 10. september 2001.

Nævnet oplyste, at der kan foretages en CTG-registrering til vurdering af, hvor hastende igangsættelse af en fødsel er. Nævnet oplyste endvidere, at risikoen for fosterdød inden for

en uge efter en normal CTG er næsten 0 procent. Efter 42 uger er en normal CTG dog kun ”holdbar” i ca. en halv uge.

Det var nævnets opfattelse, at scanningen den 22. februar 2001 blev foretaget på et for terminsberegningen optimalt tidspunkt. Det var derfor nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard at støtte sig til terminsdatoen den 28. august 2001.

Klage over, at kvinden gik tre uger over termin (0127703P)

En 29-årig førstegangsfødende kvinde var i graviditetsuge 40, da hun den 28. maj 1999 var til konsultation i svangreambulatoriet. Hun var ligeledes til kontrol den 4. juni 1999, da hun var i uge 42 +0.

Den 8. juni 1999 var kvinden, da svangerskabslængden var 42 uger og 5 dage, igen til kontrol i svangreambulatoriet. Hun blev henvist akut til observationssvangreafsnittet på sygehuset. Efter konference i afdelingen blev det besluttet at sætte fødslen i gang den 9. juni 1999, hvilket skete ved hjælp af Minprostin (hormonmiddel).

Den 9. juni 1999 kom fødslen imidlertid ikke i gang. Under forsøget på igangsættelse blev der med jævne mellemrum foretaget overvågning med CTG. Den 10. juni 1999 blev forsøget på at sætte fødslen i gang med Minprostin gentaget.

Senere den 10. juni 1999 kl. 15.25 blev der foretaget hindsprængning, hvorved der afgik en skylle blodtilblandet fostervand.

Kl. 17.30 opsatte en jordemoder vefremkaldende drop (Syntocinon) som led i igangsættelsen af fødslen. Kl. 19.30 noterede en læge i journalen, at veerne var smertefulde og ordinerede epiduralblokade. Kl. 20.25 og kl. 20.35 registrerede jordemoderen unormale forandringer af CTG kurven og tilkaldte en læge. Samtidig blev det forsøgt at foretage måling af pH i fosterblod (scalp-pH), men dette var ikke muligt.

Kl. 21.16 noterede reservelægen, at CTG kurven viste unormale forandringer og besluttede at foretage akut kejsersnit indenfor 10-15 minutter på grund af truende iltforsyning til fosteret. Ved kejsersnittet, fødte kvinden kl. 21.38 en noget dysmatur dreng (tegn på overbåren graviditet) med fødselsvægt på 3.100 gram.

Der blev blandt andet klaget over, at kvinden fik lov at gå 3 uger over terminsdatoen.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de jordemødre og læger, der var involveret i behandlingen af kvinden i perioden fra den 28. maj til den 9. juni 1999.

Nævnet lagde vægt på, at det af vandrejournalen fremgik, at kvinden den 28. maj 1999 var i graviditetsuge 40 +1, hendes blodtryk var 113/80, og urinen var normal. Der blev ikke konstateret væskeansamlinger. Fosterets vægt blev skønnet til 34-3500 g, og hjertelyden blev fundet i orden. Afstanden fra skambenet til livmoderens bund svarede til graviditetsuge 35, og fosteret blev fundet i hovedstilling.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at det fremgik af vandrejournalen, at kvinden den 4. juni 1999 blev undersøgt på akut observationssvangreafsnit og var i graviditetsuge 42 +0, samt at ultralydsscanning og overvågning med CTG var normale. Det blev planlagt, at kvinden skulle komme igen den 8. juni 1999 til CTG-undersøgelse, hvis hun ikke havde født. Det fremgik ligeledes, at fosteret blev fundet i hovedstilling med hovedbevægelser i bækkenindgangen, og at hjertelyden var god. Der blev foretaget en CTG-undersøgelse, der viste normale forhold.

Nævnet lagde også vægt på, at det fremgik af vandrejournalen, at kvinden den 8. juni 1999 var i graviditetsuge 42 +4, og at en læge fandt livmoderhalsen 2 cm lang og livmodermunden åben for en finger. Der blev foretaget en CTG-undersøgelse, der viste normale forhold.

Tillige lagde nævnet vægt på, at det af journalen fra sygehuset den 8. juni 1999 kl. 8.35 fremgik, at kvinden ved kontrolundersøgelsen havde et blodtryk på 105/64 og en puls på 100, samt at hun mærkede dagligt fosterliv. Fosteret blev af en læge fundet i hovedstilling, og hovedet stod fast i bækkenet. Ved en gynækologisk undersøgelse var livmoderhalsen 3 cm og blød, livmodermunden var lige netop åben for en finger. Der blev foretaget hindeløsning. CTG-undersøgelsen viste normale forhold.

Nævnet oplyste, at hindeløsning er en metode til at igangsætte fødslen. Fosterhinden løsnes forsigtigt fra indersiden af livmoderhalsen og livmoderhulen.

Det var nævnets opfattelse, at der i den foreliggende situation ikke var særlige grunde, der talte for at igangsætte kvindens fødselsforløb tidligere end sket, det vil sige ved en graviditetslængde (gestationsalder) på 42 uger + 6 dage.

5.4 Klager over, at der ikke tidligere i fødselsforløbet blev ordineret kejsersnit

Patientklagenævnet afgør årligt ca. 70 klager over fødselsforløb på landets hospitaler. Mange klager blandt andet over, at de ikke fik tilbudt kejsersnit, eller at de fik kejsersnit for sent. Baggrunden for klagerne er typisk skader hos barnet, men også skader hos moderen. For mødrenes vedkommende drejer skaderne sig om alt fra mindre rifter i fødselsvejen til sprængning af endetarmens lukkemuskel. For børnenes vedkommende drejer det sig om

fysiske og/eller psykiske handicaps, som formodes forårsaget af traumer i forbindelse med den vaginale forløsning og/eller af iltmangel under fødslen.

Nævnets vurdering af sagen beror på en konkret vurdering, idet der ved ordinationen af kejsersnit indgår en række forskellige momenter, så som moderens almene tilstand, kurven med registreringer af fostrets hjertefrekvens og moderens veer (CTG-kurven), fostervandets farve, fremdriften i fødslen, barnets størrelse og stilling m.v. En stor del af disse faktorer beror på faglige skøn. Jordemoderen har i henhold til lov om jordemødre en pligt til at kontakte lægen ved afvigelser i det normale fødselsforløb, og kompetencen til at ordinere kejsersnit tilkommer lægen.

Det er nævnets praksis, at grønt fostervand ikke, isoleret set, umiddelbart indicerer indgreb i fødslen og således heller ikke kejsersnit.

Det er videre nævnets opfattelse, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at man stiler mod, at den fødende skal føde normalt, når man observerer grønt fostervand og begyndende veer, men at det sker under nøje overvågning – oftest med CTG-registrering. Samtidig er det praksis, at man behandler med ve-stimulation, hvis fødslen ikke skrider normalt frem.

Følgende sager illustrerer nævnets praksis ved klager over, at der ikke blev ordineret kejsersnit tidligere i forløbet.

Klage over, at der ikke tidligere i forløbet blev ordineret kejsersnit på grund af grønt fostervand (0122602P)

En 24-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 42, da hun den 31. marts 2000 kl. 13.15 på grund af regelmæssige veer igennem et par timer henvendte sig på fødeafdelingen. Hun blev undersøgt af en jordemoder. Der blev påsat overvågning med CTG, og denne blev vurderet som normal. Kl. 14.45 observerede jordemoderen rigelig siven af klart, gulgrønt fostervand, og overvågningen med CTG blev påsat igen. Livmodermunden var på dette tidspunkt 5 cm åben.

Kl. 19.00 opsatte jordemoderen efter aftale med overlægen et drop med vestimulerende medicin på grund af vesvækkelse. Kvinden fik herefter kraftig pressetrang, og kl. 22.30 var livmodermunden fuldt åben, men fostrets hoved havde imidlertid ikke bevæget sig ret langt i fødselsvejen.

På grund af manglende fremgang i fødslen trods kraftige presseveer tilkaldte jordemoderen overlægen, som ved vurdering af CTG kurven fandt tegn på truende iltmangel hos fosteret og foretog forløsning ved hjælp af en sugekop. Da barnets hoved imidlertid ikke trængte længere ned i bækkenet, ordinerede overlægen kejsersnit. Der blev

den 1. april 2000 kl. 1.00 forløst en dreng, som blev overflyttet til en børneafdeling, idet han udviste tegn på at have lidt af iltmangel forinden fødslen.

Der blev klaget over, at man ikke reagerede på, at der var grønt fostervand, og at der ikke blev foretaget kejsersnit tidligere i forløbet, samt at overlægen trak for mange gange i sugekoppen, før hun ordinerede kejsersnit.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af kvinden den 31. marts og den 1. april 2000.

Nævnet lagde vægt på, at det af journalen fremgik, at overlægen blev tilkaldt kl. 23.40 på grund af vesvækkelse, og at overlægen ordinerede sugekop på grund af truende iltmangel i livmoderen, samt at hun trak vesynkront med fem veer, uden at hovedet kom med ned, hvorefter koppen blev taget af, og overlægen ordinerede kejsersnit, hvorved der kl. 1.00 blev forløst en levende dreng.

Det var nævnets opfattelse, at der i tiden frem til kl. 22.45 var normal hjertelyd, dels registreret ved at lytte til hjertelyden, dels registreret ved CTG. Fra kl. 22.45 til kl. 23.40 var det nævnets opfattelse, at CTG-registreringen var præget af dyk i fosterets hjertefrekvens i tilslutning til veerne, hvilket kan tolkes som variable decelerationer (dyk i hjertefrekvensen forårsaget af påvirkning af navlesnoren under presseveerne).

Nævnet oplyste i den forbindelse, at variable decelerationer af den registrerede type kan være til stede i nogen tid uden at det påvirker barnet, men når de har stået på i en længere periode i størrelsesordenen 45-60 minutter, kan de tolkes som et tegn på begyndende iltmangel hos fosteret.

Det var endvidere nævnets opfattelse, at da overlægen blev tilkaldt kl. 23.40, havde forandringerne i fosterets hjertefrekvens stået på i ca. en time, og det var derfor nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at overlægen fandt indikation for forløsning af barnet ved hjælp af sugekop.

Det var nævnets opfattelse, at grønt fostervand ikke umiddelbart indicerer indgreb i fødslen og således heller ikke kejsersnit.

Klage over, at lægen ikke ordinerede kejsersnit trods gentagne opfordringer fra jordemoderen (0020809A)

En 34-årig kvinde var førstegangsfødende og i graviditetsuge 41, da hun den 4. juni 1999 kl. 14.00 henvendte sig på fødegangen med veer. Kl. 16.00 blev der foretaget hindsprængning med udtømmelse af grønligt farvet fostervand, hvorfor jordemoderen orienterede afdelingslægen. Der blev påsat overvågning med CTG.

Kl. 16.45 blev der registreret dyk i fostrets puls, hvorfor jordemoderen igen tilkaldte afdelingslægen, som ordinerede vefremkaldende drop. Kl. 17.30 var der decelerationer på CTG-kurven, hvorfor jordemoderen med henblik på ordination af kejsersnit tilkaldte afdelingslægen, der ikke fandt grundlag for kejsersnit. Afdelingslægen undersøgte kvinden kl. 19.00 og kl. 20.10 og fandt ikke indikation for kejsersnit. Kl. 21.45 tilkaldte jordemoderen atter lægen på grund af konstatering af dyk i fostrets puls efter en ve. Kl. 22.10 ankom afdelingslægen, der anlagde sugekop, og kl. 22.54 fødte kvinden en livløs, fuldbåren pige på 3650 gram og 53 cm lang. Genoplivningsforsøg var forgæves.

Der blev klaget over, at afdelingslægen på trods af gentagne anbefalinger fra jordemoderen ikke ordinerede kejsersnit.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af kvinden den 4. juni 1999.

Nævnt lagde vægt på, at jordemoderen kl. 16.00 prikkede hul på fosterhinderne, og at der blev udtømt grønt fostervand.

Det var nævnets opfattelse, at grønt fostervand ikke umiddelbart indicerer indgreb i fødslen og således heller ikke kejsersnit.

Det var nævnets opfattelse, at CTG-kurven fra kl. 20 til barnets fødsel kl. 22.54 var svært patologisk med hurtig puls og tiltagende sene decelerationer tydende på betydelig iltmangel, og fra kl. 22.40 var barnets puls så langsom, at der formentlig var tale om klinisk hjertestop, hvilket vil sige, at barnets puls var så langsom og svag, at der ikke kunne opretholdes en cirkulation i barnets blodbane.

Sammenfattende fandt nævnet, at afdelingslægen på baggrund af resultatet af CTG-kurven sammenholdt med oplysningen om grønt fostervand burde have ordineret kejsersnit ca. kl. 20.00, og at der på et hvilket som helst tidspunkt herefter var indikation for forløsning hurtigst muligt.

6. KLAGER I FORBINDELSE MED DIAGNOSTIK AF BRYSTKRÆFT

6.1 Indledning

Patientklagenævnet offentliggør i foråret 2004 en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende diagnostik af brystkræft (2001-2003). Dette kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens afsnit om diagnostik af brystkræft hos den praktiserende læge og i speciallægepraksis.

Undersøgelse og diagnostik af patienter, hvor der er mistanke om kræft i brystet, involverer ofte flere dele af sundhedsvæsenet, dvs. både den alment praktiserende læge, praktiserende speciallæger i kirurgi og røntgen og sygehusvæsenet.

I dette kapitel er der refereret afgørelser, som belyser nævnets praksis ved klager over diagnostik hos den praktiserende læge og i speciallægepraksis.

6.2 Udredning hos den praktiserende læge af nytilkommen knude eller andre symptomer fra brystet

Den praktiserende læge er normalt første kontakt til sundhedsvæsenet, når en patient har mistanke om brystkræft.

Enhver nytilkommen følelig forandring i en kvindes bryst skal følges, indtil der foreligger en afklaring af, at der ikke er tale om kræftforandringer

Ved konsultation hos den praktiserende læge bør der ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 25. oktober 1999, 2. rev. udgave, foretages en klinisk undersøgelse, som består af indhentelse af sygehistorie inspektion og føleundersøgelse af brystet samt undersøgelse af armhule og det andet bryst. Undersøgelsen hos egen læge kan konkludere, at symptomerne

- har en anden forklaring og ikke støtter en mistanke om brystkræft
- er forenelige med diagnosen brystkræft - eller
- at der foreligger en uafklaret tilstand med indikation for diagnostisk udredning.

Indikation for nærmere undersøgelse (dvs. mammografi, ultralydsundersøgelse og celleundersøgelse (cytologisk eller histologisk prøve) foreligger ved symptomer fra brystet og/eller objektive fund, eksempelvis knude i bryst eller armhule, eksem (eller sår dannelse) på eller indtrækning af brystvorten, blodig sekretion fra brystvorten, hudindtrækning eller lokaliseret smerte eller ømhed i brystet.

Mistanken om brystkræft kan være større eller mindre, afhængig af en række forhold, herunder alder, disposition, anatomiske forhold og forandringens karakter. Det kan være relevant i en kortere periode at følge mindre forandringer, som ikke umiddelbart virker mistænkelige. Lægen skal i den forbindelse sikre sig, at patienten bliver informeret om fortsat lægekontakt, såfremt der fremstår andre symptomer. Såfremt der fortsat foreligger følelige forandringer, skal patienten henvises til yderligere undersøgelser. Afhængig af forandringens karakter, kan der være tale om en henvisning til mammografi/ultralydsundersøgelse og kirurgisk speciallæge/mammakirurgisk afdeling med henblik på vurdering af behov for udtagning af finnålsprøve (cytologisk prøve) eller grovnålsprøve, evt. kirurgisk prøve (biopsi) fra det pågældende område.

Følgende afgørelser illustrerer nævnets praksis om den praktiserende læges ansvar i forbindelse med udredningen af mistænkelige fund.

Klage over at praktiserende læge ikke havde iværksat yderligere undersøgelser (0336304P)

En 44-årig kvinde henvendte sig i juni 1998 til sin praktiserende læge, da hendes højre bryst var knudret, og der var siven fra højre brystvorte. Lægen undersøgte brystet og fandt, at hun havde et meget knudret bryst. Herefter blev patienten henvist til sygehuset, hvor hun i juli 1998 fik foretaget mammografi samt ultralydsundersøgelse af begge bryster, som viste godartet lidelse (fibroadenomatose).

I maj 2000 henvendte patienten sig igen til den praktiserende læge, da hun stadig fra højre brystvorte havde siven, som ind imellem var blodigt. Hun blev igen henvist til undersøgelse på sygehuset, hvor hun i juni 2000 på ny fik foretaget mammografi samt ultralydsundersøgelse af begge bryster. Den undersøgende radiolog vurderede, at der fortsat og nok tydeligere var et fortykket og isolerbart område opadtil, udadtil i højre bryst. Det pågældende område kunne føles manuelt og kunne ses på mammografien. Imidlertid blev det beskrevet i den endelige røntgendiagnose, at billedet nærmest var uforandret. Der blev ikke anført forslag vedrørende yderligere udredning.

I april 2002 henvendte patienten sig atter til den praktiserende læge, som fandt et område i højre bryst, der var puklet, hårdt og knudret. Knuden var desuden fastvokset i vævet. Patienten blev henvist til sygehuset, hvor hun efterfølgende fik fjernet højre bryst på grund af kræft.

Der blev blandt andet klaget over, at den praktiserende ikke iværksatte tilstrækkelige undersøgelser af patientens højre bryst.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den praktiserende læge for hans undersøgelse og behandling af patienten.

Nævnet fandt, at den praktiserende læge havde et selvstændigt ansvar for at tage stilling til svaret på de undersøgelser, han havde ordineret. Han burde således have taget kontakt til patienten, således at hun blev henvist til yderligere vurdering, da han i juni 2000 modtog svar fra radiologisk afdeling og erfarede, at der ikke herfra blev foretaget yderligere, idet der forelå en klinisk situation, som burde videreudredes.

Nævnet fandt således, at de foreliggende fund og symptomer tydede på, at der kunne være tale om kræftlidelse, og alene blødningen fra brystvorten burde have givet anledning til yderligere udredning.

Følgende sag illustrerer vigtigheden af, at den praktiserende læge følger radiologens anbefalinger om yderligere udredning.

Klage over manglende henvisning fra praktiserende læge til sygehus (0338816P)

En 39-årig kvinde henvendte sig i maj 2002 til sin praktiserende læge, da hun havde mærket en øm knude i venstre bryst. Lægen vurderede, at der var tale om en godartet knude, men valgte at henvise patienten til en praktiserende radiolog, som foretog mammografi og ultralydsundersøgelse. Da radiologen ikke var helt sikker på, at der var tale om godartede forandringer, blev der anbefalet henvisning til sygehus til nærmere undersøgelse med henblik på en vurdering af billederne og udtagelse af nålebiopsi. Efterfølgende konsulterede patienten på ny den praktiserende læge, som fandt, at biopsien på det foreliggende grundlag kunne udskydes i en kort observationsperiode. Der blev ikke aftalt eller tilrådet en specifik dato for denne kontrol. I oktober 2002 henvendte patienten sig igen til den praktiserende læge på grund af smerter i venstre bryst med udstråling til armhulen. Patienten blev henvist til sygehus, hvor man fandt, at der var tale om kræft med spredning til lymfeknuder i armhulen.

Der blev blandt andet klaget over, at den praktiserende læge ikke allerede i juni 2002 henviste patienten til behandling hos en speciallæge/et sygehus med henblik på udtagelse af en biopsi.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den praktiserende læge, idet patienten ved konsultationen efter undersøgelsen hos radiologen burde have været henvist til yderligere undersøgelser i juni 2002 eller kort tid herefter, da mammografiundersøgelsen ikke blev beskrevet som entydig godartet, og den undersøgende radiolog specifikt anbefalede yderligere undersøgelser på sygehus.

6.3 Udredning hos praktiserende speciallæge af nytilkommen knude

Hvis en nytilkommen knude i brystet konstateres hos en praktiserende speciallæge gælder de samme retningslinier for udredningen, hvilket illustreres i nedenstående sager..

Klage over manglende iværksættelse af yderligere undersøgelser hos patient med knuder i brystet (0230515A)

En 41-årig kvinde fik i 1993 fjernet en begyndende ondartet knude i højre bryst, og i 1995 fik hun fjernet en godartet knude i samme bryst. I 1998 fik patienten endvidere fjernet en godartet knude i venstre bryst. Patienten gik jævnligt til kontrol hos en praktiserende kirurg. Ved kontrolundersøgelse i februar 2000 blev der ved gennemføling af brysterne fundet en cystisk udfyldning i højre bryst, og der blev aftalt fornyet kontrol 4 måneder senere. Ved denne kontrol blev der ligeledes ved gennemføling fundet en 1 cm stor cyste et andet sted i samme bryst. Efter undersøgelse blev kontrollen af patienten afsluttet.

I august 2001 blev patienten af sin praktiserende læge henvist til hospital til nærmere undersøgelse for knuder i begge bryster. Undersøgelserne viste en knude i højre bryst, der blev fjernet den 20. august 2001, og prøver viste, at der var tale om kræft.

Der blev klaget over, at den praktiserende kirurg ikke foretog tilstrækkelige undersøgelser, herunder ikke fandt grundlag for at henvise til yderligere undersøgelser.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægen og indskærpede denne i fremtiden at udføre sit arbejde med større omhu og samvittighedsfuldhed.

Nævnet oplyste, at der foreligger retningslinier for, hvordan en nyttilkommen knude i et voksent kvindebryst skal undersøges, nemlig med den såkaldte *triple-diagnostik*, der består af 3 dele:

- lægens undersøgelse af brystet
- en mammografi og
- en nålebiopsi af den følte knude med udhentning af celler til mikroskopisk undersøgelse.

Kun hvis alle disse tre undersøgelser viser godartede fund, kan man med sikkerhed udelukke, at det drejer sig om en kræftknude.

Det var nævnets vurdering, at det ikke er muligt i et voksent kvindebryst med sikkerhed at føle, om en knude er en godartet cyste eller en bindevævsknude (fibroadenom).

Det var videre nævnets vurdering, at der allerede i forbindelse med undersøgelsen i februar 2000 burde have været iværksat yderligere undersøgelser i form af mammografi og finnålsundersøgelse, særligt under hensyn til, at patienten i 1993 havde fået bortopereret en knude i højre bryst og således måtte vurderes at have en øget risiko for brystkræft. Fundet ved undersøgelsen den 6. juni 2000 burde ligeledes have givet anledning til iværksættelse af yderligere undersøgelser.

Klage over manglende opfølgning på mammografisvar (0336303P)

En 46-årig kvinde henvendte sig i december 1998 til en praktiserende kirurg, idet hun havde følt en knude i højre bryst og i armhulen. Ved undersøgelse af brystet fandt kirurgen ingen tegn på ondartet knudedannelse. Patienten blev henvist til mammografi, som ikke viste tegn på brystkræft. I maj 2000 henvendte patienten sig på ny til speciallægen, som nu fandt en 0,5 x 0,5 cm stor velafgrænset knudedannelse i højre bryst. Patienten blev igen henvist til mammografi, som blev foretaget i juni 2000 med supplerende ultralydsundersøgelse. Da de foretagne undersøgelser ikke med sikkerhed kunne afgøre, om knuden var godartet eller ondartet, tilrådede radiologen en vævsundersøgelse. Den praktiserende kirurg modtog aldrig svaret på undersøgelsen, og ved undersøgelse i marts 2001 fandt han mistanke om, at patienten havde en ondartet knude i det højre bryst, hvilket blev bekræftet ved mammografi. Ved den efterfølgende operation fandtes brystkræft med spredning til lymfeknuder i armhulen.

Der blev blandt andet klaget over, at den praktiserende kirurg ikke reagerede på svaret på mammografi foretaget i juni 2000, samt at patienten ikke blev informeret om, at knuden i hendes højre bryst kunne udvikle sig til noget ondartet.

Nævnet fandt anledning til kritik af den praktiserende kirurg, idet nævnet lagde vægt på, at den læge, der henviser en patient til en paraklinisk undersøgelse er ansvarlig for, at undersøgelsen gennemføres, at patienten får information om undersøgelsens udfald og eventuelt, at de relevante supplerende undersøgelser og/eller behandling sættes i gang.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af den behandling patienten modtog i december 1998, idet fundene ved den foretagne mammografi og den praktiserende kirurgs undersøgelse var forenelige med diagnosen hormonbetinget fortykkelse i kirtelvævet (fibroadenomatose), som er en godartet lidelse.

7. KLAGER OVER BESKADIGELSE AF URINLEDERE

7.1 Indledning

I perioden 2001-2003 har Patientklagenævnet behandlet 7 sager, hvor der er klaget over beskadigelse af en urinleder.

7.2 Baggrund

Nyrernes funktion er bl.a. at producere urin, der udskilles i nyrebækkenerne. Urinledernes funktion er at lede urinen fra nyrebækkenerne til urinblæren.

Ved beskadigelse af en urinleder i form af *afklemning* er der ikke længere passage fra nyrebækkenet til urinblæren, og urinen hober sig op mellem nyren og afklemningen. Nyrens urinproduktion vil efter et stykke tid standse på grund af trykket fra det opstemmede urin, og på lang sigt kan afklemningen medføre, at nyren går til grunde.

Ved *læsion* af en urinleder vil urinen sive og fordele sig i vævene omkring urinlederen i stedet for at ende i urinblæren, og dette vil fremkalde en betændelsestilstand i vævene, som kan medføre bughindebetændelse, evt. blodforgiftning.

Muligheden for beskadigelse af urinlederne hos kvinder hænger bl.a. sammen med deres forløb fra nyren ned til blæren og under dette forløb deres nære anatomiske relation til livmoderen, idet urinlederne passerer ca. én cm ved siden af livmoderhalsen. Ved f. eks. kejsersnit laves et tværsnit i livmoderhalsen, og hvis det bløder fra kanten af såret, kan man risikere at sætte sting omkring urinlederen. Det samme kan ske i forbindelse med operativ fjernelse af livmoderen.

Patientklagenævnets afgørelser viser, at det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at den opererende læge er opmærksom på urinledernes forløb fra nyre til urinblære og sikrer sig urinledernes frie løb.

7.3 Afklemning af urinlederen

Nedenfor er refereret to afgørelser, som belyser Patientklagenævnets praksis i forbindelse med klager over afklemning af en urinleder. I de to sager fandt Patientklagenævnet grundlag for kritik, idet læsionen er sket under forhold, hvor der ikke er taget hensyn til den kendte nære anatomiske relation mellem operationsområdet og urinlederen (eksempelvis i tilfælde, hvor der er en stor udrift i livmoderen ved et kejsersnit, eller når æggestokken er fikseret til bagerste bugvæg, hvor urinlederen passerer på sin vej fra nyren til blæren).

Nævnets praksis viser, at lægelovens § 6 om omhu og samvittighedsfuldhed betyder, at en operatør skal udvise den ekstra omhu, som en operation under vanskelige omstændigheder kræver. Det er således nævnets opfattelse, at der skal udvises den større agtpågivenhed, som en usædvanlig situation kræver.

Klage over sammensyning af urinlederen i forbindelse med kejsersnit (0230706A)

En 28-årig kvinde var førstegangsfødende og gravid i uge 36, da hun fik foretaget akut kejsersnit af en overlæge på gynækologisk afdeling. Efter indgrebet var der en del blødning fra det venstre hjørne af operationssåret i livmoderen, hvor der var en lidt dybere rift. Overlægen foretog en ekstra gennemstikning af livmodervævet det pågældende sted, og han foretog en underbinding af et større blødende kar.

Der blev klaget over, at patientens urinleder blev syet sammen i forbindelse med kejsersnittet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen, idet han under kejsersnittet ikke sikrede sig urinlederens frie løb.

Det fremgik af journalen, at patienten fik foretaget et kejsersnit af overlægen. Bughinden blev opklippet, og blæren blev skubbet ned. Der blev med noget besvær taget en levende og velskabt dreng op, og navlestrengen blev klippet. Det fremgik endvidere af journalnotatet, at livmoderen blev syet i to lag, at der var en lidt dybere udrift ned i venstre side, hvor overlægen satte en ekstra gennemstikning, og at et større blødende kar blev underbundet. Af journalnotatet fremgik det, at bughinden og huden blev syet, at der under operationen havde været et blodtab på omkring 1200 ml, og at der var klar urin i kateterslangen.

Det var nævnets opfattelse, at det på baggrund af efterforløbet måtte betragtes som overvejende sandsynligt, at den efter operationen påviste forsnævring af venstre urinleder måtte være forårsaget af en tråd, der blev sat i forbindelse med kejsersnittet. Det var således nævnets opfattelse, at overlægen ved syning af den lidt dybere udrift ned i venstre side af livmoderen burde have sikret sig urinlederens frie løb – om nødvendigt ved at frilægge den.

Klage over beskadigelse af urinleder i forbindelse med en operation (0342508B)

En 29-årig kvinde blev den 23. oktober 2001 indlagt på sygehus A med henblik på fjernelse af en cyste i højre æggestok. Operationen blev foretaget den følgende dag af sygehuslæge A. Operationen var planlagt udført via en kikkert, men da dette ikke lod sig gøre, blev der foretaget åbning af bughulen. Det meste af højre æggestok, hvorpå der sad en cyste, blev fjernet. Fjernelsen var besværliggjort af, at cysten var sammenvokset med den bagerste bugvæg.

De følgende dage klagede patienten over smerter, hvorfor sygehuslæge B den 27. oktober 2001 foretog en klinisk undersøgelse og en ultralydsundersøgelse af patienten, og sygehuslæge B vurderede, at det drejede sig om forstoppelse, som blev behandlet med afføringsmiddel. Smerterne blev behandlet med morfin. Da smerterne den 29. oktober 2001 var svundet, blev patienten udskrevet.

Patienten blev genindlagt den 31. oktober 2001 på grund af svære smerter i højre flanke. Der blev foranstaltet ultralydsscanning og efterfølgende røntgenundersøgelse med kontraststof af nyren, og det blev herved konstateret, at der formentlig var hindret afløb fra højre nyre. Patienten blev akut overflyttet til sygehus B, hvor man konstaterede, at højre urinleder var afklemt med to syninger. Det sammensyede stykke blev fjernet, og de normale ender af urinlederen blev atter syet sammen, og der blev indlagt dræn.

Den 2. november 2001 blev patienten tilbageflyttet til sygehus A. Efterforløbet var her kompliceret med blandt andet infektion og psykiske problemer. Den 23. november 2002 blev patienten udskrevet, og hun var ved udskrivelsen i antibiotisk behandling på grund af sårinfektion.

Der blev blandt andet klaget over, at lægerne den 24. oktober 2001 ikke udførte operationen korrekt, idet patientens urinleder blev beskadiget, så den ene nyre blev sat ud af funktion.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere sygehuslæge A, idet han burde have klarlagt urinlederens forløb og dermed sikret, at urinlederen var fri af de anlagte gennemstikninger.

Af operationsbeskrivelsen fremgik det, at sygehuslæge A først forsøgte at gennemføre operationen som en kikkertoperation, men da indgrebet var vanskeligt på grund af sammenvoksninger, og da den højre æggestok med cysten var loddet ned til bagerste bugvæg af sammenvoksninger og derfor ikke kunne mobiliseres, måtte han ændre operationen til en åben operation gennem bugvæggen. Af samme journalnotat fremgik det, at stort set hele højre æggestok var omdannet til en cyste indeholdende gammelt chokoladelignende blod (chokoladecyste), der var loddet ned mod bagerste bugvæg, at sygehuslæge A med noget besvær fik fjernet hele cysten, og at der kom nogen blødning undervejs, som blev standset ved et par syninger. Der blev ikke efterladt meget væv fra æggestokken, og æggelederen var normal. Efter at have sikret, at blødningen var standset, blev operationssåret lukket.

Nævnet oplyste, at der anatomisk er en nær relation mellem æggestokkenes stilk og urinlederne, og når æggestokken er fikseret til bagerste bugvæg er der en nærliggende mulighed for, at urinlederen befinder sig lige under æggestokken.

Det var nævnets opfattelse, at i tilfælde, hvor der sættes blødningsstandsede gennemstikninger i ovenfor nævnte område, er det nødvendigt at sikre sig, at man er i god afstand af urinlederen.

7.4 Læsion af urinlederen

Nedenfor er refereret to sager, som illustrerer nævnets praksis ved klager over læsion af en urinleder.

I den ene sag fandt Patientklagenævnet ikke grundlag for kritik af den opererende læge, idet læsionen var opstået på trods af, at operatøren har vurderet, at han eller hun var i god afstand fra urinlederen. I den anden sag blev der anvendt elektrokoagulation, og Patientklagenævnet oplyste, at det er en kendt, men sjælden komplikation, at elektrokoagulation kan fremkalde varmepåvirkning af naboorganer med deraf følgende celledød. Patientklagenævnet fandt, at der var tale om en hændelig komplikation, og at der derfor ikke var grundlag for kritik af den opererende læge.

Klage over at urinlederen blev beskadiget i forbindelse med fjernelse af æggestok og æggeleder (0230716A)

En 50-årig kvinde fik i fuld bedøvelse ved kikkertoperation fjernet højre æggestok og æggeleder på grund af en godartet cyste på æggestokken. To uger senere blev der fundet væske i patientens bughule, som viste sig at være urin. Patienten blev overflyttet til urologisk afdeling, hvor en undersøgelse viste et lille hul i højre urinleder. Der blev anlagt aflastende dræn i højre nyre (nefrostomi), og patienten blev udskrevet til ambulant kontrol, hvor kateteret i højre nyre blev fjernet efter to måneder. Senere nyreundersøgelse viste normale forhold.

Der blev klaget over, at afdelingslægen ved kikkertoperationen ikke var tilstrækkelig omhyggelig, idet patientens højre urinleder blev beskadiget.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægen, idet han under operationen sikrede sig, at den højre urinleder var fri af operationsfeltet.

Det fremgik af journalen, at patienten fik foretaget en kikkertoperation af afdelingslægen, som på højre æggestok fandt en omkring 7 cm stor cyste med glat overflade og indhold af klar væske, at cysten og æggestokken på grund af en tidligere foretaget operation var vokset sammen med bækkenvæggen, og at der var lette sammenvoksninger i den nederste del af bughulen (fossa Douglasi).

Det fremgik endvidere af journalen, at afdelingslægen frigjorde cyste og æggestok fra bækkenvæggen, idet sammenvoksningerne blev frigjort fra bækkenvæggen ved brænding. Afdelingslægen sikrede sig, at den højre urinleder var fri af det sted, hvor cysten blev frigjort fra bækkenvæggen (resectionsfladen).

Det var nævnets opfattelse, at der er tale om en kendt, men hændelig komplikation, hvor urinlederen blev læderet på trods af fornøden omhu.

Klage over beskadigelse af urinleder under operation, hvor elektrokoagulation blev anvendt (03F002B)

En 61-årig kvinde fik den 16. januar 2002 af en overlæge foretaget fjernelse af æggeleder og æggestokke på begge sider ved en kikkertoperation. Efterfølgende udviklede patienten mavesmerter, hvorfor hun blev indlagt på gynækologisk afdeling. Den 2. februar 2002 fik hun foretaget en kikkertundersøgelse samt en ultralydsscanning og en undersøgelse af urinvejene. Undersøgelserne viste ikke noget unormalt. Den 21. februar 2002 fik patienten påvist en lækage på højre urinleder.

Der blev klaget over, at overlægen under en operation til fjernelse af æggestokkene den 16. januar 2002 ikke var tilstrækkelig omhyggelig, hvilket resulterede i, at der blev lavet et hul på patientens urinleder.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen.

Nævnet oplyste, at man ved kikkertoperation med henblik på fjernelse af æggestokkene bruger elektrokoagulation af det væv, som æggestokken er ophængt i, således at det pågældende væv kan overklippes uden blødning. Elektrokoagulationen fremkalder koagulation af og dermed cellehenfald i de omliggende væv i en afstand af få millimeter. Ved operation med anvendelse af elektrokoagulation holder man sig derfor i god afstand af nærliggende vigtige strukturer – herunder urinlederne.

Nævnet oplyste videre, at det er en kendt, men sjælden komplikation til kirurgi under anvendelse af elektrokoagulation, at man trods intention om at undgå nabovævene kan fremkalde varmpåvirkning af naboorganer med deraf følgende celledød, der efterfølgende giver anledning til defekt i det pågældende organ, eksempelvis som i det aktuelle tilfælde med hul på urinlederen.

Det var nævnets vurdering, at en sådan komplikation må betragtes som en hændelig komplikation og således ikke kan tilskrives manglende omhu fra den opererende læges side.

8. KLAGER I FORBINDELSE MED MOTIVATIONSTID/BETÆNKNINGSTID TIL FRIVILLIG BEHANDLING FORUD FOR BESLUTNING OM TVANGSBEHANDLING

8.1 Indledning

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er efter lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien ankeinstans i forhold til de lokale psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, anvendelse af fysisk magt og døraflåsning på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i september 2003 udsendt en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager for perioden 1997-2002. Det var anden gang, at nævnet udsendte en sammenfatning af nævnets praksis på dette område (den første sammenfatning, der blev udsendt i maj 1999, vedrørte årene 1997 – 1998). Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk under nyhedsbreve og publikationer. Dette kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 7.6. I forbindelse gennemgangen af sagerne kunne det konstateres, at der var sket en udvikling i nævnets praksis for så vidt angår motivationstiden forud for iværksættelse af tvangsbehandling.

8.2 Motivationstid/betænkningstid

Tvangsbehandling må ifølge psykiatriloven kun anvendes, når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige. Anvendelsen af tvang skal endvidere stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Dette følger af det såkaldte mindste middels princip. Ifølge dette princip må tvang endvidere ikke 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.

Tvangsbehandling forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred

Betænkningstiden regnes fra det tidspunkt, hvor patienten bliver gjort bekendt med, at lægerne anbefaler et konkret behandlingstilbud. Motivationen for en konkret behandling skal endvidere foretages løbende.

Det er ikke muligt at angive et præcist tidsrum for, hvornår en patient er blevet motiveret tilstrækkeligt. Der foretages altid en konkret vurdering af, hvornår patienten kan anses for tilstrækkeligt motiveret. En motivationstid på 1- 2 uger vil efter nævnets praksis ofte være tilstrækkeligt, hvilket følgende 3 sager illustrerer.

Iværksat på 10. dagen - ikke muligt at indgå en behandlingsalliance med patienten (0232002P)

En 35-årig mand havde gennem flere år haft symptomer på en sindssygdom præget af vrangforestillinger og havde flere gange været indlagt på psykiatrisk afdeling, uden at det var lykkedes at motivere ham for behandling med antipsykotisk medicin. Under den aktuelle indlæggelse var patienten affektspændt og udtalt truende, hvorfor han blev tvangsfikseret og fik indgivet en beroligende injektion. Samme dag blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med mikstur Serenase, alternativt injektion Serenase.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling, tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, som godkendte samtlige tvangsindgreb.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at der var grundlag for tvangsbehandling, og at denne opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde på baggrund af udtalelsen fra overlægen og et journalnotat til grund, at patienten blev forsøgt motiveret for frivillig behandling gennem ca. 10 dage, før beslutning om tvangsmedicinering blev truffet. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det ikke havde været muligt at indgå en behandlingsalliance med patienten, og at det ville være utilstrækkeligt at behandle hans tilstand uden anvendelse af antipsykotisk medicin.

Iværksat på 8. dagen – patienten tidligere medicinsk behandlet med god effekt (0125010P)

En 38-årig mand havde flere gange været indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af en svært psykotisk tilstand, præget af især vrangforestillinger af storheds- og forfølgelseskarakter. Ved den aktuelle tvangsendlæggelse var han ophørt med at tage den ordinerede antipsykotiske medicin. Lægerne fandt ham psykotisk, uden sygdomserkendelse og præget af vrangforestillinger og forsøgte fra indlæggelsens start at motivere ham for frivillig behandling, dog uden held. 8 dage efter blev der derfor truffet beslutning om tvangsbehandling med Cisordinol som mikstur, alternativt som injektion.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsmedicinering til det lokale nævn, som godkendte beslutningen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at der var grundlag for tvangsbehandling, og at behandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten igennem 8 dage var forsøgt motiveret for frivilligt at genoptage behandlingen med antipsykotisk medicin. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tidligere var behandlet med antipsykotisk medicin med god effekt på hans tilstand, og at han var uden sygdomserkendelse.

Iværksat på 3. dagen – patienten ikke væsentligt forpint eller aggressiv (0234605A)

En 37-årig mand blev i april 2002 tvangsindlagt på grund af vrangforestillinger og tankeforstyrrelser, ringe kontakt til omgivelserne og isolationstendens. Lægerne fandt hans tilstand forenelig med diagnosen paranoid skizofreni. I maj 2002 tilbød lægerne patienten behandling med det antipsykotiske præparat Zeldox, hvilket han dog afslog. 3 dage senere blev der truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet/mikstur Cisordinol eller injektion Cisordinol.

Lægerne tolkede patientens tilkendegivelser som en klage over beslutningen om tvangsmedicineringen, og klagen blev tillagt opsættende virkning. Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsmedicinering, herunder at patienten var blevet tilstrækkelig motiveret for frivillig behandling.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at der var grundlag for tvangsbehandling, men at behandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at man fra afdelingens side ikke i tilstrækkeligt omfang havde forsøgt at motivere ham til frivillig behandling med antipsykotisk medicin, før beslutningen om tvangsmedicinering blev truffet. Nævnet lagde vægt på, at patienten ifølge journalen kun blev motiveret for frivillig behandling (i form af et konkret tilbudt om et antipsykotisk præparat) i 3 dage, før beslutningen om tvangsbehandling blev truffet. Efter det til sagen oplyste, havde patienten ikke været væsentlig aggressiv eller væsentlig forpint i dette tidsrum. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det ikke var sandsynliggjort, at det var umuligt på længere sigt at overtale ham til frivillig behandling.

Det var nævnets opfattelse, at betænkningstiden regnes fra det tidspunkt, hvor patienten bliver gjort bekendt med, at lægen anbefaler et konkret behandlingstilbud. Betingelserne for tvangsbehandling var således i det foreliggende tilfælde ikke opfyldt på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

9. OFFENTLIGGJORTE AFGØRELSER I 2003

9.1 Indledning

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

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

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

De sager, som er offentliggjort i 2003, er samlet i en publikation: *Offentliggjorte afgørelser i 2003*, 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 oversigt over de sager, som er offentliggjort i 2003, opdelt efter emneregistret.

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.

9.2 Oversigt over fordeling på lægelige specialer, øvrige persongrupper og juridiske temaer

Der er i 2003 offentliggjort afgørelser indenfor følgende lægelige specialer, øvrige personalegrupper og juridiske temaer:

- **Almen medicin**
- **Anæstesiologi**
- **Børnesygdomme**

- **Gynækologi og obstetrik**
- **Hud- og kønssygdomme**
- **Intern medicin**
- **Medicinske hjertesygdomme**
- **Kirurgi**
- **Karkirurgi**
- **Mave-tarm-sygdomme, kirurgiske**
- **Plastikkirurgi**
- **Urinvejskirurgi**
- **Kræftsygdomme**
- **Neurokirurgi**
- **Neurologi**
- **Ortopædkirurgi**
- **Psykiatri**
- **Røntgen**
- **Vævs- og celleundersøgelser**
- **Øjensygdomme**
- **Øre-næse-halssygdomme**
- **Tandlæger**
- **Sygeplejersker**
- **Psykologer**
- **Kliniske tandteknikere**
- **Kiropraktorer**
- **Optikere**
- **Plejhjemsassistenter**
- **Social- og sundhedsassistenter**
- **Sundhedsmedhjælpere**
- **Bioanalytikere**
- **Aktindsigt**
- **Ansvarsfordeling**
- **Identifikation, mærkning**
- **Information og samtykke**
- **Journalføring**
- **Lægeerklæringer**
- **Tavshedspligt**

10. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2003

10.1 Indledning

Nedenfor refereres de sager, hvor Patientklagenævnet i 2003 besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale. Sagerne vedrørte grovere forsømmelse i forbindelse med faglig virksomhed.

10.1.1 Læger

Klage over forhaling af lægeerklæring (0342015A)

En 50-årig kvinde blev udsat for et knivoverfald på sit arbejde med en punktur/læsion af galdeblæren til følge. En styrelse skulle tage stilling til sagen i forbindelse med, at skaden var blevet anmeldt vedrørende erstatning til voldsofre. Som et led i styrelsens sagsgang, skulle der foreligge en specialerklæring i psykiatri, hvorfor styrelsen anmodede en speciallæge i psykiatri om at udarbejde denne. På trods af flere rykkere fremsendte speciallægen imidlertid aldrig en speciallægeerklæring til styrelsen.

Anklagemyndigheden har besluttet ikke at rejse tiltale, da der efter anklagemyndighedens opfattelse ikke var rimelig formodning om, at forholdet ville føre til straf.

Klage over, at vagtlæge afviste, at indtagelse af 60 Panodil var uskadelig (0336929A)

En 56-årig kvinde indtog 60 tabletter Panodil og 20 tabletter Imovane. Umiddelbart efter indtagelsen af Imovane begyndte hun at kaste op, hvorefter hun kontaktede sin søster telefonisk og tog hjem til denne. Patientens søster kontaktede lægevagten samme aften for at høre, om tabletindtagelsen var skadelig. Vagtlægen svarede, at der ikke kunne ske noget ved indtagelsen af tabletterne. Tre dage efter blev patienten indlagt på sygehus, og dagen efter blev hun overflyttet til et andet sygehus på grund af svær leverskade på grund af forgiftning med Panodil tabletter.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for eventuel tiltalerejsning.

10.1.2 Sygeplejersker

Indberetning om forveksling af blod (0338203A)

En 64-årig kvinde fik konstateret lav blodprocent, og anæstesiologen ordinerede to portioner blod, som anæstesisygeplejersken hentede i blodbanken. Anæstesisygeplejerske A tog et transfusionsskema fra patientens journal og fik i blodbanken udleveret to portioner blod svarende til transfusionsskemaet. Anæstesiologen ordinerede endnu en pose blod telefonisk, som anæstesisygeplejerske A tog med fra blodbanken. Anæstesisygeplejerske A aflæste blodproduktet alene og opsatte det. Herefter forlod hun operationsstuen.

Anæstesisygeplejerske B overtog vagten og fik oplyst, at der var ordineret endnu to poser blod, hvorefter hun opsatte den ene efter at have sammenlignet oplysningerne på posen med oplysningerne på transfusionsskemaet. Efterfølgende konstaterede anæstesisygeplejerske B i forbindelse med opsætning af den tredje pose blod, at fødselsåret på transfusionsskema og blodpose ikke stemte overens med patientens fødselsår, og hun konstaterede, at det transfusionsskema, der var anvendt ved afhentning af blod fra blodbanken, tilhørte en anden patient. Blodtransfusionen blev standset, og patienten blev efterfølgende observeret på intensivafdeling, hvor der ikke var tegn på følger efter blodtransfusionen.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for eventuel tiltalerejsning.

Klage over fejlmedicinering (0340222B)

En 39-årig kvinde blev indlagt på gynækologisk afdeling på grund af svangerskabsforgiftning. Som et led i behandlingen af lavt blodtryk ordinerede en 1. reservelæge blodtryksstimulerende medicin i drop (Dopamin, 3 til 5 mikrogram pr. kg pr. minut). Ordinationen blev udtalt til den vagthavende sygeplejerske A. På afdelingen var en instruks om indgift af Dopamin i drop. Af instruksen fremgår, at Dopamin indgives vægtblandet og at den aldrig må gives ufortyndet. Dopamin skulle gives i et såkaldt centralt venekateter som var blevet anlagt forinden. Dopamin infusionen blev af sygeplejerske A iværksat den 19. december 2002 kl. 9.20 med 3 ml pr. time, men ændret ca. kl. 12.00 til 2 ml pr. time, da patienten havde haft høj puls. En anden sygeplejerske B afløste sygeplejerske A til frokost. Vedkommende henvendte sig til en overlæge, som afbrød infusionen. Sygeplejerske B og en overlæge undersøgte herefter Dopamin sprøjten. Samtidig fandt man flere tomme Dopamin ampuller, hvorfor man fik den mistanke, at Dopaminen var opsat ufortyndet. Man henvendte sig herefter til sygeplejerske A, som kunne bekræfte, at hun fejlagtigt var kommet til at iværksætte infusion af ublandt Dopamin.

Sygeplejersken har vedtaget et bødeforlæg på 1000 kr.

Indberetning om fejlmedicinering med Methotrexate (0339810A)

En 73-årig kvinde fik udleveret medicindoseringsæsker fra et sundhedscenter. Patienten fik behandling mod gigt med cellegift og svag smertestillende medicin (Methotrexat og Vioxx) samt binyrebarkhormon. Hun fik endvidere forskellige vitamin-, mineral- og salttilskud. Sygeplejerske A doserede den 4. april den medicin, som patienten fik udleveret den 9. april, hvor det blev konstateret, at hun havde fået doseret Methotrexat til hver dag og ikke kun til om fredagen, som patienten havde fået ordineret. Ved kontrol af medicinæsken den 9. april på Sundhedscenter blev den forkerte dosering konstateret.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for eventuel tiltalerejsning.

10.1.3 Social- og sundhedsassistenter

Indberetning om udlevering af ikke-ordineret receptpligtig medicin (0338206A)

En social- og sundhedsassistent ved en institution blev telefonisk kontaktet af den vagthavende pædagog på institutionen vedrørende en beboer, som var blevet angst, havde tankemylder og var rastløs. Der var ikke ordineret psykofarmaka (p.n) efter behov til denne beboer. Efter at have læst i lægemiddelkataloget foreslog social- og sundhedsassistenten, at pædagogen lånte en Nozinan tablet fra en anden beboer og gav den til patienten, som ikke fik Nozinan i forvejen. Nozinan, der er receptpligtigt, er et højdosis antipsykotika med en beroligende og smertelindrende effekt.

Social- og sundhedsassistenten har vedtaget et bødeforlæg på 5000 kr.

Indberetning af fejlmedicinering med insulin (0341513B)

En social og sundhedsassistent gav en 82-årig plejehjemsbeboer en injektion med Insulatard 34 IE (middelhurtigt indsættende og middellangt virkende insulin) i stedet for den ordinerede injektion med Mixtard 34 IE (blanding af hurtigt indsættende og middellangt virkende insulin). Social og sundhedsassistenten skrev på medicinskemaet, hvad hun havde givet, men opdagede først fejlen efter, at dagvagten havde gjort hende opmærksom herpå.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for eventuel tiltalerejsning.

Indberetning af fejlmedicinering med insulin (0341509B)

En social- og sundhedsassistent målte en 82-årig plejehjemsbeboers blodsukker til at være 11,3, hvilket social- og sundhedsassistenten fandt for højt, hvorefter hun gav patienten 34 IE Actrapid (hurtigt indsættende og kortvarigt virkende). Hun noterede medicingivningen på et dertil beregnet skema. Patientens vanlige medicin var inj. Mixtard 34 IE (blanding af hurtigt indsættende og middellangt virkende) om morgenen og inj. Insulatard 14 IE om aftenen. Derudover var der ved blodsuktermålinger over 15 ordineret inj. Actrapid 4 IE og ved blodsuktermålinger over 20 inj. Actrapid 6 IE.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for eventuel tiltalerejsning.

Indberetning af social- og sundhedsassistent, som overskred sin kompetence ved af give medicin, der ikke var ordineret (0342502B)

En 61-årig mand boede på et plejehjem, hvor han var i daglig behandling med 12 IE Mixtard hver morgen for en svær regulerbar insulinafhængig sukkersyge. En nat blev han tilset af en social- og sundhedsassistent, som målte hans blodsukker til at være 2,4, hvilket var lavt, hvorfor hun gav ham den dosis insulin, som han skulle have om morgenen i den tro, at insulin var den rette behandling mod for lavt blodsukker. 2 ½ time senere havde patienten fået det dårligere, hans blodsukker blev målt til 1,1, hvorfor vagtlægen blev kontaktet. Patienten blev indlagt på sygehuset, hvor man fik hans blodsukker i vejret. Den følgende dag blev han udskrevet i sin habitualtilstand.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for eventuel tiltalerejsning.

10.1.4 Plejehjemsassistenter

Indberetning om fejlmedicinering (0341501B)

En plejehjemsassistent gav ved en fejl en beboer på et plejehjem en anden beboers medicin, idet hun fejlagtigt tog en forkert medicinæske fra en skuffe i plejehjemmets spisestue. Fejlen blev opdaget kort efter, idet plejehjemsassistenten undrede sig over det store antal piller, som patienten normalt ikke fik. Ca. to timer senere blev patienten ukontaktbar, hvorfor plejehjemsassistenten kontaktede patientens egen læge, og patienten blev herefter indlagt på et sygehus i knap to døgn til observation. Herefter blev hun udskrevet til plejehjemmet i sin habituelle tilstand.

Sagen er sendt til anklagemyndigheden med henblik på at overveje grundlaget for eventuel tiltalerejsning.

10.2 Anmodninger om tiltalerejsning 1997-2003 for læger

Dette afsnit indeholder en ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 11.2 i Patientklagenævnets årsberetning for 2002 om afgørelser vedrørende læger, der blev oversendt til anklagemyndigheden i perioden 1997-2003.

Oversigten viser udfaldet af nævnsafgørelser, truffet i perioden fra den 1. januar 1997 til den 31. december 2003, vedrørende læger, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | I alt |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Anmodning om tiltalerejsning i alt | 4 | 3 | 5 | 1 | 4 | 1 | 2 | 20 |
| Straffesag verserende | | | 1 | | 2 | | 1 | 4 |
| Påtale opgivet | | | 2 | | 2 | | 1 | 5 |
| Bødeforlæg vedtaget | 2 | 2 | 1 | 1 | | 1 | | 7 |
| Dom, frifindelse | | 1 | | | | | | 1 |
| Dom, bøde | 2 | | 1 | | | | | 3 |

10.3 Anmodninger om tiltalerejsning i 1999-2003 for sygeplejersker

Dette afsnit er en opfølgning af den tabel, der blev bragt i kapitel 11.3 i Patientklagenævnets årsberetning for 2002 om afgørelser vedrørende sygeplejersker, der blev oversendt til anklagemyndigheden i perioden 1999 - 2003.

Oversigten viser udfaldet af nævnsafgørelser, truffet i perioden fra 1999 til 2003, vedrørende sygeplejersker, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | I alt |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|-------|
| Anmodning om tiltalerejsning i alt | 5 | 2 | 6 | 2 | 3 | 18 |
| Straffesag verserende | | | | | 2 | 2 |
| Påtale opgivet | | 1 | 2 | 2 | | 5 |
| Bødeforlæg vedtaget | 4 | 1 | 4 | | 1 | 10 |
| Dom, bøde | 1 | | | | | 1 |

11. RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET

11.1 Indledning

I 2003 verserede der 6 retssager mod Patientklagenævnet. Heraf var 1 anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening, 1 af Dansk Sygeplejeråd, 1 af en indklaget klinisk tandtekniker og 3 af klagere, d.v.s. patienter eller disses repræsentanter. I 2002 var der til sammenligning 7 verserende retssager, fordelt med 1 anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening, 2 af Dansk Sygeplejeråd og 4 af klagere.

Ingen af de 6 retssager, der verserede i 2003, blev endeligt afsluttet. Dog afsagde Østre Landsret dom til Patientklagenævnets fordel i en sag anlagt af en klager, men dommen blev anket til Højesteret. I en sag anlagt af Dansk Sygeplejeråd fremsatte Østre Landsret efter parternes ønske en tilkendegivelse om udfaldet af en eventuel dom. Tilkendegivelsen, som ligeledes var til Patientklagenævnets fordel, førte til, at Dansk Sygeplejeråd ønskede, at der blev afsagt dom. Der var ved udgangen af 2003 ikke afsagt dom i denne sag. Dommen omtales dog nedenfor, idet den forelå inden redaktionens afslutning. Det samme gælder, for så vidt angår den omtalte retssag anlagt af Den Almindelig Danske Lægeforening.

Blandt de 6 verserende sager blev der i 2003 anlagt 3 retssager mod Patientklagenævnet, 1 af Den Almindelige Danske Lægeforening, 1 af en indklaget klinisk tandtekniker og 1 af en klager.

Ved udgangen af 2003 var der således stadig 6 verserende sager.

Ifølge § 16, 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 6 retssager, der verserede i 2003.

11.2 Sager anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening

Læges vurdering af hjemtransport fra udlandet af en patient med hoftebrud (0125705A)

En 78-årig kvinde pådrog sig under et ferieophold i Spanien et hoftebrud og blev indlagt på et hospital. Der blev taget kontakt til en læge i Danmark, der fandt, at det var forsvarligt at transportere hende hjem, hvis dette kunne ske inden for 72 timer. Nævnet fandt grundlag for at kritisere, at lægen accepterede et aktionsniveau på 72 timer. Nævnet lagde vægt på, at lægerne i Spanien havde konstateret hoftebrud, hvilket lægen

blev gjort bekendt med. Lægen blev endvidere orienteret om, at hjemtransporten ikke ville kunne ske inden for 48 timer, og at der ville blive flere flyskift samt ventetid i forbindelse hermed. Nævnet fandt, at lægen havde overtrådt lægelovens § 6, idet han burde have tilrådt operation på skadestedet i stedet for hjemtransport.

Der blev afgivet dissens i sagen. To nævnsmedlemmer fandt således, at lægen i Danmark ikke var ansvarlig for, at patienten blev hjemtransporteret.

Lægeforeningen anlagde den 12. marts 2003 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnet ubeføjet havde truffet den afgørelse, at lægen havde overtrådt lægeloven. Lægeforeningen anførte som støtte for sin påstand, at lægens optræden ikke var omfattet af lægelovens § 6, idet lægen på intet tidspunkt havde direkte kontakt med patienten og ikke havde truffet nogen beslutning vedrørende undersøgelse og behandling.

Sagen blev domsforhandlet i Østre Landsret den 25. november 2003. Der blev afsagt dom den 6. februar 2004 til fordel for Patientklagenævnet. Landsretten fandt, at den indklagede læge havde udøvet lægefaglig gerning omfattet af lægelovens § 6, da han havde vurderet, at patienten kunne hjemtransporteres under de givne omstændigheder. Det forhold, at der ikke havde været nogen personlig kontakt mellem indklagede læge og patienten, kunne ikke føre til noget andet resultat.

11.3 Sager anlagt af Dansk Sygeplejeråd

Sygeplejerskes ansvar i forbindelse med drænanlæggelse i skadestue (0337511P)

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.

Sagen blev domsforhandlet i Østre Landsret den 23. oktober 2003, hvorefter landsretten den 6. november 2003 efter parternes ønske fremsatte en tilkendegivelse om udfaldet af en eventuel dom. Landsretten fandt det ifølge tilkendegivelsen godtgjort, at den infusionsbeholder, der senere fandtes siddende på drænbeholderen, var samme infusionsbeholder, som blev anvendt i forbindelse med den drænanlæggelse, hvor sygeplejersken havde medvirket. Retten fandt, at sygeplejersken i forbindelse med anlæggelsen af drænet og i den tid, hvor patienten var under hendes observation, burde have sikret sig, at infusionsbeholderen blev fjernet. Retten afviste ligeledes sagsøgers subsidiære påstand, idet Patientklagenævnet havde foretaget korrekt partshøring. Retten tiltrådte således nævnets afgørelse.

Dansk Sygeplejeråd anmodede herefter landsretten om at afsige dom i sagen. Østre Landsret afsagde dom den 30. januar 2004 i overensstemmelse med rettens tilkendegivelse.

11.4 Sager anlagt af andre indklagede

Klinisk tandtekniker sikrede sig ikke, at patienten var kontrolleret hos tandlæge (0341401B)

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 10. oktober 2003, at en klinisk tandtekniker havde overtrådt tandteknikerlovens § 6. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den kliniske tandteknikers udfærdigelse af den såkaldte immediatprotese, som er en protese der isættes af den kliniske tandtekniker umiddelbart efter tandudtrækning hos tandlæge. Nævnet fandt derimod, at den kliniske tandtekniker i henhold til bekendtgørelse om kliniske tandteknikers virksomhedsområde burde have sikret sig, at patienten havde været til kontrol for sårheling hos tandlægen, inden han isatte protesen. Det fremgik af tandlægens journal, at der ikke var kontrolleret for sårheling.

Den kliniske tandtekniker anlagde den 12. november 2003 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnet skulle tilpligtes at anerkende, at der ikke havde været grundlag for at udtale kritik af ham, subsidiært at afgørelsen var behæftet med formelle mangler. Det blev til støtte for påstandene blandt andet anført, at nævnets fortolkning af ovennævnte bekendtgørelse var forkert, idet der ikke i denne fandtes hjemmel til at fastslå, at en klinisk tandtekniker skulle sikre sig, at patienten havde været til kontrol hos tandlægen. Det blev endvidere anført, at nævnet tidligere havde truffet to afgørelser, hvor der ikke var udtalt kritik af det samme forhold.

Retssagen verserede ved udgangen af 2003.

11.5 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 lægeloven 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 lægeloven 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.

Sagsøger har under sagens forberedelse stillet en lang række spørgsmål til Retslægerådet. I slutningen af 2003 forelå der svar på samtlige spørgsmål. Sagen blev herefter berammet til domsforhandling i marts 2004.

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 udspænding 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.

Østre Landsret afsagde dom i sagen den 1. maj 2003. Landsretten fandt ikke at kunne lægge til grund, at bruddet på torntappen var en følge af udspændingsbehandlingen. Retten lagde vægt på, at patienten ikke fik smerter umiddelbart efter denne behandling, men først efter nogen tid, og fandt det på denne baggrund mere sandsynligt, at bruddet på torntappen var forårsaget af metastaser i forbindelse med patientens kræftsygdom.

Patientens dødsbo ankede den 24. juni 2003 dommen til Højesteret, og sagen er endnu ikke behandlet af Højesteret.

Længerevarende behandling med benzodiazepin (0233318B)

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 21. september 2001 ikke grundlag for kritik af en praktiserende læge, som gennem 6 år havde behandlet en patient med medicin indeholdende benzodiazepin (beroligende medicin). Nævnet lagde vægt på, at patienten havde et komplekst sygdomsbillede, idet han led af smertefulde muskelkramper/-spasmer og samtidig havde et alkoholmisbrug. Medicin indeholdende benzodiazepin kan have god virkning ved krampetilstande og kan ligeledes anvendes til at dæmpe abstinenssymptomer i forbindelse med alkoholafvænnning. Nævnet fandt på denne baggrund, at ordinationen havde været forsvarlig.

Patienten anlagde den 18. november 2003 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnet skulle tilpligtes at anerkende, at den praktiserende læge havde overtrådt lægelovens § 6 ved sin ordination af benzodiazepin. Til støtte for sin påstand anførte patienten blandt andet, at medicineringen havde været for langvarig og for intensiv og havde påført ham sygdommen "painful legs and moving toes".

Retssagen verserede ved udgangen af 2003.

12. KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2003

12.1 Indledning

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 2003 modtaget 38 henvendelser fra ombudsmanden i forbindelse med klager over nævnets sagsbehandling.

I 3 af sagerne valgte ombudsmanden at komme med en egentlig udtalelse. I 2 af disse sager havde ombudsmanden ingen bemærkninger til nævnets sagsbehandling. I 1 af sagerne havde ombudsmanden bemærkninger til sagsbehandlingen.

I de resterende 35 sager afviste ombudsmanden at behandle klagen og vurderede, at der ikke var grundlag for en undersøgelse eller henviste klageren 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 2003, afventer ombudsmandens beretning for 2003.

12.2 Konkrete afgørelser

I det følgende omtales de 3 sager, som ombudsmanden behandlede i 2003, og hvor han valgte at komme med en udtalelse.

Følgende emner vil blive belyst:

- Klage over nævnets afvisning på grund af forældelse
- Klage over nævnets sagsbehandling (sagsbehandlingstid, underretningspligt og notatpligt)
- Klage over nævnets afgørelse og afslag på genoptagelse

Klage over nævnets afvisning på grund af forældelse

En 52-årig kvinde klagede til Patientklagenævnet den 29. december 1999 over sin praktiserende læge. Hun anførte, at den praktiserende læge i perioden 1994 til 1997 havde undladt at reagere på hendes neurologiske klager, herunder anmodninger om at blive indlagt akut på neurologisk afdeling. Patienten anførte, at lægen burde have iværksat undersøgelser under de værste anfald i 1996-1997. Lægen burde endvidere have

opdaget, at hendes symptomer skyldes skimmelsvamp, og at kvinden havde fået skader i form af "white matter lesions" og kraniebrud. Indlæggelse ville efter patientens opfattelse have forhindret/formindsket de mentale tab hun havde fået i forbindelse med en hjernebetændelse/et hjerneinsult, som hun havde haft i perioden ultimo 1995 og til hun skiftede læge omkring juni 1998. Patienten oplyste, at hjerneinsultet først var endelig fastslået i februar 1999, hvorfor hun mente, at forældelsesfristen på 2 år først løb fra dette tidspunkt.

Patienten oplyste endvidere, at hjernebetændelsen var indtrådt og udviklet i perioden 1994-1997. Hun oplyste endvidere, at en neuropsykologisk test fra primo 1999 viste, at hun havde et hjerneinsult. Endvidere kunne det ses på en MR-scanning foretaget den 4. juli 1997 samt ved yderligere undersøgelser på hospital senere samme år. Patienten anførte endvidere, at såfremt nævnet vurderede, at sagen var indgivet for sent, så burde nævnet dispensere fra forældelsesfristen, idet der endvidere i perioden havde været tale om forgiftninger af skimmelsvamp, som krævede akut indlæggelse.

Patientklagenævnet fandt, at klagen ikke var indgivet rettidigt. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at der ikke var oplysninger i journalmaterialet, der bekræftede, at klager først i 1999 havde fået konstateret hjerneinsult. Nævnet henviste til, at efter § 22 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse skal en klage være indgivet inden 2 år efter det tidspunkt, hvor klageren var eller burde være bekendt med det forhold, der klages over. Efter den da gældende § 22 kunne nævnet se bort fra fristen, hvis særlige grunde talte herfor.⁷

Patienten klagede herefter til ombudsmanden på grund af nævnets afvisning af klagen.

Ombudsmanden udtalte blandt andet, at det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, at fristen er begrundet i efterforskningsmæssige forhold, idet sager, der ligger flere år tilbage, vanskeligt lader sig oplyse, dels i ressourcemæssige forhold. Det fremgår også, at forældelsesfristen først løber fra det tidspunkt, hvor klageren var eller burde være bekendt med det forhold, der klages over.

Det fremgår af sagen, at patienten blev undersøgt af flere speciallæger, herunder speciallæger i neurologi i perioden fra 1994 til 1997, at hun anmodede sin læge i november 1996 om relevant lægelig behandling, hvilket for hende var akut indlæggelse på neurologisk afdeling. Patienten blev herefter MR-scannet den 4. juli 1997 hvorved uspecifikke "white matter lesions" blev konstateret, og at hun blev indlagt på sygehus fra den 26. november 1997 til den 2. december 1997.

⁷ Loven er ændret pr. 1. november 2003. Nævnet har ikke længere mulighed for at se bort fra fristen, og der er indført en absolut forældelsesfrist på 5 år efter den dag, hvor klageforholdet fandt sted.

Af nævnets afgørelse fremgår, at patientens klage var indgivet for sent i forhold til fristen i § 22, stk. 1. Nævnet mente i den forbindelse ikke, at patienten inden for de to sidste år havde modtaget oplysninger, der objektivt bestyrkede hende i mistanken om, at der i forbindelse med behandlingen kunne være begået fejl.

Det var herefter ombudsmandens opfattelse, at ud fra de foreliggende oplysninger havde han ikke grundlag for at kritisere, at Patientklagenævnet mente, at klagen var indgivet for sent. Endvidere var der efter ombudsmandens gennemgang af materialet heller ikke grundlag for at kritisere, at Patientklagenævnet ikke så bort fra fristoverskridelsen.

Klage over nævnets sagsbehandling (sagsbehandlingstid, underretningspligt og notatpligt)

En ægtefælle til sin nu afdøde mand klagede til Patientklagenævnet over den behandling ægtefællen havde modtaget på en psykiatrisk afdeling og i distriktpspsykiatrien. Sagen blev belyst ved Embedslægeinstitutionen og forelagt Psykolognævnet. Nævnet indhentede herefter yderligere materiale og forlagde herefter sagen for en sagkyndig konsulent i psykiatri og en sagkyndig konsulent i psykologi.

Nævnet opdagede, at den sagkyndige psykolog var inhabil efter nævnets interne regler om habilitet, idet den indklagede psykolog havde skiftet arbejde, og på det tidspunkt, hvor nævnets sagkyndige afgav sin udtalelse, var den indklagede psykolog ansat på samme hospital som den sagkyndige. Da nævnet vurderede, at der ikke kunne træffes afgørelse uden en sagkyndig udtalelse fra en psykolog, og da nævnet ikke havde andre psykologer ansat, skulle nævnet først ansætte en ny sagkyndig, før udtalelse kunne fremskaffes. Den sagkyndiges inhabilitet blev ikke opdaget før sekretariatet fik gennemgået hele sagen, og der indtrådte derfor en væsentlig forsinkelse af sagen. Klager var løbende i kontakt med nævnets sekretariat med henblik på at få afklaret, hvornår der kunne forventes en afgørelse i sagen.

Ægtefællen klagede herefter til ombudsmanden over nævnets sagsbehandlingstid, der på dette tidspunkt havde varet 18 måneder og endnu ikke var afsluttet.

Ombudsmanden udtalte, at forvaltningsloven ikke fastsætter generelle regler om myndighedernes sagsbehandlingstid. Spørgsmålet om på hvilket tidspunkt en myndigheds sagsbehandlingstid overskrider det acceptable, kan derfor ikke besvares generelt, men bygger på en konkret vurdering.

Ved vurderingen af en myndigheds sagsbehandlingstid må man, ud over den absolutte sagsbehandlingstid, tage andre forhold i betragtning, herunder sagens kompleksitet både for så vidt angår det faktiske og det retlige grundlag, partens interesse i, at der træffes en afgørelse inden for kort tid i forhold til parterne i myndighedernes øvrige sager,

sammenholdt med de ressourcer som myndigheden har til rådighed, den sædvanlige sagsbehandlingstid samt de løbende ekspeditioner i sagen. Andre forhold som f.eks. at en sag giver anledning til principielle overvejelser, vil endvidere kunne bevirke at sagen trækker ud.

Punkt 206 og 207 i Justitsministeriets vejledning om forvaltningsloven er sålydende:

"206. Hvis en forvaltningsmyndighed som følge af sagens karakter eller den almindelige sagsbehandling for den pågældende myndighed ikke kan træffe afgørelse inden kortere tid efter sagens modtagelse, bør myndigheden give den, der er part i sagen, underretning om, hvorpå sagen beror og så vidt muligt oplysning om, hvornår myndigheden regner med, at afgørelsen kan foreligge.

207. Myndigheden bør endvidere give den, der er part i sagen, underretning, når behandlingen af den konkrete sag på grund af særlige omstændigheder vil tage længere tid end sædvanligt. "

Ombudsmanden udtalte endvidere, at det var beklageligt at den samlede sagsbehandlingstid på nu 21 måneder havde været så lang - uanset at Patientklagenævnet foreslog klager, at dele sagen i to, således at klager kunne siges at have haft medindflydelse på sagsbehandlingstiden for så vidt angår den ene del af klagen. Også henset til, at Patientklagenævnet flere gange havde stillet klager i udsigt, at klager ville modtage et forslag til afgørelse i sagen inden for en nærmere oplyst frist.

Patientklagenævnet havde overfor ombudsmanden oplyst, at klager kun en enkelt gang havde modtaget skriftlig underretning om sagen og i forlængelse heraf havde sagsbehandlingstiden været drøftet i forbindelse med fire telefonsamtaler.

Det var beklageligt at Patientklagenævnet ikke løbende (på eget initiativ) holdt klager orienteret om sagens forløb, herunder hvorpå sagen beroede, samt at Patientklagenævnet ikke selv fulgte op på de frister som Patientklagenævnet havde meddelt klager, når det viste sig, at de ikke kunne holdes.

Ombudsmanden udtalte endvidere, at da Patientklagenævnet havde oplyst, at nævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2002 androg ca. 8 måneder, så burde Patientklagenævnet i hvert fald, da man i nævnet blev opmærksom på inhabilitetsproblemet, have underrettet klager om at sagen på grund af disse særlige omstændigheder ville tage længere tid end sædvanligt.

Det var endvidere beklageligt, at det ikke fremgik af sagen, hvornår sagen (første gang) blev sendt til den sagkyndige i psykologi, men alene blev oplyst hvornår den sagkyndiges udtalelse blev modtaget af nævnet.

Efter ombudsmandens gennemgang af sagen lagde han til grund, at der havde været ført et antal (4-6) telefonsamtaler mellem klager og Patientklagenævnet. Da der alene fandtes notat om en telefonsamtale med klager, lagde ombudsmanden til grund, at Patientklagenævnet ikke i noget andet tilfælde af telefonisk kontakt med klager havde gjort notat på sagen herom.

En undladelse af at notere sådanne telefoniske henvendelser gør, at det ikke er muligt at få et klart billede af, hvad der er sket i sagen, og hvornår. Offentlige myndigheder har pligt til at gøre notat om alle væsentlige ekspeditioner i en sag, herunder telefonsamtaler, som ikke fremgår af brevvekslingen i sagen eller af sagens dokumenter i øvrigt. Det var beklageligt at Patientklagenævnet kun i et tilfælde havde gjort notat om telefonsamtale med klager.

Klage over nævnets afgørelse og afslag på genoptagelse

En 53-årig mand klagede over sin praktiserende læge i forbindelse med lægens udfyldelse af en statusattest. Patienten havde ansøgt kommunen om en ældrebolig, og kommunen havde herefter til brug for sagsbehandlingen anmodet patientens praktiserende læge om en statusattest. Patienten anførte, at der ikke var tale om en statusattest, idet der indgik oplysninger om patientens helbred tilbage til 1989. Endvidere måtte lægen have brudt sin tavshedspligt, ved at videregive disse oplysninger til Social- og Sundhedsforvaltningen i kommunen.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet statusattesten indeholdt relevante oplysninger til brug for ansøgningen om en ældrebolig. Videregivelsen var endvidere ikke uberettiget i forhold til lov om patienters retsstilling.

Patienten anmodede sagen 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 både over nævnets første afgørelse og over nævnets afvisning om genoptagelse.

Ombudsmanden udtalte, at der i nævnets afgørelse er redegjort for de regler som ligger til grund for afgørelsen. Ombudsmanden behandler klager over den offentlige forvaltning og skal bedømme om myndigheder eller personer, der er omfattet af hans kompetence,

handler i strid med gældende ret – eller på anden måde gør sig skyldig i fejl eller forsømmelser ved udøvelsen af deres opgaver (§ 7, stk. 1 og § 21 i ombudsmandsloven).

Patientklagenævnets afgørelse bygger i høj grad på lægefagkyndige vurderinger. Ifølge reglerne for ombudsmandens virksomhed kan ombudsmanden kun i begrænset omfang tage stilling til afgørelser, der helt eller delvist bygger på særlig fagkyndig viden. En kontrol af de lægefagkyndige vurderingers rigtighed – som er af afgørende betydning for denne sag – kræver en fagkundskab, som ombudsmanden ikke har.

Under ombudsmandens gennemgang af sagen har ombudsmanden derfor i vidt omfang måtte begrænse undersøgelsen til at omfatte de juridiske spørgsmål i sagen – som f.eks. om sagen har været tilstrækkelig oplyst, om alle relevante forhold er inddraget.

Ombudsmanden har ved gennemgang af sagen ikke fundet fejl eller forsømmelser, som kan give anledning til kritik af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse.

For så vidt angår nævnets afvisning af at genoptage sagen udtalte ombudsmanden blandt andet, at Patientklagenævnet begrundede afslaget i det væsentligste med, at det journalmateriale mv. som patienten henviste til i anmodningen om genoptagelse, også indgik i grundlaget for nævnets oprindelige afgørelse i sagen. Nævnet fandt derfor ikke, at der var fremkommet sådanne nye og væsentlige oplysninger for sagens afgørelse, som kunne danne baggrund for en genoptagelse af sagen.

Ombudsmanden udtalte endvidere, at Patientklagenævnet således i afgørelsen havde redegjort for regelgrundlaget og for de hensyn og omstændigheder, som Patientklagenævnet tillagde vægt ved bedømmelsen af sagen. Ombudsmanden mente derfor ikke, at der var udsigt til, at han kunne kritisere Patientklagenævnet.

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. ANSVARSFORDELING**
- 43. IDENTIFIKATION, MÆRKNING**
- 44. INFORMATION OG SAMTYKKE**
- 45. JOURNALFØRING**
- 46. LÆGEERKLÆRINGER**
- 47. TAVSHEDSPLIGT**
- 48. ORDINATION AF AFHÆNGIGHEDSSKABENDE MEDICIN**