

SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

AFGØRELSER OG  
PRAKSIS

Årsberetning 2004



# **SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN**

## **AFGØRELSER OG PRAKSIS 2004**

findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://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](http://www.pkn.dk)

[pkn@pkn.dk](mailto:pkn@pkn.dk)

### **Tryk: Schultz Grafisk**

ISBN: 87-987400-2-4

På nævnets hjemmeside findes desuden:

### **Sammenfatninger af nævnets praksis:**

- Aktindsigt. 1998-2001. November 2002
- Tandlæger. 1998-2001. November 2002
- Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002
- Psykologer. 1998-2002. Januar 2003
- Lægeerklæringer. 1998-2002. Februar 2003
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003
- Psykiatriske ankesager. 1997-2002. September 2003
- Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 2003
- Information og samtykke og journalføring heraf. 1998-2003. December 2003
- Klager over plastikkirurgiske indgreb på bryster. 1998-2003. Juli 2004
- Udlevering af medicin fra apoteker. 1999-2003. Oktober 2004
- Klager inden for neurokirurgi. 1999-2003. November 2004
- Klager over diagnostik af brystkræft. 2001-2003. December 2004

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.

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.

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](http://www.pkn.dk) under: /Nyhedsbreve og publikationer/Årsberetninger. Alle resumerede afgørelser i publikationen kan læses i fuld tekst i den elektroniske udgave.

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

<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>1 SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN, OPGAVER, SAGSGANG M.V.</b> .....	<b>6</b>
1.1 Indledning, opgaver og formål.....	6
1.2 Sagsgang .....	7
1.3 Orientering om nævnets afgørelser .....	8
1.4 Patientklagenævnet i tal .....	10
<b>2 KLAGER OVER INFORMATION I FORBINDELSE MED PLASTIKKIRURGISKE INDGREB PÅ BRYSTER</b> .....	<b>11</b>
2.1 Indledning .....	11
2.2 Retsregler .....	11
2.3 Hvordan skal informationen gives .....	12
2.4 Klager over mangelfuld information forud for et kosmetisk indgreb.....	12
2.5 Klager over mangelfuld information om valg af protese.....	14
<b>3 KLAGER I FORBINDELSE MED FEDTSUGNINGER</b> .....	<b>17</b>
3.1 Indledning .....	17
3.2 Klager i forbindelse med fedtsugning på maven .....	17
<b>4 KLAGER I FORBINDELSE MED FORSNÆVRING AF RYGMARVSKANALEN (SPINALSTENOSE) I LÆND OG NAKKE</b> .....	<b>21</b>
4.1 Indledning .....	21
4.2 Generelt vedrørende forsnævring af rygmarskanalen.....	21
4.3 Konkrete klager i forbindelse med operation for forsnævring af rygmarskanalen .....	22
4.3.1 Klager i forbindelse med indikation for operation.....	22
4.3.2 Klager i forbindelse med indgreb på forkert niveau .....	25
4.4 Klager vedrørende andre forhold ved operation .....	28
<b>5 KLAGER OVER DIAGNOSTIK AF BRYSTKRÆFT, UDREDNING I SYGEHUSVÆSENET</b> .....	<b>34</b>
5.1 Indledning .....	34
5.2 Tilrettelæggelse af visitation og diagnostisk udredning .....	34
5.3 Klager i forbindelse med udredning i sygehusvæsenet.....	36
5.3.1 Klager i forbindelse med klinisk undersøgelse .....	36
5.3.2 Klager i forbindelse med billeddiagnostisk undersøgelse.....	36

5.3.3	Klager i forbindelse med udtagelse af celleprøve og vævsprøve (cytologi og biopsi) ..	41
5.3.4	Klager i forbindelse med inkonklusivt resultat af tripletesten .....	42
<b>6</b>	<b>KLAGER OVER UDLEVERING AF MEDICIN FRA APOTEKER .....</b>	<b>44</b>
6.1	Indledning .....	44
6.2	Forveksling.....	44
6.3	Præparat .....	45
6.4	Styrke .....	50
6.5	Doseringsanvisning.....	53
<b>7</b>	<b>KLAGER OVER MANGELFULD KOMMUNIKATION I</b>	
	<b>SUNDHEDSVÆSENET .....</b>	<b>57</b>
7.1	Indledning .....	57
7.2	Konkrete afgørelser.....	57
<b>8</b>	<b>ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2004.....</b>	<b>63</b>
8.1	Anmodninger om tiltalerejsning i 2004 .....	63
8.2	Anmodninger om tiltalerejsning 1997-2004 for læger .....	64
8.3	Anmodninger om tiltalerejsning i 1999-2004 for sygeplejersker.....	65
<b>9</b>	<b>RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET.....</b>	<b>66</b>
9.1	Indledning .....	66
9.2	Sager anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening.....	66
9.3	Sager anlagt af Dansk Sygeplejeråd.....	67
9.4	Sager anlagt af andre indklagede .....	68
9.5	Sager anlagt af patienter/klagere.....	69
<b>10</b>	<b>KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I</b>	
<b>2004</b>	<b>.....</b>	<b>71</b>
10.1	Indledning .....	71
10.2	Konkrete afgørelser.....	71

# **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 patientforsikring. Efter denne lov kan der udbetales erstatning, selvom sundhedspersonen ikke har begået fejl. Der vil derfor forekomme tilfælde, hvor Patientklagenævnet ikke finder grundlag for kritik af sundhedspersonen, men hvor patienten alligevel har mulighed for at få erstatning.

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

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

## **1.2 Sagsgang**

I første omgang gennemgår 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.

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 ligeledes, 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 nævnet fulgte praksis ikke skønnes at give anledning til tvivl, hvor der ikke udtales kritik, eller at en anden behandling kunne have været mere hensigtsmæssig, eller hvor der ikke er tale om en psykiatrisk ankesag, kan formanden og næstformændene træffe afgørelse uden deltagelse af nævnsmedlemmer. Godt en tredjedel af afgørelserne i 2004 blev truffet som formandsafgørelser.

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 ikke har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard, kan resultatet af behandlingen 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.

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.

### **1.3 Orientering om nævnets afgørelser**

Nævnets afgørelse sendes til klager og den sundhedsperson, der er klaget over.

Samtidig orienteres den myndighed, der er arbejdsgiver eller lignende i forhold til den berørte sundhedsperson. Hensigten med denne orientering er især at give sundhedspersonens arbejdsgiver anledning til at overveje, om klagen bør føre til ændringer i procedurer, præcisering i instrukser mm. En undersøgelse foretaget af en ekstern evaluator i efteråret 2000 viste, at godt en fjerdedel af de sygehusafdelinger, der besvarede evaluators spørgeskema, indenfor det seneste år havde ændret

procedurer mm. eller haft principielle drøftelser som følge af Patientklagenævnets afgørelser. Det er værd at understrege, at også afgørelser, der ikke er endt med kritik, afspejler et patientforløb, der – med rette eller urette - er oplevet som utilfredsstillende af patienten, og som derfor også bør give anledning til overvejelser om eventuelle ændringer.

Sundhedsstyrelsen modtager kopi af alle nævnets afgørelser, som 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. Nyhedsbreve og sammenfatninger af nævnets praksis findes alle på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) (se oversigt over praksissammenfatninger på indersiden af forsiden)

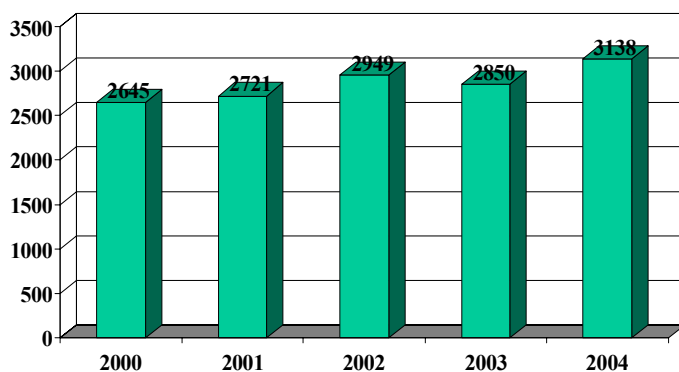
Endelig offentliggør Patientklagenævnet hver måned 20 afgørelser i anonymiseret form i fuld tekst på nævnets hjemmeside. De sager, som er offentliggjort i 2004, er samlet i en publikation: *Offentliggjorte afgørelser i 2004*, som ligger på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk). De enkelte 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.

Hjemmesiden, der kan findes under: [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk), har endvidere en søgefacilitet, der gør det muligt let at finde netop de emner eller faggrupper, som har særlig interesse.

## 1.4 Patientklagenævnet i tal

I 2004 modtog Patientklagenævnet 3138 nye klager. Antallet af nye klager er i 2004 steget med

Antal nye klager



10 % i forhold til 2003, hvor der kom 2850 nye klager.

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. udskrivninger 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 2004 afgjorde Patientklagenævnet 1755 sager. Godt hver femte afgørelse endte med kritik af en eller flere sundhedspersoner. 4 sager blev sendt til anklagemyndigheden med anmodning om tiltale for strafbart forhold. Sagsbehandlingstiden steg i 2004 til 9,7 måneder fra 8,2 måneder i 2003.

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

## **2 KLAGER OVER INFORMATION I FORBINDELSE MED PLASTIKKIRURGISKE INDGREB PÅ BRYSTER**

### **2.1 Indledning**

Patientklagenævnet offentliggjorde i juni 2004 en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende plastikkirurgiske indgreb på bryster (1998-2003). Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer.

Dette kapitel er baseret på sammenfatningens afsnit 3 om klager over mangelfuld information i forbindelse med en kosmetisk operation af bryster.

### **2.2 Retsregler**

I henhold til gældende regler må ingen behandling som udgangspunkt indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Patienten har ligeledes ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Reglerne om det informerede samtykke har siden den 1. oktober 1998 været kapitel 2 i *lov nr. 482 af 14. juli 1998 om patienters retsstilling* samt Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke mv. (herefter bekendtgørelsen).

Sundhedsstyrelsen har endvidere udsendt vejledning af 6. januar 2000 om information forud for kosmetiske indgreb. Sundhedsstyrelsen har udsendt vejledningen på baggrund af en række klager til Patientklagenævnet, der vedrørte manglende eller mangelfuld information af patienten forud for kosmetiske indgreb.

Da disse indgreb foretages på kosmetisk indikation og således ikke som led i sygdomsbehandling, stilles der særlige krav til informationen. Der skal derfor gives omfattende information om selve indgrebet samt om behandlingsresultatet, da patienten kan have klare forventninger hertil, der kan være større, end hvad der realistisk i en række tilfælde kan forventes opnået ved indgrebet. Sundhedsstyrelsens vejledning indeholder endvidere krav om, at den mundtlige information suppleres af skriftlig information om netop den type indgreb, der påtænkes foretaget.

### 2.3 Hvordan skal informationen gives

Information skal ifølge bekendtgørelsens § 5 gives mundtligt. Ved kosmetiske indgreb, jf. vejledningen om kosmetiske indgreb, skal der udleveres skriftligt informationsmateriale, som supplement til den mundtlige information. Den mundtlige information skal ifølge bekendtgørelsen tage udgangspunkt i den enkelte patients behov. Patienten skal have mulighed for at læse den skriftlige information forud for den mundtlige information og for at stille og få besvaret spørgsmål.

Informationen skal altid gives på en sådan måde og i et sådant omfang, at patienten forstår indholdet og betydningen af informationen. Der skal være mulighed for at drøfte eventuelle særlige problemstillinger eller diskutere tvivlsspørgsmål i forbindelse med behandlingen. En sundhedspersons information bør derfor ske gennem en samtale med patienten, hvor der lyttes til patientens synspunkter, og hvor patienten medinddrages i beslutningerne. Der er altså tale om en tovejs kommunikation.

De følgende eksempler er sager med klager over manglende information i forbindelse med et plastikkirurgisk indgreb på bryster.

### 2.4 Klager over mangelfuld information forud for et kosmetisk indgreb

Følgende sager illustrerer blandt andet, at den mundtlige information ved kosmetiske indgreb skal suppleres med skriftligt informations materiale.

- **Klage over, at informationen forud for indgrebet var mangelfuld (0232807P)**

*En 30-årig kvinde blev undersøgt af en speciallæge i plastikkirurgi den 29. juni 2000, idet hun ønskede råd og vejledning med henblik på en eventuel brystforstørrende operation. Der blev aftalt indsættelse af to proteser, hver på 650 kubikcentimeter.*

*Den 6. juli 2000 blev proteserne indsat, og ved kontrol den 16. juli 2000 konstaterede speciallægen, at resultatet var perfekt, og at trådene (suturene) kunne fjernes.*

*Den 6. december 2000 blev patienten igen undersøgt af speciallægen, idet hun havde haft smerter i det højre bryst og kunne mærke protesen stikke op under huden. Ved klinisk undersøgelse fandt speciallægen, at der var en muskelinfiltration ved højre bryst svarende til klokken. 3 eller 4, og at protesen kunne føles lidt højere oppe svarende til klokken. 1. Patientens*

*gener fortsatte imidlertid trods flere konsultationer hos speciallægen, og den 7. maj 2001 blev hun enig med speciallægen om en operation med henblik på inspektion af forholdene.*

*Den 22. maj 2001 blev patienten reopereret på højre side. Den 20. juli 2001 fandt speciallægen, at der var opstået strækmærker på yder- og indersiden (medialsiden) af højre bryst og forskellige muligheder for operativ korrektion blev drøftet. Patienten valgte i stedet at konsultere en anden speciallæge.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten forud for operationen ikke fik tilstrækkelig information om, hvad en brystforøgelse, som foreslået, ville betyde.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægen, idet der ikke forud for indgrebet blev udleveret skriftligt informationsmateriale, der tog udgangspunkt i netop den type indgreb. Nævnet fandt, at der forud for indgrebet i tilstrækkeligt omfang blev givet mundtlig information, men i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om kosmetiske indgreb skal der gives både mundtlig og skriftlig information.

- **Klage over manglende information om resultatet af en brystforstørrende operation (0230222P)**

*En 25-årig kvinde henvendte sig den 13. april 2000 til speciallæge i plastikkirurgi, fordi hun ønskede sine bryster løftet og en lille protese lagt ind. Den 20. april 2000 blev patienten opereret i fuld bedøvelse. Ved konsultationen den 24. april 2000 fandtes proteserne i ens højde. Stingene blev fjernet. Ved kontrol den 14. marts 2001 var det venstre bryst blevet hårdt og havde trukket sig op. Der blev foretaget sprængning af kapseldannelsen (arvæv omkring protesen), hvorved der blev opnået symmetri og ens blødhed i brysterne.*

*Ved konsultationen den 9. maj 2001 var der atter kapseldannelse i venstre bryst, der blev behandlet med sprængning, men med dårligere resultat end den 14. marts 2001.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke havde modtaget information om det forventede resultat af operationen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, idet patienten forud for operationen blev informeret mundtligt og skriftligt om komplikationer og risici i forbindelse med indlæggelse af proteserne. Endvidere blev hun specielt informeret om muligheden for kapseldannelse, der kunne medføre, at proteserne måtte udskiftes, eventuelt med silikoneproteser.

## 2.5 Klager over mangelfuld information om valg af protese

Følgende sager illustrerer, nævnets praksis i forbindelse med klager over valg af protese størrelse og type.

- **Klager over mangelfuld information vedrørende valg af protesestørrelse (0338522P)**

*En 20-årig kvinde henvendte sig den 5. november 1998 til en speciallæge i plastikkirurgi med henblik på at få foretaget en operation til forstørrelse af brysterne. Patienten havde forinden fået tilsendt informationsmateriale, og hun blev mundtligt orienteret om de forskellige protesetyper i form af silikone, PVP-protoser (polyvinyl pyrrolidon, der er en organisk olie) og saltvand.*

*Operationen blev derefter som aftalt foretaget den 11. november 1998, hvor der på hver side blev indlagt en PVP protese på 500 ml. På grund af protesernes størrelse skulle hun desuden bære stram BH/støttebandage over det næste år.*

*Herefter var patienten den 5. juli 1999 til kontrol, hvor brystproteserne langsomt var begyndt at glide nedad, så patienten nu følte, at brystvorterne sad for højt. Patienten ønskede derefter at få lavet brysterne mindre, idet hun gerne ville have sat dem op på plads med protoser på 300 ml på hver side i stedet for de aktuelle 500 ml, og hun ønskede nu ilagt silikoneprotoser.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der var begået fejl ved operationen, herunder at brysterne blev meget lange, og at brystvorterne sad for højt.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægens information ved forundersøgelsen, idet han på grund af sin specialviden indenfor plastikkirurgi burde have fortalt patienten, at hendes brystvorter kunne komme til at se ud, som om de sad endog meget højt oppe, når hun fik indlagt protoser på 500 ml., og at brysterne således kunne virke "undertunge".

Følgende eksempler illustrerer nævnets praksis i forbindelse med mangelfuld information i forbindelse med rekonstruktion af et bryst efter fjernelse af brystet på grund af kræft.

- **Klage over mangelfuld information om valg af protese (0017422P)**

*En 63-årig kvinde havde i 1992 fået fjernet højre bryst på grund af kræft. Der var i den forbindelse ikke blevet påvist spredning af kræft til lymfeknuderne, og der var ikke givet efterbehandling.*

*Patienten blev henvist til en plastikkirurgisk afdeling med henblik på brystrekonstruktion og gennemgik fra august 1993 til marts 1996 et rekonstruktionsforløb med indoperation af ekspansionsprotese og senere udskiftning af denne til fast silikone-protese. Endvidere blev der foretaget reduktionsoperation af venstre bryst og flere efterfølgende korrektioner af højre og venstre bryst, senest ved operation den 11. juni 1996.*

*Ved konsultation den 26. maj 1997 på plastikkirurgisk afdeling blev det vurderet, at resultatet af de hidtidige operationer ikke havde givet et tilfredsstillende kosmetisk resultat, idet der var asymmetri mellem højre og venstre bryst og en generende hudfold bagtil ved arret på højre side. Ved konsultationen blev det aftalt at foretage fornyet operation med fjernelse af hudfolden, justering af størrelsen af venstre bryst, fjernelse af påfyldningsstuds og genskabelse af højre brystvorte samt korrektion af venstre bryst med fjernelse af arvæv og løft af brystvævet og fastgørelse af dette i dybden. Den 10. december 1997 blev operationen gennemført.*

*Den 11. maj 1998 angav patienten, at operationsresultatet ikke var som forventet, herunder at hun ikke havde forventet, at højre brystvorte var rekonstrueret.*

*Den 22. februar 1999 ønskede patienten at få indsat en større protese på venstre side, hvilket blev foretaget den 14. juni 1999.*

*Der blev blandt andet klaget over, at informationen, som patienten modtog forud for operationen den 14. juni 1999, var utilstrækkelig, idet der ikke forud for indgrebet blev oplyst om, at man ville indsætte en ny silicone-protese samt foretage tatovering af brystvorte på højre side.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af plastikkirurgen, idet patienten havde givet informeret samtykke til operationerne. Nævnet fandt videre, at det fremgik af journalen, at patienten var blevet informeret om, at fuldstændig symmetri ikke ville kunne opnås, samt at man ved at åbne kapselrummet og om muligt indlægge en større, anatomisk formet protese samt foretage tatovering af højre brystvorte ville kunne bedre udseendet. Endvidere fremgik det af journalen den 11. juni 1999, at brystvorten skulle gøres mindre, samt at der skulle foretages tatovering af brystvorten.

- **Klage over manglende information om hvilken type implantat der blev anvendt (0017625P)**

*En 40-årig kvinde havde i 1992 fået indsat silikonebrystproteser (340 ml pr. stk.) ved en operation foretaget af en speciallæge i plastikkirurgi. Ved en ultralydsskanning den 13. august 1998 fik hun påvist lækage fra silikoneprotesen i højre bryst, hvorefter hun henvendte sig til speciallægen. Det blev aftalt, at silikoneproteserne skulle udskiftes med organiske olieproteser (polyvinyl pyrolidon, som er en organisk olie, (PVP-proteser)), som skulle være et nummer mindre i forhold til de tidligere (300 ml. pr. stk.). Patienten ønskede ikke at komme til forudgående konsultation før operationen.*

*Den 14. september 1998 blev patienten opereret af speciallægen, der fjernede begge silikoneproteser og den udsivede silikone. Efter operationen fik patienten foretaget en ultralydsskanning, og der blev ikke påvist proteselækage.*

*Ved kontrollen hos speciallægen den 25. maj 1999 følte patienten, at højre brystprotese var blevet hård at føle på, at brysterne så forskellige ud, og at venstre bryst var slapt. Ved undersøgelse fandtes der tydelige tegn på kapseldannelse på højre side, mens protesen på venstre side var blød og naturlig.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten forud for operationen den 14. september 1998 ikke blev tilstrækkeligt informeret om den type implantat, som blev anvendt.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægens information forud for operationen, idet patienten havde været igennem samme operation én gang før, idet hun havde fået fremsendt informationsmateriale over de tilgængelige fyldmidler i brystproteser, og idet hun før operationen var blevet informeret om, at der var flydende silikone på højre side, som burde fjernes, og at man efter udskiftning ikke kunne garantere mod kapselskrumpning, specielt på højre side, samt at brysterne ville komme til at hænge mere, da de nye brystproteser var mindre.

## 3 KLAGER I FORBINDELSE MED FEDTSUGNINGER

### 3.1 Indledning

Patientklagenævnet har i perioden 2001-2004 truffet et antal afgørelser med klager i forbindelse med fedtsugninger.

Vedr. retsregler, herunder regler for information i forbindelse med kosmetiske indgreb, henvises til afsnit 2.2 og afsnit 2.3 i denne årsberetning.

Fedtsugninger kan primært foretages, fordi patienten ønsker at ændre på sit udseende ved fjernelse af dele af fedtdepoter på mave, lår, baller, knæ mv. Fedtsugning kan kombineres med en korrektion af huden.

Nedenfor refereres nævnets praksis i sager vedrørende klager over fedtsugning på maven.

### 3.2 Klager i forbindelse med fedtsugning på maven

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

- **Klage over fejl i forbindelse med fjernelse af fedt på maven (0338508B)**

*En 37-årig kvinde henvendte sig til en speciallæge i plastikkirurgi, idet hun ønskede en fedtsugning. Det blev besluttet at foretage fedtsugning svarende til den nederste del af maven samt to plastikoperationer svarende til området omkring navlen og over skambenet.*

*Der blev klaget over, at der blev begået fejl i forbindelse med fedtsugningen, idet maven efterfølgende så deform ud, og idet arrene var meget ømme, og der var opstået små knuder.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen. Nævnet lagde vægt på, at patienten først fik foretaget en fedtsugning på 450 ml, svarende til den nederste del af maven, og derefter mere end et halvt år senere fik foretaget yderligere en fedtsugning, hvorved der blev fjernet 360 ml svarende til den øverste del af maven.

Nævnet oplyste, at der altid er usikkerhed omkring patientens evne til at danne ar. Nævnet lagde videre vægt på, at patienten forud for indgrebet var informeret om, at der var

sandsynlighed for synlige ar samt sandsynlighed for, at der ville komme uregelmæssigheder i huden.

Følgende sag illustrerer blandt andet, at fedtsugning ikke ubetinget vil kunne fjerne det fedt, som patienten ønsker.

- **Klage over resultatet af en fedtsugning i maveområdet (0340622B)**

*En 51-årig mand henvendte sig til en speciallæge i plastikkirurgi, idet han ønskede at få foretaget fedtsugning i området over og under navlen, gående ud over hofterne.*

*Der blev blandt andet klaget over resultatet af fedtsugningen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen. Nævnet lagde vægt på, at patienten havde en øget fedtansamling over og under navlen gående ud over hofterne, og der blev ved operationen fjernet 150 g fedtvæv fra hoftekammene og lænden samt 600 ml fra maven over og under navlen.

Videre lagde nævnet vægt på, at det ved efterfølgende kontrol blev konstateret, at der var et pænt resultat med nogenlunde ensartet passende tyndt fedtlag under huden. Nævnet oplyste, at den fylde, der stadig var på maven, kunne skyldes, at der var fedt, der ikke kunne fedtsuges, men som lå omkring tarmene.

- **Klage over resultatet af fedtsugning (0340726B)**

*En 40-årig kvinde henvendte sig til en speciallæge med henblik på fedtsugning. Der blev herefter fjernet 1100 ml materiale fra området under navlen. Efterfølgende var patienten utilfreds med resultatet, idet der fortsat var en fedtdelle over bukselinningen.*

*Der blev blandt andet klaget over behandlingen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægen. Nævnet lagde vægt på, at patienten forud for indgrebet var oplyst om, at der efter indgrebet ville være folder over maven. Efter indgrebet havde speciallægen foretaget en undersøgelse, der viste, at der var forskel i tykkelsen af fedtlaget i underhuden, således at fedtlaget var tykkere opadtil i venstre side af maven end i højre. Nedadtil i maven var der ikke forskel. Speciallægen havde på den baggrund vurderet, at der ikke ville være effekt af ny fedtsugning.

- **Klage over, at der som følge af fedtsugning opstod vævsdød i huden (0445221B)**

*En 23-årig kvinde henvendte sig til en speciallæge i plastikkirurgi med henblik på fedtsugning på maven. Der blev herefter foretaget fedtsugning på i alt 7.000 ml. Ved kontrol 17 dage efter fedtsugningen blev der konstateret vævshenfald, og kontrol inden for den følgende uge viste yderligere områder med vævshenfald. Patienten henvendte sig senere på hospital, hvor der blev konstateret udtalt infektion og vævsdød.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der blev begået fejl under fedtsugningen.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægen og indskærpede over for lægen at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde herved vægt på, at der bør iagttages særlige forholdsregler i relation til patienten ved indgreb, hvor der fjernes en mængde fedtvæv, der overstiger 4.000 ml.

Nævnet fandt, at speciallægen ikke havde iagttaget de særlige forhold vedrørende blodtryksmåling før operationen, og mængden af saltvand, der anvendtes til wet-teknikken og ikke mindst koncentrationen af adrenalin/carbocain fremgik ikke af journalen. Der forelå videre ifølge journalen ikke overvejelse over eventuel indgift af supplerende væske i årerne i forhold til den fedtmængde, der blev fjernet udover 4.000 ml. Endelig burde patienten have været indlagt i et døgn til iagttagelse af, om patienten selv kunne indtage tilstrækkelige mængder væske og til en vurdering af, om urinproduktionen fungerede.

Nævnet fandt videre grundlag for kritik af speciallægen, idet denne ved kontrollen på grund af nekrosernes udbredelse burde have iværksat kirurgisk revision heraf og således have videresendt patienten enten til fortsat behandling i hospitalsregi, eller selv have foretaget en kirurgisk revision.

- **Klage over fejl i forbindelse med fjernelse af strækmærker (0445627A)**

*En 26-årig kvinde henvendte sig til en speciallæge i plastikkirurgi for at få fjernet strækmærker, opstået i forbindelse med en graviditet. Det blev besluttet at foretage en mindre fedtsugning for at skabe løst hud, der kunne fjernes. Efterfølgende var patienten ikke tilfreds, bl.a. fordi der kom et ar tværs over den nedre del af maven og en lille indtrækning af arret.*

*Der blev klaget over, at operationen ikke gav det ønskede resultat.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af speciallægens behandling, idet strækmærker ikke kan fjernes alene ved anvendelse af fedtsugning. En fedtsugning ville, såfremt der var meget fedt under huden, måske kunne løsne huden, så der kunne fjernes et større stykke hud.

Det var imidlertid nævnets vurdering, at de strækmærker, som patienten havde på mavehuden, var så udtalte, at det ikke ved nogen operation ville være muligt at fjerne alle.

Nævnet lagde endelig vægt på vigtigheden af, at speciallægen forud for indgrebet informerede om, at en operation ikke ville kunne fjerne samtlige strækmærker, men kun et mindre antal.

## **4 KLAGER I FORBINDELSE MED FORSNÆVRING AF RYGMARVSKANALEN (SPINALSTENOSE) I LÆND OG NAKKE**

### **4.1 Indledning**

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn offentliggjorde i november 2004 en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende klager over behandling inden for neurokirurgi (1999 - 2003). Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer.

Nedenstående kapitel vedrørende klager i forbindelse med forsnævring af rygmarskanalen i lænd og nakke er udarbejdet ud fra sammenfatningens kapitel 6.

### **4.2 Generelt vedrørende forsnævring af rygmarskanalen**

Forsnævring af rygmarskanalen er en degenerativ tilstand, som hyppigst ses hos personer over 60 år. Forsnævringen skyldes blandt andet almindelige aldersforandringer og slidgigt i ryggen. Forsnævringen opstår på grund af forandringer i hvirvelsøjlets knoglevæv, ledbånd, styreled og båndskiver (diskus).

Symptomerne afhænger af, om forsnævringen sidder i nakken eller lænden. Forsnævring af rygmarskanalen i brystdelen ses næsten aldrig.

I nakken vil en forsnævring give tryk på rygmarsken og/eller nerverødderne til armene. Symptomerne optræder i forskellige grader og kombinationer. Symptomerne ved tryk på nerverødderne er primært smerter i armene og nedsat kraft og følesans i armene. Ved tryk på rygmarsken vil de samme symptomer optræde. Der vil derudover kunne optræde smerter og styringsbesvær i benene.

Forsnævring af rygmarskanalen i lænden vil typisk vise sig ved gangprovokerede smerter i benene (claudicatio). Symptomerne er de samme som ses ved dårlig blodforsyning til benene på grund af åreforkalkning. Det er dog typisk, at de gangprovokerede smerter i benene ved forsnævring af rygmarskanalen bedres, når ryggen krummes. Der kan samtidig være lændesmerter på grund af slidgigtforandringerne.

Hvis der er en forudbestående forsnævring af rygmarskanalen i nakken, kan der komme en akut rygmarsksbeskadigelse med svære lammelser i armene og benene, hvis patienten udsættes for et

svært vridtraume af nakken. Der er ikke enighed om værdien af operation i disse tilfælde, men tendensen går i retning af, at der i hvert fald ikke foretages akut operation.

Diagnosen ved forsnævring af rygmarvskanalen stilles på det kliniske billede og bekræftes ved MRscanning, CT-scanning eller kontrastundersøgelse (myelografi). Der kan være udtalt forsnævring, uden at der er nogen symptomer. Indikation for operation hviler derfor på en kombination af de kliniske symptomer og røntgenfundene.

Forandringerne vil normalt udvikle sig gradvist over mange år, og der er kun yderst sjældent behov for akut operation. Der findes ikke absolutte kriterier for, hvilke patienter der skal opereres. Afgørelsen hviler på skøn baseret på patientens symptomer og de billedmæssige forandringer.

Operation for forsnævring af rygmarvskanalen foregår ved, at hvirvelbuen bides af bagtil, således at der bliver mere plads i rygmarvskanalen. Hvis forsnævringen udelukkende er lokaliseret svarende til rodkanalen, foretages der en afbidning af den bagerste del af rodkanalen. I nakken kan man i nogle tilfælde i stedet foretage en operation med fjernelse af hvirvellegemet forfra. Hvis lændesmerterne er et dominerende symptom ved forsnævring i lænden, vil man ofte supplere afbidningen af hvirvelbuerne med en stivgørende operation.

Ligesom ved operation for diskusprolaps er det forbundet med en vis usikkerhed at bestemme den rigtige operationshøjde. Det er især tilfældet i lænden.

Inden operationen skal patienten informeres om risici i form af blandt andet blødning, betændelse i såret og rift i rygmarvshinden med efterfølgende sengeleje. Desuden skal risikoen for manglende effekt af operationen diskuteres med patienten.

### **4.3 Konkrete klager i forbindelse med operation for forsnævring af rygsmarvskanalen**

#### **4.3.1 Klager i forbindelse med indikation for operation**

Nævnets praksis vedrørende indikation for operation belyses af to afgørelser, dels i en sag, hvor det ikke blev anset for kritisabelt, at der ikke blev fundet indikation for en operation for forsnævring af rygmarvskanalen, dels i anden sag, hvor det ikke blev anset for kritisabelt, at der ikke blev foretaget en akut operation.

Nedenstående afgørelse illustrerer, at det beror på et konkret skøn, hvorvidt der er indikation for at

foretage operation for forsnævring af rygmarvskanalen. Nævnet tager stilling til, om det udøvede skøn i det konkrete tilfælde har været i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

- **Klage over afslag på yderligere operation for forsnævring af rygmarvskanalen i lænderyggen (0340124P)**

*En 59-årig kvinde var halvandet år tidligere blevet opereret for svær forsnævring af rygmarvskanalen i lænderyggen. Et halvt år herefter var patienten også blevet opereret for en svær forsnævring af rygmarvskanalen i nakken. Siden rygoperationen havde patienten fået tiltagende smerter over lænden og lettere vandladningssymptomer i form af hyppig, men normal vandladningstrang. Efter fald ned ad en trappe var der også kommet vedvarende gener i højre arm. Ved en undersøgelse i et neurokirurgisk ambulatorium konstaterede man blandt andet føleforstyrrelser svarende til de nerver, der løber ud i rodkanalerne ved 5. lændehvirvel, ligesom der var en bredsporet og dårligt koordineret gang med smerter i højre ben efter kort tids gang. Der blev derfor rejst mistanke om påvirkning af nerverne til benet og henvist til en MR-scanning af halsrygsøjlen og lænderyggen.*

*MR-scanningerne viste forsnævring af rodkanalerne i nakken og en moderat forsnævring af rygmarvskanalen i lænden ovenfor det tidligere opererede niveau. Desuden var der 1,5 cm sideglidning mod venstre mellem 3. og 4. lændehvirvel. En overlæge vurderede ud fra en MR-scanning, at der som følge af patientens fald var sket en kvæstelse af nerverødderne i nakken på grund af tilstedeværelsen af meget svære aldersforandringer (degenerative forandringer). Overlægen mente dog ikke, at der var grundlag for at foretage kirurgisk behandling, idet der netop var svære degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen, og det ikke var muligt at rekonstruere disse niveauer. Overlægen mente desuden ikke, at en kirurgisk behandling af en påvist mindre forsnævring i lænderyggen ville kunne ændre patientens tilstand betydeligt.*

*Patienten henvendte sig til et andet sygehus og fik 6 måneder senere foretaget en stivgørende operation af lænden, og patienten oplevede en betydelig bedring.*

*Der blev klaget over, at overlægen havde vurderet, at der ikke var indikation for operation.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen. Nævnet lagde vægt på fundene ved MR-scanningen den 4. marts 2002 sammenholdt med de tidligere behandlingstiltag og sygehistorien.

Nævnet oplyste, at der ikke er faste kriterier for, hvornår man skal foretage et stivgørende indgreb i lænden for degenerative forandringer. Det afhænger af et konkret skøn. Hos patienter med gener fra flere mulige steder (multifokale gener) vil man som udgangspunkt forvente, at effekten af indgrebet vil være meget usikker.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en konkret sag ikke fandt det kritisabelt, at der ikke blev foretaget en akut operation af en forsnævring af rygmarvskanalen.

- **Klage over manglende indikation for akut operation af forsnævring af rygmarvskanalen (0230408P)**

*En 67-årig mand blev akut indlagt på en ortopædkirurgisk afdeling efter at være faldet 3 meter ned ad en trappe og havde slået nakke, ryg og venstre skulder. Patienten klagede over smerter i nakke, ryg og venstre skulder, og der var mistanke om brud af halsrygsøjlen, eventuelt af bryst- eller lænderygsøjlen, og af venstre skulderblad. Der blev anlagt halskrave og givet smertestillende medicin. Ved indlæggelsen viste den objektive undersøgelse ikke tegn på beskadigelse af nervesystemet. Ved indlæggelsen blev der beskrevet udstrålende smerter fra nakke til fingre på begge sider. En røntgenundersøgelse af rygsøjlen, venstre skulder, brystkassen og bækkenet viste ikke tegn på brud.*

*Den følgende dag var føleforstyrrelserne i fingrene klart aftagende, og patienten var mobiliseret, men havde brug for en del hjælp. 9 dage efter indlæggelsen havde patienten fået tiltagende styringsbesvær og føleforstyrrelser ned i begge arme, værst på højre side. Der blev ordineret neurokirurgisk tilsyn. En afdelingslæge fra neurokirurgisk afdeling kunne ikke vurdere bevægeligheden i halsrygsøjlen på grund af smerter. Der var diffus nedsat kraft af hele højre arm og svækket refleks svarende til højre albue på strækkesiden. Der var endvidere varierende angivelser af følesansen på højre arm, mens reflekserne i benene var normale. Afdelingslægen vurderede, at symptomerne var forårsaget af en nerverodspåvirkning, men at de også kunne være smertebetingede. Han fandt indikation for en CT-scanning for at udelukke brud på nakkehvirvlerne, men skønnede, at de beskedne objektive fund ikke afgav indikation for akut undersøgelse.*

*CT-scanningen af halsrygsøjlen blev udført 2 dage senere. Der blev samme dag foretaget*

*en MR-scanning. Scanningen viste afklemning af rygmarven i halsrygsøjlen, hvilket patienten blev tilbudt operation for. Patienten havde på det tidspunkt nedsat funktion af begge arme og af højre ben i et sådant omfang, at gang ikke var mulig.*

*Der blev klaget over, at afdelingslægen fra neurokirurgisk afdeling ikke fandt grundlag for en akut scanning af patienten.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af patienten. Nævnet lagde vægt på, at patienten efter sit ulykkestilfælde viste tegn på følger efter afklemning af rygmarven (central medullær kontusion).

Nævnet oplyste, at denne tilstand er karakteriseret ved smerter og eventuelt lammelser, der er mest udtalt i armene og specielt i hænderne. Tilstanden ses især hos ældre personer med en forudbestående forsnævring af rygmarvskanalen i forbindelse med vrid af nakken.

Det var nævnets opfattelse, at der ikke var tegn på en akut behandlingskrævende tilstand på tidspunktet for afdelingslægens undersøgelse, især ikke på baggrund af den tidligere normale røntgenundersøgelse af nakken. Der var således ikke tegn på rygmarvspåvirkning udover den førnævnte tilstand. Der var alene lette tegn på tryk på en nerverod til højre arm, hvilket relevant foranledigede en CT-scanning. Denne viste ikke noget betydende brud, og den supplerende MR-scanning viste forsnævring af rygmarvskanalen.

Nævnet oplyste, at der ikke er enighed om, hvorvidt der er effekt af en akut operation ved denne type rygmarvsskade, der er karakteriseret ved at være en allerede tilstedeværende lidelse, som bliver symptomgivende efter et traume.

#### **4.3.2 Klager i forbindelse med indgreb på forkert niveau**

Nedenstående to afgørelser omhandler operation foretaget på et forkert niveau på rygsøjlen.

I den første afgørelse fandt nævnet grundlag for kritik, da nævnet fandt, at der i sagen var foretaget en forkert tolkning af en gennemlysning.

I den anden afgørelse fandt nævnet ikke grundlag for kritik, da operatøren havde anvendt en almindelig anerkendt operationsmetode og i øvrigt ud fra de foreliggende forhold ikke burde have fået mistanke om, at der blev opereret på et utilsigtet niveau. Nævnet fandt desuden ikke grundlag for at tilsidesætte skønnet af, at der ikke var behov for en akut reoperation.

- **Klage over operation på forkert niveau i lænden (0233518P)**

*En 80-årig kvinde fik ved en CT-scanning påvist en forsnævring af rygmarvskanalen ud for mellemrummet mellem 4. og 5. lændehvirvel. Endvidere var der på samme niveau fundet forsnævring mellem hvirvelbuerne med mulighed for tryk på rygmarvsnerverne under deres passage herigennem. Efter en yderligere røntgenundersøgelse blev der planlagt operation. Den 9. april 2002 blev patienten under røntgengennemlysning opereret af en 1. reservelæge, der foretog operationen på og omkring, hvad denne mente var 4. lændehvirvel. Tre dage senere blev der foretaget en kontrolrøntgenundersøgelse. Undersøgelsen viste, at patienten var blevet opereret på forkert niveau, idet hun var blevet opereret på 3. lændehvirvel i stedet for på 4. lændehvirvel.*

*Der blev klaget over, at 1. reservelægen havde opereret på et forkert niveau i ryggen, og at patienten derfor måtte reopereres.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af 1. reservelægen. Nævnet lagde vægt på, at patienten under operationen lå i bugleje, og at der til identifikation af det korrekte hvirvelniveau blev anvendt røntgengennemlysning. Røntgengennemlysningen blev udført på et tidspunkt, hvor hvirvlernes torntappe var synlige, og der blev ikke angivet problemer med billedkvaliteten under røntgengennemlysningen.

Det var herefter nævnets opfattelse, at en forkert niveaubestemmelse ved en korrekt anvendelse af røntgenapparatet, uanset om der blev anvendt vandret eller lodret røntgenstrålegang, alene kan skyldes en forkert tolkning af gennemlysningsbilledet.

- **Klage over operation for forsnævring ud fra 4. lændehvirvel foretaget på forkert niveau (0337816P)**

*En 52-årig mand blev den 14. maj 2001 opereret af en overlæge på grund af en forsnævring af rygmarvskanalen ud for 4. lændehvirvel. Overlægen fandt indikation for at fjerne hvirvelbuen på 4. lændehvirvel og fjernede derfor, hvad han mente var næstnederste frie hvirvelbue og fandt betydelige slidgigtsforandringer. Det var vanskeligt at komme til ved operationen, men trykket på nerverødderne blev fjernet, således at nerverødderne kunne følges ud. Overlægen bemærkede, at 5. rod lå ejendommeligt langt tilbage i rygmarvskanalen, men fandt, at lændeskiven var fuldstændig fast og ueftergivelig. Senere samme dag oplyste patienten, at de tidligere udstrålende smerter var forsvundet. Dagen efter klagede patienten over kvalme, men kunne bevæge sig frit.*

*Den 16. maj 2001 blev der foretaget kontrolrøntgen af lænderyggen. Undersøgelsen viste, at operationen var foretaget på 3. lændehvirvel og ikke på 4. lændehvirvel, hvor forsnævringen befandt sig. Patienten blev derefter tilbudt reoperation, så snart ryggen var helet. Den 6. juni 2001 fandt overlægen, at såret var helet perfekt, og der var indikation for operation den følgende uge.*

*Den 22. juni 2001 blev patienten reopereret. Der blev foretaget kontrolrøntgen den 26. juni 2001. Ved kontrol i neurokirurgisk ambulatorium den 12. juli 2001 var der fortsat muskelsmerter i begge ben og føleforstyrrelser i højre fod.*

*Der blev klaget over, at patienten blev opereret på fejlagtigt niveau (3. i stedet for 4. lændehvirvel), og at det derfor var nødvendigt med en reoperation.*

*Der blev endvidere klaget over, at lægerne ikke fandt grundlag for at indkalde patienten akut til reoperation.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke er muligt med absolut sikkerhed at bestemme, hvilken hvirvelbue man opererer på.

Nævnet oplyste, at sikkerheden kan øges ved anvendelse af røntgenundersøgelse under operationen. Dette skal opvejes mod den øgede risiko for betændelse, forlængelse af operationstiden og udsættelse for røntgenstråling, og røntgenundersøgelse anvendes derfor ikke rutinemæssigt.

Nævnet lagde desuden vægt på, at der ikke altid opnås det ønskede resultat ved operation for forsnævring af rygmarvskanalen.

Nævnet oplyste, at dette kan skyldes, at der kan være konkurrerende årsager til symptomerne. Forsnævring i rygmarvskanalen ses normalt i forbindelse med slidgigt i rygsøjlen. Slidgigten vil efter en operation stadig kunne give anledning til smerter. Påvirkning af nerverødderne med følenedsættelse kan desuden forekomme, især hvis rødderne er irriterede og trykkede, uanset hvor forsigtigt indgrebet udføres.

Nævnet lagde endelig vægt på, at det beror på et skøn, hvorvidt man foretager reoperationen umiddelbart efter, at man har opdaget, at en operation er foretaget på det

forkerte niveau, eller om man venter til operationsfeltet er faldet til ro.

#### **4.4 Klager vedrørende andre forhold ved operation**

Nedenstående 4 afgørelser omhandler andre forhold med hensyn til selve udførelsen af den pågældende type operation. Der blev i disse sager ikke givet kritik af behandlingen. Afgørelserne viser, at forværring eller manglende bedring af patientens gener efter operation ikke blev anset for at være udtryk for kritisabel behandling, da operatøren havde anvendt en almindelig anerkendt metode, og der ikke er en klar sammenhæng mellem symptomerne og de objektive postoperative fund.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en konkret sag ikke fandt grundlag for kritik af en behandling, selv om der var sket en lettere beskadigelse af en af de frilagte nerverødder, da dette måtte anses som en hændelig og uafvendelig mulig komplikation ved operation for forsnævring af rygmarvskanalen.

- **Klage over forværrede vandladningssymptomer og fortsatte lændesmerter efter operation (0340129P)**

*En 67-årig kvinde havde gennem 2 – 3 år blandt andet haft tiltagende smerter lavt i lænden med udstråling til venstre hofte og ben og desuden vandladningsforstyrrelser gennem et halvt år. Der var endvidere nedsat gangfunktion, idet patienten ofte måtte sidde ned for at mindske gangproblemerne. En MR-scanning viste forsnævring af rygmarvskanalen udfor overgangen mellem 3. og 4. lændehvirvel samt overgangen mellem 4. og 5. lændehvirvel, og en overlæge tilbød operation med henblik på at frilægge rygmarven (lumbal laminectomi). Denne operation blev foretaget den 25. januar 2002, hvor overlægen fandt meget snævre forhold, men kunne fortage en frilægning af 4. og 5. nerverod i lændedelen. Ved operationen opstod der en beskadigelse af den hårde rygmarvshinde (dura mater), som overlægen syede.*

*I efterforløbet var der fortsat kraftige lændesmerter og betydelige vandladningsforstyrrelser. Patienten var afhængig af at skulle anvende kateter til at tømme blæren fuldstændigt.*

*Der blev klaget over, at selvom behandlingen havde medført en forbedring af rygmerterne, så var det ikke sket i en sådan grad, som patienten havde forventet.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens behandling. Nævnet lagde vægt på, at

det primære mål i patientens tilfælde var at bedre gangfunktionen (forlænge gangdistancen) samt at lindre smerterne i det venstre ben.

Nævnet oplyste, at målet med en lumbal laminektomi (frilæggelse af rygmarven) er at skabe bedre plads til nerverne i rygmarvskanalen. Den type forsnævring i rygmarvskanalen, som forelå i patientens tilfælde, skyldtes slidgigtsforandringer, hvor led og ledbånd fylder mere end normalt, og derved kommer til at klemme på nerverne i rygmarvskanalen. Det primære mål for operationen var derfor at lindre smerterne i benene, som kan relateres til nerverne, der er i klemme i ryggen. Chancen for at opnå en betydelig bedring af disse gener ved operation er cirka 70 %.

Nævnet lagde desuden vægt på, at en efterfølgende (postoperativ MR-scanning) viste, at operationen var foretaget på det rigtige niveau, og at der var normale forhold både i spinalkanalen og omkring nerverødderne.

Nævnet oplyste, at lændesmerter ofte optræder samtidig med en forsnævring af rygmarvskanalen. En betydelig reduktion af rygsmerterne er imidlertid langt mindre sandsynlig end lindring af symptomerne i benene. Dette forhold skyldes formodentligt, at rygsmerter langt fra altid er forårsaget af, at det er nerver, der bliver klemt i rygmarvskanalen, men ofte er forårsaget af selve slidgigtsforandringerne i lænderyggen. Dette kan sidestilles med slidgigt i knæ eller hofter.

Nævnet lagde endelig vægt på, at patienten ved operationen opnåede en betydelig bedring af gangfunktionen, lindring af rygsmerterne samt lindring af smerterne i det venstre ben, og at det ikke var muligt med sikkerhed at angive årsagen til forværringen af vandladningssymptomerne.

Nævnet oplyste herved, at der efter den pågældende type operation ganske ofte ses en forbigående forværring af bestående vandladningsgener eller nyopståede vandladningsgener hos patienter, der ikke tidligere har haft vandladningsgener. Det er sjældent, at disse består gennem længere tid, som i patientens tilfælde, hvorfor de vedvarende vandladningsgener formodentligt skyldtes en påvirkning af nerver af betydning for vandladningsfunktionen under operationen den 25. januar 2002. Dette er en sjælden, men kendt komplikation.

Nævnet oplyste videre, at de væsentligste risici ved den pågældende type operation er sårbetændelse (cirka 1 %), skade på den hårde hjernehinde (cirka 5 %), skade med nerver

(under 1 %), manglende effekt på symptomerne, forværring af rygsmerter, som ofte er forbigående, operation på forkert højde samt utilstrækkelig plads i rygmarvskanalen efter operationen.

- **Klage over ændret følsomhed i højre ben og fod efter operation for forsnævring i rygmarvskanalen i lænden (0122418P)**

*En 62-årig mand havde igennem et års tid haft smerter i højre fod og ben, strålende op i lænden, og smerterne blev forværret ved gang. En overlæge på en neurokirurgisk afdeling fandt ved en undersøgelse let nedsat kraft ved løft af højre fod. En røntgenundersøgelse af ryggen viste derudover afklemning af en af nerverødderne på højre side (5. lumbale nerverod), som kunne forklare smerternes udbredelse og den nedsatte muskelkraft i højre fod, og der blev tilbudt operation.*

*Ved operationen fandt overlægen dårlige pladsforhold omkring både 4. og 5. lumbale nerverod. Nerverødderne blev frilagte ved at fjerne en del af hvirvelsøjlepladen. Efter operationen aftog smerterne, men patienten havde snurrende fornemmelser i højre ben. Der var desuden let nedsat kraft ved løft af højre fod og højre storetå samt ændret følsomhed på noget af benet og foden (svarende til 5. lumbale nerverod).*

*Der blev klaget over, at overlægen ved operationen delvist beskadigede en nerve i patientens højre ben.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen under operationen fjernede en del af hvirvelpladen fra 4. lændehvirvel, og at der ikke blev registeret komplikationer i forbindelse med operationen. Nævnet lagde desuden vægt på, at patientens smerter var aftaget umiddelbart efter operationen, og at der ved udskrivelsen kun var få restsymptomer, ligesom patienten kunne gå på både hæle og tæer.

Nævnet lagde desuden vægt på, at føleforstyrrelserne i højre ben efter indgrebet måtte anses for at være udtryk for en lettere beskadigelse af en af de frilagte nerverødder.

Nævnet oplyste herunder, at det er en velkendt komplikation til en operation for forsnævring af rygmarvskanalen, og at en sådan beskadigelse af nerveroden må betragtes som en hændelig komplikation.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en konkret sag ikke fandt grundlag for kritik af operatøren,

selv om der indtrådte en alvorlig komplikation efter indgrebet, da det blev lagt til grund, at komplikationen var uafvendelig og uforudsigelig.

- **Klage over lammelse af højre ben og følelseløshed i baldeområdet opstået kort tid efter operation for forsnævring i rygmarvskanalen (0337826P)**

*En 67-årig mand blev den 8. april 2002 opereret i lænden for en forsnævring af rygmarvskanalen (lumbal spinalstenose) af en overlæge på en neurokirurgisk afdeling. Forud for operationen havde patienten sin fulde førlighed, men han havde gennem ca. et halvt år haft smerter svarende til balderne og bagsiden af begge lår, som blev forværret under gang, sås at han kunne gå knap en kilometer og med smerter fra 50-100 meters gang. Samme dags aften var patienten velbefindende, men havde blandt andet snurrende fornemmelser i balderne og ned i begge ben, og han kunne ikke mærke vandladningstrang.*

*Den 9. april 2002 blev der ved stuegang konstateret en blødning under huden. Senere samme dag indtraf pludselig lammelse af højre ben, hvorfor der blev foretaget akut CT-scanning af lænderyggen. Scanningen viste en blodansamling i rygmarvskanalen, og der blev foretaget en akut reoperation. Ved indgrebet blev der fundet en stor blodansamling, som havde perforeret senelaget. Blodansamlingen blev fjernet, og da der var blødning fra begge sider under lændehvirvelkanten (laminakanten), lagde man blodstandsende materiale på begge sider samt et dræn under musklerne (subfascielt dræn).*

*Efterfølgende var patienten lammet i højre ben, følelseløs i ridebukseområdet og ned af benene, samt uden kontrol over vandladning og afføring. Den 23. april 2002 blev patienten udskrevet fra neurokirurgisk afdeling til fortsat genoptræning.*

*Der blev klaget over, at operationen resulterede i en stor blodansamling på højre side af ryggen, og at patienten blev lam og følelseløs fra hoften og nedefter, ligesom der skete lammelse af blære og tarm.*

*Der blev endvidere klaget over, at patienten på intet tidspunkt blev informeret om, at operation for forsnævring af rygmarvskanalen i lænden kunne få så alvorlige følger.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens operation af patienten. Nævnet lagde vægt på, at der blev anlagt dræn efter operationen, og at der under operationen desuden blev indlagt et stykke blødningsstandsende stof (Lyostypt).

Nævnet oplyste, at de almindeligste komplikationer ved operation for forsnævring af rygmarvskanalen i lænden er blødning og betændelse. I sjældne tilfælde kan der komme en nervepåvirkning enten direkte under operationen eller ved tryk fra en efterfølgende blødning. Det er sjældent muligt at opnå fuldstændig blødningsstandsning efter denne type operationer, hvorfor det ofte vælges rutinemæssigt at anlægge dræn efter operationen. Selv om man er omhyggelig med blødningsstandsning under en operation, vil man ikke kunne sikre sig mod en vedvarende blødning fra for eksempel en lille hudpulsår.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for kritik af overlægens information af patienten.

Nævnet oplyste, at det fremgår af vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., at en sundhedsperson skal informere om en behandlings nærliggende risiko for alvorlige komplikationer eller bivirkninger. Der skal ofte gives information, når en behandlings eventuelle komplikationer eller bivirkninger er alvorlige og sjældent forekommende.

Det var nævnets opfattelse, at patientens komplikationer måtte anses for at være alvorlige og sjældent forekommende. Nævnet fandt, at der ikke kunne kræves information om den type nervepåvirkning, som patienten fik.

- **Klage over svær kraftnedsættelse af venstre albue- og skulderled efter operation for to rygmarvsforsnævninger i nakken (0124003P)**

*En 50-årig kvinde blev undersøgt af en afdelingslæge på en neurokirurgisk afdeling, da hun gennem cirka fem år havde lidt af smerter i nakken, ned mellem skulderbladene, udover venstre skulder, ned i venstre arm og ud i to fingre, samt havde haft smerter i lænden. En MR-scanning viste arvævsforandringer ud for niveauet lændehvirvel 4 og 5., men der var ingen prolaps eller rodpåvirkning, hvorfor der ikke kunne tilbydes operativ behandling. Tre måneder senere kom patienten til ambulant kontrol, og det blev besluttet at foretage en MR-scanning af halsrygsøjlen for at finde ud af, om der var sammenhæng mellem hendes smerter i nakken samt venstre arm og eventuelle forandringer i nakken. Scanningen viste to forsnævninger, som trykkede på nerverødderne, og der blev planlagt en operation (Frykholm og Clowardteknik) heraf.*

*Operationen foregik uden komplikationer, men på grund af særdeles trange pladsforhold var aflastningen af den nederste nerverod i nakken (C6) vanskelig. Efter operationen var der bedring af smerterne i venstre arm, men der opstod svær kraftnedsættelse af venstre*

*albue- og skulderled, men ikke svarende til håndled.*

*Der blev klaget over, at patienten havde fået det betydeligt værre efter operationen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af patienten. Nævnet lagde vægt på, at aflastningen af den nederste nakkenerverod var vanskelig på grund af særdeles trange pladsforhold, og at der efter indgrebet blev foretaget en opfølgning med blandt andet en neurofysiologisk undersøgelse.

Nævnet oplyste, at der er en lille risiko for beskadigelse af nerverødderne ved operation for slidgigtforandringer i nakken. Da pladsen i rodkanalen er snæver netop på grund af slidgigtforandringer, er der en risiko for tryk på nerven fra de instrumenter, der anvendes til at udvide rodkanalen. Sådanne komplikationer er sjældne og hændelige.

## **5 KLAGER OVER DIAGNOSTIK AF BRYSTKRÆFT, UDREDNING I SYGEHUSVÆSENET**

### **5.1 Indledning**

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i december 2004 udsendt en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende klager over diagnostik af brystkræft (2001- 2003).

Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer.

Dette kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens afsnit 5 om tilrettelæggelse af visitation og diagnostisk udredning og kapitel 8 vedr. klager i forbindelse med udredning i sygehusvæsenet.

### **5.2 Tilrettelæggelse af visitation og diagnostisk udredning**

I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning og til anbefalinger i DBCG<sup>1</sup>s-retningslinier bør udredning af symptomer fra brystet eller forandringer i brystet følge det såkaldte triple-diagnostiske princip. Herved forstås en udredningsproces, der omfatter følgende tre led:

- 1) Klinisk vurdering
- 2) Billeddiagnostisk undersøgelse (mammografi/ultralydsskanning)
- 3) Finnålsaspiration til celleundersøgelse (cytologisk undersøgelse) eller eventuel grovnålsbiopsi til mikroskopisk undersøgelse (histologisk undersøgelse).

Det fremgår videre af vejledningen, at den følelige (palpable) solide knude i brystet er hovedmålet for triple-testen. Hvis alle tre led i udredningsprocessen (klinisk vurdering, billeddiagnostisk undersøgelse og finnålsaspiration) overensstemmende viser fund forenelige med ondartede forandringer (malignitet/tripleddiagnostisk konkordans), er brystkræft-diagnosen i princippet bekræftet. Tilsvarende er det i princippet afklaret, at der er tale om godartede forandringer, hvis disse tre led i testen overensstemmende viser godartede (benigne) fund.

Hvis der er uoverensstemmelse mellem de tre testudsagn, er triple-testen inkonklusiv. Udredningen bør i så fald fortsætte og udvides enten med grovnålsbiopsi eller, hvis denne ikke entydigt kan afklare diagnosen, fjernelse af forandringen til mikroskopisk undersøgelse.

---

<sup>1</sup> Danish Breast Cancer Group

En forudsætning for triplediagnostikkens sikkerhed er, at alle testens tre led kan vurderes. Der kan således ikke opnås overensstemmelse (triple-diagnostisk konsensus), hvis en følelig knudedannelse ikke kan ses radiologisk, eller hvis finnålsaspiratet er utilstrækkeligt.

Hvor der ikke findes nogen følelig knude, men foreligger symptomer eller fund af anden karakter, der rejser mistanke om brystkræft, kan triple-testen i reglen ikke anvendes. Udredningsprocessen følger dog samme princip i ovennævnte 2 situationer, men den diagnostiske strategi og samlede diagnostiske konklusion bør her hvile på en fælles vurdering i det tværfaglige team af specialkyndige (kirurg, radiolog og cytolog/patolog), der forestår udredningen på linie med de situationer, hvor der ikke er entydig triple-diagnostisk konsensus.

Det triple-diagnostiske udredningssamarbejde varetages ifølge vejledningen fra Sundhedsstyrelsen og DBCG bedst i et integreret diagnostisk system, der bygger på et regelsat tværfagligt samarbejde mellem primærsektor (almen praksis og speciallægepraksis) på den ene side og på den anden side et team af specialkyndige i mammasygdomme (kirurger, radiologer og patologer) i sygehusregi.

I det integrerede diagnostiske samarbejde bør der være aftalt klare retningslinier for henvisning og visitation og for den diagnostiske udredning, herunder forløbsansvaret. Det vil sige, at der må være en klar og entydig placering af ansvaret for den samlede vurdering af udredningen og meddelelse om resultatet heraf til patienten.

Det typiske henvisningsmønster bør være, at den praktiserende læge udvælger/henviser patienterne til udredning i det integrerede diagnostiske system.

Patienter, der af praktiserende læge henvises til udredning på grund af vage eller uspecifikke (eventuelt uden) symptomer, udgør erfaringsmæssigt en stor del af den gruppe, som bliver undersøgt. Disse patienters indgang til udredning kan være billeddiagnostisk undersøgelse, som eventuelt kan foregå hos privatpraktiserende radiolog. Patienter med specifikke symptomer eller forandringer, der rejser mistanke om brystkræft, henvises sædvanligvis direkte til det integrerede diagnostiske system.

Hvad angår ansvarsplacering må hovedreglen være, at den alment praktiserende læge/praktiserende speciallæge har det overordnede ansvar for de patienter, der udredes *uden for* det integrerede diagnostiske system. Der vil her typisk være tale om patienter, hvor en kræftdiagnose er usandsynlig, eller hvor en kvinde er uden symptomer (såkaldt gråzonescreening). For patienter, der henvises til undersøgelse og udredning *i* det integrerede diagnostiske system, overføres det diagnostiske ansvar til systemet, sædvanligvis til den speciale-ansvarlige mammakirurg, eller en

radiolog med særlig erfaring i mammadiagnostik. Der bør være indgået klare aftaler i det integrerede diagnostiske system om, hvem der har forløbsansvaret.

### **5.3 Klager i forbindelse med udredning i sygehusvæsenet**

En del patienter vil af den praktiserende læge på mistanke om brystkræft blive henvist til videre udredning ved en ambulant undersøgelse i sygehusregi, hvor mammakirurg, radiolog og patolog kan samarbejde om at få diagnosen afklaret ved et enkelt eller få besøg. Rækkefølgen af undersøgelserne i tripletesten bør ideelt være mammakirurgisk vurdering, billeddiagnostisk vurdering og en celleundersøgelse/vævsprøve.

Den kliniske vurdering kan eventuelt revurderes efter den billeddiagnostiske undersøgelse, inden der foretages en celleundersøgelse/vævsprøve, idet en eventuel blødning i brystet opstået i forbindelse med en celleundersøgelse/biopsi kan sløre fundet ved føleundersøgelsen. Endvidere kan det være nødvendigt på ny at gennemføle et område i brystet, hvis billediagnostikken viser suspekterede forhold, som ikke blev fundet ved den oprindelige føleundersøgelse.

Nedenfor følger afgørelser, som belyser nævnets praksis i forbindelse med udredning af brystkræft i sygehusregi.

#### **5.3.1 Klager i forbindelse med klinisk undersøgelse**

Den kliniske undersøgelse indgår som anført som en vigtig del af udredningen i forbindelse med diagnostik af brystkræft. Nævnet har på nuværende tidspunkt ikke truffet nogen afgørelse, der belyser denne problematik.

#### **5.3.2 Klager i forbindelse med billeddiagnostisk undersøgelse**

Hos kvinder mellem 25 og 30 år med symptomer vil man normalt kun foretage ultralydsundersøgelse af brysterne og ikke mammografi, idet mammografi generelt ikke er følsom hos unge kvinder med tæt kirtelvæv. Hos kvinder over 40 år vil man normalt foretage mammografisk undersøgelse, i reglen suppleret med ultralydsundersøgelse. I gruppen mellem 30 og 40 år tager man individuelt stilling til undersøgelsesformen.

Smerter i brystet (mastalgi) kan være symptom på brystkræft, også som første og eneste symptom. Det er dog et sjældent forekommende fænomen.

Mammografi er en metode til nærmere at få beskrevet en foreliggende forandring, men undersøgelsen kan ikke bruges til at udelukke, at hårde eller forandrede (fortættede) partier i et bryst er ondartede, hvilket nedenstående afgørelse illustrerer.

- **Klage over at radiologisk afdeling ikke havde iværksat tilstrækkelige undersøgelser (0336304P)**

*En 44-årig kvinde blev i juli 1998 undersøgt på en radiologisk afdeling, da hendes højre bryst var knudret, og der var siven fra højre brystvorte. Ved føleundersøgelse blev vævet i højre bryst fundet moderat småknudret. Der følte endvidere et område med tæt knudret kirtelvæv, adskilt fra det omgivende væv. Mammografien viste godartet lidelse (tæt fibroadenomatose), og svarende til følefundet blev der påvist et kirtelområde. En supplerende ultralydsundersøgelse viste enkelte, ganske små cyster, men ellers kirtelvæv. Der var ikke tegn på knudedannelse.*

*I juni 2000 fik patienten på ny foretaget mammografi samt ultralydsundersøgelse af begge bryster, da hun stadig fra højre brystvorte havde siven, som ind imellem var blodig. 1. reservelægen vurderede, at mammografien viste, at der fortsat var let til moderat godartet knudedannelse på begge sider, og at der var et tydeligt isoleret område i højre bryst med markeret kirtelområde. Dette område var mærkbart. Forandringerne på mammografien fremtrådte lidt voldsommere end på mammografien foretaget i 1998, men forskellen blev tilskrevet tekniske årsager. Ved føleundersøgelse og ultralydsundersøgelse blev der ikke fundet yderligere tegn på ondartede forhold. Det blev beskrevet i den endelige røntgendiagnose, at billedet nærmest var uforandret. Der blev ikke anført forslag vedrørende yderligere udredning.*

*Patienten fik i maj 2002 fjernet højre bryst på grund af kræft.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der på radiologisk afdeling i 1998 og 2000 ikke blev iværksat tilstrækkelige undersøgelser og kontrol af patientens højre bryst.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den overlæge, som undersøgte patienten i juli 1998, idet der ved undersøgelsen ikke blev fundet noget, der tydede på en ondartet knude.

Nævnet fandt derimod anledning til kritik af den 1. reservelæge, som undersøgte patienten i juni 2000, idet den foretagne mammografi efter nævnets vurdering viste, at der var sket en markant ændring af området i højre bryst med en stor sammenhængende knudedannelse. Da fundet var stærkt suspekt for ondartet knude, fandt nævnet således, at der burde have været foretaget en biopsi fra området.

Nævnet fandt endvidere, at 1. reservelægen burde have henvist patienten til kirurgisk vurdering, uanset udfaldet af mammografien.

Kirtelvævsfortykkelse (småcystisk fibroadenomatose) er en godartet tilstand. Forkalkninger kan ses som et led i denne godartede lidelse (skleroserende adenose). Forkalkninger kan dog også være led i en begyndende kræftknude, hvilket nedennævnte afgørelser viser.

- **Klage over manglende diagnostik af brystkræft (012416A)**

*En 59-årig kvinde blev på grund af et fortykket vævsområde på ca. 2 x ½ cm i venstre bryst undersøgt i december 1998 af en 1. reservelæge. Der blev foretaget mammografi af venstre bryst, som viste et ca. 5 cm stort område med småforkalkninger. I den ene optagelse sås over midten af venstre bryst et område på ca. 4 x 4 cm med utallige grovere og finere forkalkninger. Der sås ikke nogen sikker knude i området, men bindevævet havde en lidt stjerneformet konfiguration. Ved føleundersøgelse blev der fundet et fortykket vævsområde opadtil i venstre bryst, men der blev ikke følt nogen knude eller fundet lymfeknuder, hudforandringer eller forandringer i brystvorten. Ved ultralydsundersøgelse var det ikke muligt at adskille det fortykkede område fra det omgivende kirtelvæv, hvorfor det ikke var muligt at udtage en biopsi fra området. 1. reservelægen forelagde undersøgelsens resultat for en afdelingslæge, som på baggrund af forkalkningernes størrelse, form og fordeling var enig i, at der ikke var nogen sikker mistanke om en ondartet sygdom, hvorfor der blev aftalt kontrolmammografi efter 3 måneder.*

*I marts 1999 blev patienten undersøgt af en reservelæge. Der blev ikke mærket nogen knude i patientens venstre bryst. Der blev foretaget mammografi, som var uændret i forhold til undersøgelsen i december 1998. Der blev ikke fundet forandringer, der gav mistanke om kræftsygdom. En ultralydsundersøgelse viste normale forhold, og reservelægen fandt ikke grundlag for yderligere kontrol. En afdelingslæge godkendte og kontraserede reservelægens beskrivelse. I maj 2000 blev der ved fjernelse af venstre bryst fundet en 2 cm stor kræftknude samt spredning af kræft til 13 lymfekirtler.*

*Der blev klaget over, at lægerne ved mammografien i december 1998 afviste at tage en prøve og ikke stillede en korrekt diagnose. Der blev videre klaget over, at lægen i marts 1999 ikke undersøgte patienten tilstrækkelig grundigt, ikke stillede en korrekt diagnose og ikke sørgede for efterfølgende kontrol.*

Nævnet vurderede, at forkalkningerne og deres lokalisering til et begrænset område i brystet var så karakteristiske for en ondartet knude udgående fra slimhinden i brystkirtlens gangsystem, at der i beskrivelsen burde have været rejst mistanke om ondartet knudedannelse og anbefalet vævsprøvetagning fra området vejledt af røntgen.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere 1. reservelægen for hendes behandling af patienten i december 1998, idet hun var under uddannelse som radiolog, og hun, da hun var usikker på sin vurdering, tilkaldte en afdelingslæge, før hun tog endelig stilling.

Nævnet fandt derimod grundlag for at kritisere afdelingslægens behandling af patienten i december 1998, idet hun burde have ændret 1. reservelægens beskrivelse og rejst mistanke om en ondartet knude udgående fra slimhinden i brystkirtlens gangsystem opadtil i venstre bryst.

Videre fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere reservelægen for undersøgelsen af patienten i marts 1999, idet der ved undersøgelsen ikke blev bemærket nogen knude i patientens venstre bryst, og reservelægen var bekendt med, at 2 læger ved undersøgelsen i december 1998 ikke havde fundet grundlag for mistanke.

Derimod fandt nævnet grundlag for at kritisere afdelingslægen, idet mammografien var beskrevet uændret, og der således i venstre bryst var forkalkninger, som burde have givet stærk mistanke om ondartede forandringer, hvorfor afdelingslægen burde have foranlediget vævsprøvetagning fra området vejledt af røntgen.

- **Klage over at der ikke blev taget prøve af cyste og over manglende efterkontrol (0232324P)**

*En 64-årig kvinde bemærkede i januar 1999 en knude i venstre bryst. Den praktiserende læge henviste hende til mammografi, og det blev anført på henvisningssedlen, at hun gennem 2-3 måneder havde mærket en knude i venstre bryst, placeret i midterlinien nedadtil i brystet (klokken 6). Knuden var ca. 1 cm stor, fast og forskydelig i forhold til hud og underlag. Der var ingen hævelse af lymfeknuderne i armhulen. Undersøgelsen forgik i januar 1999 med foretagelse af mammografi og ultralydsundersøgelse. Brysterne blev vurderet til at være lidt knudrede, men uden knuder. Ved ultralydsundersøgelse fandtes flere vandcyster, og i venstre bryst blev der udmålt en simpel cyste svarende til 14 mm. Den undersøgende 1. reservelæge fandt herefter ikke indikation for yderligere udredning.*

*I november 2000 fandt patienten, at vandcysten begyndte at genere, og hun gik til den praktiserende læge, der henviste til fornyet mammografi. På henvisningen var anført, at den*

*tidligere påviste vandcyste var vokset betydeligt. Der blev foretaget fornyet mammografi af en afdelingslæge, som fandt en stor uskarp afgrænset knudret bløddelsfortætning i øvre ydre del af venstre bryst. Der blev derefter foretaget fjernelse af venstre bryst, som viste kræftknode med spredning til lymfeknuderne i venstre armhule.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev taget nogen prøve af cysten, og at der ikke blev aftalt nogen efterfølgende kontrol.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, idet 1. reservelægen i januar 1999 foretog en føleundersøgelse, mammografi og ultralydsundersøgelse, hvorved der blev påvist flere cystiske processer i venstre bryst, specielt en 14 mm stor cyste. Resultaterne fra de billeddiagnostiske undersøgelser svarede til det, der blev konstateret ved føleundersøgelsen, idet mammografien viste en typisk cyste med tæt kirtelstruktur på begge sider, men ingen afgrænset knude og specielt intet, der skulle give mistanke om en ondartet knude.

Det var således nævnets opfattelse, at den knude, der blev fundet i marts 2000, ikke var konstaterbar ved føleundersøgelse eller ved mammografi i 1999, og efter beskrivelsen heller ikke var synlig ved ultralydsundersøgelsen.

- **Klage over manglende konstatering af kræftknode i venstre bryst (0230505A)**

*En 52-årig kvinde fik efter henvisning fra den praktiserende læge foretaget føleundersøgelse, mammografi og ultralydsundersøgelse af venstre bryst med henblik på nærmere undersøgelse af en knude i brystet. Ved føleundersøgelsen blev der fundet et ujævnt område med let øget vævstæthed i venstre bryst, men ingen egentlige knuder. Endvidere sås på mammografien (sammenholdt med en mammografi to år tidligere) en lidt tættere forandring af vævet i brysterne. Ultralydsundersøgelsen af begge bryster viste enkelte spredte slagskygger, formentlig på grund af godartede forkalkninger, samt en 10 mm velafgrænset godartet udseende knude i højre bryst. Overlægen vurderede ved sin undersøgelse, at der formentlig var tale om godartede forkalkninger, men overlægen fandt, at fundet burde kontrolleres yderligere. Patienten fik ca. 1 år senere ved undersøgelse på sygehus konstateret kræft i venstre bryst.*

*Der blev klaget over, at overlægen ved undersøgelsen overså kræftknuden i venstre bryst.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen, herunder ikke grundlag for at kritisere, at overlægen ikke fandt anledning til at foretage en biopsi.

Patientklagenævnet kunne oplyse, at en slagskygge er en karakteristisk sort stribe som optræder, hvor ultralyden rammer en kraftigt reflekterende struktur. De fleste strukturer kan under passende omstændigheder afgive slagskygger, mens en ondartet knude ofte forårsager kraftig slagskyggedannelse.

### **5.3.3 Klager i forbindelse med udtagelse af celleprøve og vævsprøve (cytologi og biopsi)**

De anbefalede retningslinier vedrørende kvinder med lidelser i brystet indebærer som ovenfor anført 3 led, nemlig klinisk undersøgelse, billeddiagnostisk undersøgelse og, hvor det er indiceret, celleundersøgelse og/eller vævsprøve.

Der er tilfælde, hvor en klinisk undersøgelse afslører en knude i brystet, som ikke er synlig på mammografi eller ved ultralydsundersøgelse. Her er den anbefalede fremgangsmåde at fortage en nålebiopsi.

Nedenfor er refereret nogle sager, hvor nævnet har taget stilling til klager over, at der ikke blev foretaget celleundersøgelse/vævsundersøgelse.

- **Klage over overset knude på mammografibillede og over, at der ikke blev foretaget cytologi/biopsi (0123514A)**

*En 55-årig kvinde havde de seneste 9 år regelmæssigt fået foretaget mammografi. Ved undersøgelse i februar 1999 blev der fundet spredte, lidt uregelmæssige forkalkninger i højre bryst, og ved undersøgelse i februar 2000 blev der gjort uændrede fund set i forhold til undersøgelsen året forinden, hvorfor der ikke blev fundet indikation for at foretage finnålsbiopsi. Ca. 4 måneder senere opdagede patienten en knude i højre armhule, og ved mammografi blev der fundet forandringer, der gav mistanke om en ondartet knude. Efterfølgende blev der fundet kræft med spredning til lymfeknuderne.*

*Der blev klaget over, at lægen overså en knude på mammografibilledet og ikke foretog finnålsbiopsi.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den læge, der gennemførte undersøgelse i februar 1999 og 2000. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om der var blevet foretaget finnålsbiopsi fra det område, hvor der var kommet små uregelmæssige forkalkninger i 1999, idet disse kunne være led i en begyndende kræftknude.

Nævnet lagde herved vægt på, at brysterne havde en meget stor forekomst af bindevævsforandringer, og at de på mammografibilledet fremkomne lidt uregelmæssige forkalkninger blev tilskrevet disse bindevævsforandringer.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at undersøgelsen blev suppleret med ultralydsundersøgelse og gennemføling af brysterne, og at lægen på denne baggrund vurderede, at der ikke var tegn på suspekte forandringer.

#### **5.3.4 Klager i forbindelse med inkonklusivt resultat af tripletesten**

Som tidligere nævnt kan tripletesten kun anvendes, hvis alle tre led kan vurderes. Der skal være et følefund, som kan bedømmes, og knuden skal kunne ses og bedømmes på mammografibilledet. Endvidere skal nålebiopsien indeholde celler fra knuden, for at undersøgelsen er konklusiv.

I nedennævnte sag var der uoverensstemmelse mellem de tre testudsagn i tripletesten, idet der ved føleundersøgelsen og ultralydsundersøgelsen blev påvist forhold, der var forenelige med en kræftknude, mens nåleprøven viste normalt kirtelvæv.

- **Klage over fejlvurdering af undersøgelsesresultat (0128714A)**

*En 39-årig kvinde, som havde selv havde opdaget en knude i højre bryst, fik d. 9. september 1999 foretaget klinisk undersøgelse, mammografi og ultralydsundersøgelse på en røntgenafdeling. Ved den kliniske undersøgelse blev der påvist en ca. 1 cm stor knude som var hård, fast og knudret, men forandringen kunne ikke ses på mammografien. Ved ultralydsundersøgelse kunne man svarende til den følte knude finde en ukarakteristisk forandring, der kunne repræsentere en kræftforandring. På dette grundlag blev der anbefalet udtagelse af grovnålsbiopsi. Der blev taget 3 biopsier fra knuden, og den mikroskopiske undersøgelse viste, at det udtagne væv var ret overfladisk og hovedsagelig bestod af hud og underhud. En mindre del af egentligt brystkirtelvæv fremtrådte upåfaldende og konklusionen var, at undersøgelsen ikke viste noget ondartet. Ved efterfølgende konsultation i kirurgisk ambulatorium d. 21. september 1999 oplyste en 1. reservelæge, at prøven viste normalt væv, og at der ikke var grundlag for at fjerne knuden til nærmere undersøgelse. På dette tidspunkt i forløbet kunne den tidligere fundne knude ikke føles. Det viste sig senere (sommeren 2000), at der var tale om en ondartet knude, hvorfor patienten fik fjernet højre bryst.*

*Der blev klaget over, at 1. reservelægen ikke tog resultatet af biopsien op til konference, således at det kunne vurderes, om der skulle tages nye biopsier eller foretages en fjernelse af knuden.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af 1. reservelægen, idet denne burde have foranlediget, at knuden blev fjernet ved åben kirurgisk biopsi med henblik på mikroskopi, da de gennemførte prøver ikke gav et entydigt svar på, om der var tale om en ondartet knude.

## **6 KLAGER OVER UDLEVERING AF MEDICIN FRA APOTEKER**

### **6.1 Indledning**

Patientklagenævnet har i oktober 2004 udgivet en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende udlevering af medicin fra apotek (1999- 2003). Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 3 om klager over udlevering af ukorrekt præparat, ukorrekt styrke af den pågældende medicin eller medicin med ukorrekt doseringsanvisning.

### **6.2 Forveksling**

Ekspeditioner af recepter foregår sædvanligvis på den måde, at en farmaceut eller en farmakonom kontrollerer recepten, herunder at dosering mv. skønnes at være korrekt. Såfremt sundhedspersonen er i tvivl om ordinationen, skal vedkommende rette henvendelse til den læge, der har udskrevet recepten. Der udarbejdes endvidere doseringsetiket med navn på patienten, brugsanvisning med angivelse af indikationen, doseringen og eventuelt anvendelsesmåde mv.<sup>1</sup> Dernæst fremfindes det pågældende lægemiddel, og i den forbindelse kontrolleres det, at der er overensstemmelse mellem recepten og det fremfundne lægemiddel. Kontrol af recept og fremfindning af medicin udføres ofte af samme person.

I forbindelse med udlevering af medicinen til kunden kontrollerer den medarbejder, der udleverer medicinen, at der er overensstemmelse mellem recepten og det fremfundne lægemiddel, herunder at angivelsen på etiketten er i overensstemmelse med recepten. I de tilfælde, hvor patienten ikke får medicinen udleveret straks, kan denne kontrol foretages før udleveringen. På en del apoteker er proceduren, at der skal være to forskellige personer involveret i ekspeditionen, men der er ikke noget lovgivningsmæssigt krav herom. Nogle apoteker benytter en elektronisk strejkodekontrol som den ene kontrol.

Det fremgår af nævnets praksis, at både den person, der foretager receptkontrol og udarbejder doseringsetiket samt den person, der udleverer medicinen, har et ansvar for, at der bliver udleveret det ordinerede præparat.

---

<sup>1</sup> Jf. bekendtgørelse nr. 738 af 2. september 2002 om recepter § 31, stk. 1.

Det fremgår endvidere af nævnets praksis, at nævnet lægger vægt på, at apotekspersonalet er omhyggelig med at kontrollere, at det lægemiddel, der bliver fundet frem, svarer til det, der fremgår af recepten, og at det udleveres i den korrekte styrke og mængde, og med angivelse af den korrekte dosering. Nævnets praksis viser også, at når der udleveres et forkert lægemiddel (afsnit 6.3), lægemiddel i forkert styrke (afsnit 6.4) eller med angivelse af forkert doseringsanvisning (afsnit 6.5), kritiserer nævnet de involverede sundhedspersoner.

### 6.3 Præparat

Det fremgår af nævnets praksis, at sundhedspersonen skal sikre sig, at vedkommende udleverer det rigtige præparat, herunder identificerer præparatet og sammenligner med recepten. De sager, nævnet har behandlet, har oftest drejet sig om forveksling af navne på præparater, der lydæssigt og stavemæssigt ligger meget tæt op ad hinanden.

Nedenfor omtales først 3 sager om udlevering af anden medicin, end det, der ifølge recepten var ordineret. I alle 3 sager fandt nævnet anledning til at kritisere de involverede sundhedspersoner.

- **Klage over udlevering af Ergokoffin i stedet for Ercoquin (0018001P)**

*En kvinde indleverede en recept, som var udstedt til hendes knap 3-årige datter på præparatet Ercoquin. Der blev udleveret præparatet Ergokoffin (der er en middel mod migræne) i stedet for Ercoquin (der blandt andet virker mod betændelse).*

*Der blev klaget over, at der blev udleveret præparatet Ergokoffin i stedet for Ercoquin.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den farmakonom og den farmaceut, der ekspederede kvinden. Nævnet lagde herved vægt på, at de havde fulgt proceduren for receptekspedition, men at begge havde fejllæst recepten, og at de af den grund havde udleveret et forkert præparat.

- **Klage over udlevering af Hexaglucon i stedet for Hexalacton (0342001P)**

*En 72-årig kvinde fik den 29. april 2002 ordineret Hexalacton tabletter, der er et vanddrivende middel. Samme dag blev dette ekspederet på et apotek, der ved en fejl udleverede præparat Hexaglucon (et middel mod sukkersyge) til kvinden.*

*Der blev klaget over, at kvinden fik udleveret Hexaglucon i stedet for Hexalacton, som hendes læge havde ordineret.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af det apotekspersonale, der var involveret i udleveringen af medicin til kvinden. Nævnet indskærpede desuden det pågældende apotekspersonale at udvise større omhu i deres fremtidige virke. Nævnet fandt, at det af hensyn til patientsikkerheden var afgørende, at der i forbindelse med medicinudlevering med videre foretages den rette identifikation af præparat og dosis. Det fremgik af sagen, at der ifølge apotekets instrukser skulle ske en farmaceutkontrol ved modtagelsen af ordinationerne, så vel som en farmaceutkontrol efter fremtagning, etikettering og præparat/etiketkontrol, og at denne procedure var blevet fulgt.

Da nævnet ikke kunne identificere det pågældende apotekspersonale, blev afgørelsen sendt til apotekeren til orientering.

Da nævnet fandt, at der var tale om et kraftigt virkende (potent) præparat, fandt nævnet anledning til at indskærpe overfor de involverede personer, at de skulle udvise større omhu i deres fremtidige virke.

- **Klage over udlevering af Hydroconbitartrat i stedet for Hydrocortison (0229702A)**

*En 5-årig pige, som led af hormonmangel (adrenogenitalt syndrom), blev blandt andet behandlet med præparatet Hydrocortison. I forbindelse med en ordination af dette præparat henvendte hendes far sig til apoteket med henblik på udlevering. Da tabletterne ikke var på lager, blev de af apoteket ved telefaks bestilt på et andet apotek, som imidlertid ved en fejltagelse i stedet sendte Hydroconbitartrat tabletter.*

*Ved modtagelsen af præparatet, foretog to farmakonomer 1. og 2. kontrol af ekspeditionen, men de opdagede ikke, at der var uoverensstemmelse mellem ordinationen og de fremsendte tabletter og etiketterede og udleverede de forkerte tabletter.*

*Efterfølgende blev patienten indlagt med svær mangel på binyrebarkhormon på grund af indtagelse af forkert medicin.*

*Der blev klaget over, at personalet fra apoteket fejlagtigt udleverede Hydroconbitartrat i stedet for Hydrocortison.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af de to farmakonomer i forbindelse med deres ekspedition på apoteket og lagde herved vægt på, at de ved deres 1. og 2. kontrol af ekspeditionen ikke

opdagede, at der var uoverensstemmelse mellem ordinationen og de fremsendte tabletter, som de derfor udleverede.

Nævnet oplyste, at Hydroconbitartrat virker smertestillende og hostedæmpende og ligger tæt på morfin/codein. Hydrocortison er derimod et binyrebarkhormon, der i den aktuelle sammenhæng blev givet som substitutionsterapi.

Sundhedspersonen skal tillige foretage en yderligere kontrol af, om der er overensstemmelse mellem præparatet og den angivne indikation<sup>1</sup>. Dette er illustreret af de to nedenstående afgørelser.

- **Klage over udlevering af Metadon i stedet for Menadion (9909324P)**

*En kvinde henvendte sig på apoteket med en recept, hvor der var anført "Menadion-tabletter à 10 mg, no L, i doseringen 1-2 tabletter dagligt mod K-vitaminmangel". Hun fik udleveret 100 tabletter Metadon, 5 mg, der var mærket i overensstemmelse med receptens anvisninger for Menadion.*

*Kvinden klagede over, at der fejlagtigt blev udleveret Metadon-tabletter i stedet for Menadion-tabletter.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af den apoteksassistent og den farmaceut, der var involveret i ekspeditionen. Nævnet lagde herved vægt på, at apoteksassistenten ikke kontrollerede præparat og varenummer forinden godkendelse af Metadonglassets mærkning i overensstemmelse med recepten. Nævnet lagde videre vægt på, at der var uoverensstemmelse mellem recept og det ekspederede præparat, hvilket burde have været opdaget af farmaceuten.

Nævnet indskærpede overfor apoteksassistenten og farmaceuten at udvise større omhu og samvittighedsfuldhed i deres fremtidige virke. Nævnet lagde herved vægt på, at Metadon er et meget kraftigt og afhængighedsskabende præparat, som er omfattet af loven om euforiserende stoffer, hvilket bør give anledning til skærpet opmærksomhed i forbindelse med ekspeditionen. Der blev videre lagt vægt på, at der blev udleveret Metadon 5 mg, mens receptordinationen lød på 10 mg. Endelig lagde nævnet vægt på, at receptindikationen var "K-vitaminmangel", hvilket ikke stemmer overens med anvendelsesområdet for Metadon.

Af ovenstående sag fremgår, at fejlagtig udlevering af Metadon blev anset for en skærpende omstændighed, idet der var tale om et meget kraftigt og afhængighedsskabende præparat.

---

<sup>1</sup> Jf. receptbekendtgørelsens § 25, stk. 1, nr. 2

- **Klage over udlevering af Inderal tabletter i stedet for Diural tabletter (9908101P)**

*En 80-årig mand indleverede en recept på blandt andet vanddrivende tabletter Diural. Doseringsanvisningen lød på 1 tablet hver morgen. Den farmaceutiske receptkontrol på apoteket gav ikke anledning til bemærkninger.*

*Der blev klaget over, at apoteket fejlagtigt udleverede Inderal i stedet for Diural.*

Patientklagenævnet fandt, at den involverede apoteksassistent havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin ekspedition af recepten. Nævnet lagde vægt på, at apoteksassistenten fejllæste recepten, således at der blev fremfundet beta-receptorblokerende Inderal tabletter, 40 mg, 100 stk. Nævnet lagde endvidere vægt på, at præparatets anvendelse på recepten udtrykkelig var anført som ”vanddrivende”.

Det er nævnets opfattelse, at det ikke er tilstrækkeligt, at der bliver udleveret den medicin, der fremgår af recepten, men også at doseringsetiketterne på hvert glas med medicin skal stemme overens med indholdet, hvilket illustreres af nedenstående afgørelse.

- **Klage over forbytning af etiketter i forbindelse med udlevering af to præparater (9907730P)**

*En mand indleverede om aftenen en recept på to malariaforebyggende præparater, Klorokinofosfat og Paludrine, til et vagtapotek. Den vagthavende farmaceut, som var alene, fandt ved en receptkontrol, at recepten var udfyldt korrekt. Han udskrev således doseringsetiketterne, fandt præparaterne frem og anbragte etiketterne.*

*Der blev klaget over, at der var sket en ombytning af doseringsetiketterne.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af den vagthavende farmaceut. Nævnet lagde vægt på, at farmaceuten ved en fejltagelse forbyttede doseringsetiketterne, således at doseringsanvisningen til Klorokinofosfat blev anbragt på Paludrinepakningen og omvendt. Nævnet lagde endvidere vægt på, at fejlen ikke blev opdaget ved farmaceutens efterfølgende kontrol af ekspeditionen.

- **Klage over udlevering af et substitutionspræparat (00F015P)**

*En 67-årig kvinde påbegyndte behandling med lægemidlet Emconcor for en hjertelidelse. Lægen havde udfærdiget recepterne således, at apoteket kunne udlevere det billigste*

*parallelpræparat. Lægen havde på recepten ikke anført 'ej S', hvorfor substituering med billigste parallelpræparat ifølge lægemiddelstyrelsens regler var tilladt.*

*Der blev klaget over, at apoteket udleverede præparatet Bisocor i stedet for præparatet Emconcor som anført på recepten i den tro, at præparaterne var ens.*

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere, at apoteket udleverede det billigere præparat Bisocor i stedet for præparatet Emconcor. Nævnet lagde herved vægt på at præparaterne Emconcor og Bisocor ifølge lægemiddelkataloget er identiske, hvad angår aktive indholdsstoffer og mængden heraf. Nævnet lagde endvidere vægt på, at den praktiserende læge ved ikke at anføre et 'ej S' på recepten havde accepteret, at apotekeren valgte det billigste præparat.

I ovenstående sag havde apoteket udleveret et billigere præparat, der kunne substituere det præparat, som lægen havde ordineret. Da det fremgik af recepten, at der kunne udleveres det billigste substituerbare præparat (præparat med samme aktive stof), fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere, at der faktisk blev udleveret et sådant præparat.

Det fremgår af nævnets praksis, at såfremt der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at antage, at der blev udleveret et andet præparat end det, der fremgik af recepten, finder nævnet ikke anledning til at udtale kritik, hvilket illustreres af følgende afgørelse.

- **Klage over udlevering af 2 slags piller i samme glas (0015610P)**

*En 84-årig kvinde fik på et apotek både den 27. og den 29. januar 1999 udleveret et glas tabletter.*

*Der blev klaget over, at farmaceuten begge dage udleverede et glas indeholdende en blanding af Digoxin og Centyl tabletter.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere det involverede apotekspersonale, idet nævnet ikke fandt grundlag for at fastslå, at der var blevet begået fejl ved udleveringen af medicin til kvinden. Nævnet lagde herved vægt på, at kvinden mente, at hun havde fået udleveret to glas med en blanding af forskellige tabletter, mens apotekeren havde udtalt, at hun den 27. januar 1999 havde fået udleveret 100 stk. Digoxin og den 29. januar 1999 100 stk. Centyl, og at der med henvisning til ekspeditionslisterne fra de pågældende dage ikke kunne være sket en sammenblanding af tabletterne. Da der ikke forelå andre oplysninger i sagen, fandt nævnet ikke

at kunne lægge den ene forklaring til grund frem for den anden, hvorfor tvivlen måtte komme den indklagede til gode.

## 6.4 Styrke

Det fremgår af receptbekendtgørelsens § 25, stk. 1, nr. 2, at sundhedspersonen skal kontrollere, at angivelse af styrke, dosering og anvendelsesområde skønnes at være korrekt, og at eventuelle interaktionsspørgsmål (betydning af, at der anvendes anden medicin) er afklaret.

Nedenstående sager er eksempler på fejlmedicinering, som følge af udlevering af ukorrekt styrke af den ordinerede medicin. Endvidere fremgår det, at det er nævnets praksis at indskærpe overfor sundhedspersonen at udvise større omhu i sit fremtidige virke, såfremt der er tale om potente præparater, der udleveres i væsentlig stærkere styrke. Af sagerne fremgår det desuden, at både den sundhedsperson, der kontrollerer den fremtagne medicin på baggrund af recepten, og den sundhedsperson, der udleverer medicinen, er ansvarlig for, at der udleveres den rigtige styrke.

Herunder følger 3 sager hvor nævnet fandt, at der var tale om så alvorlige forhold, at det blev indskærpet overfor sundhedspersonerne at udvise større omhu i deres fremtidige virke.

- **Klage over udlevering af hjertemedicin i en styrke fire gange over det ordinerede (0233029P)**

*En 67-årig kvinde indleverede en recept på Digoxin tabletter, 62,5 mikrogram. Hun fik udleveret Digoxin tabletter i styrken 0,25 mg i stedet.*

*Patienten henvendte sig 12 dage efter til egen læge med gener, og forvekslingen blev opdaget.*

*Der blev klaget over, at Digoxin blev udleveret i forkert styrke.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere den involverede farmakonom og indskærpede, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at der blev udleveret hjertemedicin i en styrke fire gange over det ordinerede, samt at farmakonomens oplyste, at hun ikke var tilstrækkelig opmærksom ved fremtagning af præparatet, og at styrkeangivelsen på recepten ikke fremstod særlig tydeligt.

Nævnet fandt, at såfremt farmakonomens var i tvivl f.eks. om, hvorledes recepten skulle læses, burde hun have rettet henvendelse til den receptudstedende læge med henblik på en afklaring af, hvorledes recepten skulle forstås.

Det fremgår af ovenstående sag, at det må anses for en skærpende omstændighed, at der blev udleveret et potent præparat i en styrke fire gange over det ordinerede. Desuden fremgår det, at såfremt sundhedspersonen er i tvivl om ordinationen, skal vedkommende rette henvendelse til den læge, der har udskrevet recepten.

- **Klage over udlevering af dobbelt dosis blodtryksmedicin (0343603P)**

*En 75-årig kvinde, som var meget svagtseende og ude af stand til at læse eller se de enkelte tabletter, henvendte sig med en recept på Norvasc tabletter 5 mg, 100 stk.*

*Recepten blev modtaget og edb-behandlet af farmakonom A, som udførte 1. kontrol og fremtog medicinen.*

*Farmakonom B udleverede 100 stk. Norvasc tabletter á 10 mg til kvinden.*

*Der blev klaget over, at der blev udleveret dobbelt dosis Norvasc.*

Patientklagenævnet fandt, at farmakonom A og farmakonom B havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved ekspeditionen af recepten, idet de ikke sikrede sig, at præparatet blev udleveret i den korrekte dosis. Nævnet indskærpede, at de skulle udvise større omhu i deres fremtidige virke.

Af ovenstående sag fremgår det, at det blev anset som en skærpende omstændighed, at der var tale om dobbelt styrke blodtryksregulerende medicin og at både den sundhedsperson, der foretager receptkontrol og udarbejder doseringsetiket og kontrollerer den fremtagne medicin samt den sundhedsperson, der udleverer medicinen, har et ansvar for fejlen.

- **Indberetning af udlevering af 10-dobbelt styrke krampestillende medicin til 7 måneder gammelt barn (9908102P)**

*En syv måneder gammel dreng fik ordineret Nitrazepam tabletter, 0,5 mg. Recepten blev faxet til apoteket, hvor apoteksassistent A fejllæste recepten og fremfandt Nitrazepam tabletter, 5 mg, svarende til 10-dobbelt styrke i forhold til den ordinerede styrke. Inden udlevering blev præparatet kontrolleret af apoteksassistent B.*

*Lægemiddelstyrelsen indberettede, at der blev udleveret Nitrazepam i 10-dobbelt styrke.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere begge apoteksassistenter og indskærpede, at de skulle udvise større omhu i deres fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at apoteksassistent A fejllæste recepten og fremfandt Nitrazepam tabletter, 5 mg, svarende til 10 gange den ordinerede styrke samt, at der ikke var overensstemmelse mellem det fremfundne og receptens ordination, hvilket burde være blevet bemærket ved apoteksassistent B's kontrol.

Ovenstående sag viser, at udlevering af 10-dobbelt styrke krampestillende medicin blev anset for at være en skærpende omstændighed.

I de to nedenstående sager fandt nævnet ikke, at der var tale om skærpende omstændigheder, men fandt dog fortsat grundlag for kritik af sundhedspersonerne.

- **Klage over udlevering af penicillin i for stor styrke (0019003A)**

*En mor henvendte sig på et apotek for at købe penicillin, som var blevet ordineret til hendes 4-årige søn. Recepten var blevet sendt til apoteket via edb og lød på Vepicombin DAK, tabletter 300.000 IE (internationale enheder), 20 stk.*

*Ved ekspeditionen af denne recept fik hun udleveret Vepicombin 1.000.000 IE i stedet for 300.000 IE, som recepten foreskrev.*

*Der blev klaget over, at der blev udleveret et forkert præparat*

Patientklagenævnet fandt, at to involverede farmakonomer havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved den pågældende ekspedition.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det af de to farmakonoms udtalelser til sagen fremgik, at de havde udleveret Vepicombin 1.000.000 IE i stedet for Vepicombin 300.000 IE, således som recepten foreskrev.

- **Klage over udlevering af præparat i forkert styrke (0018002A)**

*En 57-årig kvindes ægtefælle indleverede en recept på 50 kapsler Neotigason (som er et hudmiddel til behandling af psoriasis) á 25 mg på et apotek. Apoteket havde ikke det pågældende præparat på lager, men kunne levere det kl. 16.30. Der blev fejlagtigt bestilt Neotigason kapsler á 10 mg i stedet for kapsler á 25 mg, som der stod på recepten. De fejlagtigt bestilte Neotigason kapsler á 10 mg blev hentet fra forsendelseskassen af farmakonom A. Farmakonom B foretog herefter 2. kontrol og udleverede 50 stk. Neotigason kapsler á 10 mg til kvindens ægtefælle.*

*Der blev klaget over, at apoteket fejlagtigt udleverede Neotigason 10 mg i stedet for Neotigason 25 mg som anført på recepten*

Patientklagenævnet fandt, at farmakonom A og farmakonom B havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved ekspeditionen af recepten, idet de ikke sikrede sig, at præparatet blev udleveret i den korrekte styrke.

Ovenstående to sager viser, at det både er 1. og 2. kontrol, der er ansvarlig for, at den rigtige styrke af præparatet bliver udleveret.

## **6.5 Doseringsanvisning**

Det fremgår af receptbekendtgørelsens § 25, stk. 1, nr. 3, at sundhedspersonen blandt andet skal kontrollere, om den angivne dosering på præparatet er i overensstemmelse med receptens angivelse. Ved dosering forstås i denne sammenhæng angivelsen af, hvor mange tabletter/ hvor meget mikstur eller lignende patienten skal indtage dagligt, ugentligt osv. Dette er illustreret af fire nedenstående sager.

- **Klage over fejlagtig doseringsanvisning (9909325P)**

*En to dage gammel pige fik udstedt en recept på Trimopan mikstur til behandling af urinvejsinfektion. Doseringen lød ifølge recepten på "0,4 ml (= 4 mg)", en gang dagligt. Den følgende dag indleverede pigens far recepten på et apotek. Recepten blev kontrolleret og herefter takseret af en apoteksassistent, som ved indtastning af doseringsanvisningen byttede om på mængdebetegnelserne, hvorfor doseringsanvisningen fejlagtigt kom til at lyde på "0,4 mg (= 4 ml)", en gang dagligt. Apoteksassistenten bemærkede ikke fejlen ved sin kontrol af ekspeditionen. Ved en yderligere ekspeditionskontrol, foretaget af en farmaceutstuderende, blev fejlen ikke opdaget. Den farmaceutstuderende udleverede således præparatet med den fejlagtige doseringsanvisning. Der blev samtidigt udleveret en 10 ml doseringsprøjte, inddelt i*

milliliter. Pigen blev efterfølgende i en uge behandlet med 4 ml Trimopan dagligt, svarende til ti gange den ordinerede dosis, hvilket resulterede i mavesmerter, diarré og dårlig trivsel.

Der blev klaget over ekspeditionen for så vidt angik doseringsanvisningen og den udleverede doseringsprøjte.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere apoteksassistenten. Nævnet lagde herved vægt på, at apoteksassistenten udformede en doseringsanvisning, som var inkonsistent og flertydig, idet den dels kunne forstås som lydende på 0,4 mg dagligt, svarende til en tiendedel af den ordinerede dosis, eller 4 ml dagligt, svarende til ti gange den ordinerede dosis. Nævnet lagde endvidere vægt på, at apoteksassistenten ikke bemærkede fejlen ved sin kontrol af ekspeditionen.

- **Indberetning vedrørende forkert doseringsangivelse på emballagen (0233030P)**

En 42-årig mand havde igennem 17 dage indtaget 800 mg Antabus 2 gange dagligt i stedet for 2 gange ugentligt, som anført på recepten, idet der på emballagen var anført forkert doseringsangivelse. Patienten blev derefter indlagt på en medicinsk afdeling på grund af forgiftning med Antabus.

Lægemiddelstyrelsen indberettede de to farmakonomer, som havde været involveret i ekspeditionen af medicinen til patienten.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere de to farmakonomer, der havde været involveret i ekspeditionen, idet de burde have anført korrekt dosering.

- **Klage over udlevering af stærkere tabletstyrke end anført på recepten (0229703P)**

En 82-årig kvinde henvendte sig på et apotek med en recept på tablet Celebra 100 mg, 20 stk., med doseringen en tablet to gange dagligt. Celebra i styrken 100 mg var imidlertid afregistreret på dette tidspunkt, og i stedet fik patienten udleveret Celebra 200 mg, 10 stk. med råd om at tage en tablet dagligt i stedet for. Patienten tog derefter en tablet og følte sig ikke dårligere, end hun plejede efter gigtmicin, hvorfor hun dagen efter tog yderligere en tablet. Dette medførte imidlertid kvalme og svimmelhed, der varede i to dage. Efter at have diskuteret problemet med sin læge gik patienten tilbage til apoteket for at få medicinen byttet. Dette endte dog med, at apoteket beholdt medicinen, og patienten fik ikke noget andet i stedet.

Der blev klaget over, at patienten fik udleveret en stærkere tabletstyrke end anført på recepten.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere personalet på apoteket. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om personalet havde taget kontakt til den receptudstedende læge, da patienten angav ikke at kunne tåle stærkere gigttabletter. Nævnet lagde vægt på, at den på recepten angivne styrke var afregistreret, idet leverandøren havde orienteret om, at doseringen nu var 200 mg en gang dagligt, og at patienten blev informeret om styrkeændringen.

I ovenstående sag fandt nævnet ikke anledning til at kritisere, at der blev udleveret medicin i en anden styrke, end anført på recepten, idet dagsdosis ikke var højere end det ordinerede.

- **Klage over forsøg på udlevering af Nobligan Retard i stedet for Mandolgin tabletter (0229701P)**

*En 55-årig mand henvendte sig på grund af smerter til sin praktiserende læge, som ordinerede det smertestillende præparat Mandolgin og sendte recepten til patientens apotek.*

*Samme dag konstaterede personalet på apoteket, at Mandolgin 100 mg, 30 stk., ikke var på lager, men at det kunne forventes, at varen ville ankomme den følgende dag.*

*Den følgende formiddag blev det konstateret, at mandolgin-præparatet ikke var med forsendelsen, da præparatet var i restordre fra producentens side. Da patienten samme dag henvendte sig på apoteket, tilbød en farmaceut at udlevere Nobligan Retard 100 mg, 20 stk. i stedet for. Patienten blev vred og fik recepten tilbage, hvorefter han henvendte sig på et andet apotek og fik udleveret de ønskede mandolgin-tabletter.*

*Der blev klaget over, at man på apoteket tilføjede "Retard" på recepten, hvorefter dette blev forsøgt udleveret til patienten.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere de to farmaceuter, der var involveret i sagen. Nævnet oplyste, at Nobligan Retard er et receptpligtigt smertestillende præparat med forlænget virkningstid, hvorimod Mandolgin er et præparat med en mere intens, men kortvarig smertestillende virkning. Nævnet fandt på denne baggrund, at den farmaceut, der noterede på recepten, at patienten kunne tilbydes Nobligan Retard i stedet for det ordinerede præparat, burde have afholdt sig herfra. Nævnet fandt ligeledes, at den farmaceut, der skulle udlevere medicinen til patienten, burde have undladt at tilbyde Nobligan Retard.

Det fremgår af ovenstående sag, at nævnet fandt anledning til kritisere, at et apotek ville udlevere et receptpligtigt smertestillende præparat med forlænget virkningstid til en patient i et tilfælde, hvor lægen havde ordineret et præparat med en mere intens, men kortvarig smertestillende virkning.

## 7 KLAGER OVER MANGELFULD KOMMUNIKATION I SUNDHEDSVÆSENET

### 7.1 Indledning

Patientklagenævnet har i 2003 og 2004 truffet et antal afgørelser, som udspringer af patienternes oplevelser med kommunikation og samarbejde mellem sundhedspersonale og kliniske afdelinger indbyrdes og mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Klagerne viser, at det er vigtigt for patienten, at denne oplever kontinuitet i behandlingsforløbet, især når der er flere læger, sygeplejersker, afdelinger, klinikker og sektorer involveret.

Patienterne oplever, at der kan opstå problemer, når behandlingsforløbet varetages af sundhedspersoner både i primærsektoren og i sygehusvæsenet, og at kommunikationen mellem forskellige sygehusafdelinger og personalet internt på en afdeling kan opleves som mangelfuldt. Patienterne kan føle sig glemt eller ”tabt” i forløbet, når der ikke bliver taget hånd om eksempelvis undersøgelsesresultater, yderligere udredning af deres sygdom, manglende indkaldelse, journalføring af ordinationer o. lign.

Nævnets afgørelser understreger, at det er vigtigt, at sundhedspersonalet er meget opmærksomt på, at patientens undersøgelses- og behandlingsforløb planlægges og koordineres omhyggeligt, og at man sikrer sig, at patienten og den sundhedsperson, der skal forestå den videre behandling, er sikrede de relevante og nødvendige oplysninger.

### 7.2 Konkrete afgørelser

Nedenfor refereres et antal afgørelser, som illustrerer denne problematik.

- **Klage over manglende diagnostik af hul i spiserør (0340120B)**

*En 82-årig kvinde fik den 6. juni 2000 sent om aftenen foretaget en kikkertundersøgelse af spiserøret af overlæge A, da hun havde fået totalt synkestop. Overlægen foretog undersøgelsen med en børnekikkert på grund af trange pladsforhold. 20 cm fra tandrækken beskrev overlægen slimhinderne som meget tynde og noterede, at der muligvis var opstået en rift. Overlægen ordinerede røntgenundersøgelse af spiserøret med kontrast på mistanke om hul i spiserøret til udførelse den følgende morgen, hvor der tillige blev foretaget en røntgenundersøgelse af brystkassen. Patienten blev sat i antibiotisk behandling på mistanke om hul i spiserøret. Overlæge C og reservelæge D overtog behandlingen af patienten midt på*

*dagen den efterfølgende dag. På grund af hævelse på halsen blev der foretaget en fornyet kikkertundersøgelse af spiserøret den 10. juni 2000, hvor man fandt dødt væv bagtil i venstre side. Der blev lagt dræn ind i et hulrum bag spiserøret, hvor der var en defekt på 12 mm, som blev syet, og patient blev lagt i respirator. Patienten sløjede af og afgik siden ved døden.*

*Der blev bl.a. klaget over, at overlægen lavede hul i spiserøret, og at lægerne ikke foretog en røntgenundersøgelse af spiserøret, selvom om der var mistanke om hul i spiserøret, før der blev givet føde gennem spiserøret.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere overlæge C og reservelæge Ds behandling af patienten og fandt tillige grundlag for at kritisere overlæge Cs journalføring af behandlingen af patienten. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge As kikkertundersøgelse af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at overlæge A ved kikkertundersøgelsen af spiserøret den 6. juni 2000 noterede, at der muligvis var opstået en mindre rift og ordinerede en røntgenundersøgelse med kontrast og en oversigtsoptagelse over brysthulen. Overlægen så næste morgen på røntgenafdelingen de optagne kontrastrøntgenbilleder sammen med en reservelæge på røntgenafdelingen og fik den besked, at billederne ikke viste tegn på hul på spiserøret, men at optagelsen ikke var optimal og derfor burde gentages, når patientens tilstand tillod det.

Nævnet fandt ikke tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at overlæge A tillige fik forelagt en beskrivelse af oversigtsbilledet af brysthulen, hvoraf det fremgik, at der var en byld og/eller en luftansamling i vævet mellem lungerne, idet beskrivelsen af dette billede blev foretaget den 15. juni 2000 af en anden læge på røntgenafdelingen, overlæge B.

Det var ikke muligt for nævnet nærmere at afklare, hvor røntgenundersøgelsen af brystkassen den 7. juni 2000 havde befundet sig indtil den 15. juni 2000.

Nævnet fandt grundlag for kritik af reservelæge Ds behandling af patienten d. 7. juni 2000, da han ikke under sin vagt selv efterspurgte de ordinerede røntgenbillederne med henblik på stillingtagen til den videre behandling af patienten, eftersom det fremgik af journalen og reservelæge Ds udtalelse, at der var mistanke om hul i spiserøret, og patienten fastede med henblik på akut bestilt røntgenundersøgelse.

Overlæge A blev omkring middagstid den 7. juni 2000 nødt til at forlade afdelingen på grund af akut sygdom i sin familie. Overlæge A meddelte overlæge C, at han forinden havde været på

røntgenafdelingen og set akut bestilte røntgenkontrastbilleder på patienten, som ikke viste tegn på lækage eller hul i spiserøret. Det var på den baggrund nævnets opfattelse, at selv om overlæge A fortalte overlæge C, at røntgenkontrastundersøgelsen af patientens spiserør ikke viste tegn på hul, var der i denne orientering en angivelse af, at der havde været mistanke om perforation af spiserøret.

Nævnet oplyste, at når der er mistanke om hul på spiserøret, er det nødvendigt, at der også foreligger en røntgenundersøgelse af brystkassen.

Der var herefter nævnets opfattelse, at overlæge C derfor burde have sikret sig oplysning om, hvad røntgenundersøgelsen af brystkassen viste. Han kunne i den forbindelse direkte have spurgt om, hvad røntgenbilledet af brystkassen viste eller selv have set røntgenundersøgelserne og eventuelt konfereret med en røntgenlæge. Nævnet fandt således grundlag for kritik af overlæge Cs behandling af patienten den 7. juni 2000, idet han ikke selvstændigt sikrede sig, at mistanken om hul på spiserøret blev afklaret hurtigst muligt.

Nævnet oplyste endvidere, at det af § 13, stk. 2, i lægeloven fremgår, at sygehuse, klinikker o.lign. er pligtige til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde. Det var nævnets opfattelse, at overlæge C ved den mundtlige overdragelse af behandlingen fra overlæge A også påtog sig journalføringspligten i forhold til behandlingen.

På den baggrund fandt nævnet, at overlæge C ikke havde opfyldt sin journalføringspligt i forbindelse med behandlingen af patienten den 7. juni 2000, idet han burde have sikret sig, at overlæge As ordination af røntgenundersøgelse af spiserøret og brysthulen samt den foreslåede gentagelse af kontrastundersøgelsen blev indskrevet i journalen. Efter røntgenundersøgelsen af spiserøret burde han desuden have noteret i journalen, at det fortsat var nødvendigt at holde patienten fastende, idet mistanken om hul i spiserøret ikke var endeligt afklaret.

- **Klage over, at brud på kæben ikke blev konstateret (0343508A)**

*En 50-årig kvinde blev den 19. december 2002 undersøgt af en reservelæge på skadestuen, efter at hun på cykel var stødt ind i en anden cyklist og havde slået hagen ned i cykelstyret. Der blev foretaget røntgenbillede af kæben (ortopantomografi). Røntgenbillederne blev vurderet af en speciallæge fra radiologisk afdeling, som fandt, at der ikke var tegn på brud, men at undersøgelsen ikke var tilstrækkeligt.*

*På grund af fortsatte gener fra specielt hagepartiet blev patienten af egen læge henvist til tandmund- og kæbeafdelingen, hvor hun den 19. februar 2003 blev undersøgt. Der blev foretaget røntgenundersøgelse, som viste brud af underkæben (venstre collum mandibulae).*

*Der blev klaget over, at patienten den 19. december 2002 ikke modtog en korrekt behandling, idet et brud på kæben ikke blev konstateret.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægen for hendes behandling af patienten den 19. december 2002 på skadestuen, idet det var nævnets vurdering, at det ikke var under normen for almindelig anerkendt faglig standard, at en reservelæge fra ortopædkirurgisk afdeling ikke opdagede, at der var forandringer i form af forkortning af underkæbebenet og forskydning ved kæbeleddet, når der ikke samtidig var en synlig brudlinie.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægen fra radiologisk afdeling, idet det var nævnets opfattelse, at på trods af, at speciallægen vurderede, at røntgenundersøgelsen ikke var sufficient, burde han have erkendt forandringerne i kæbebenet og på grundlag af disse have tilrådt patienten, at hun blev indkaldt til specialoptagelser af det pågældende kæbeled.

Det var nævnets vurdering, at røntgenundersøgelsen af patientens kæbe den 19. december 2002 viste en betydelig forkortning af underkæbebenets venstre side ved kæbeleddet, og at ledhovedet stod roteret og forskudt i forhold til ledskålen. Det var nævnets vurdering, at forandringerne med stor sandsynlighed var udtryk for et brud i kæbehalsen med skred af ledhovedet. Højre side af kæbebenet frembød intet unormalt.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere den læge på ortopædkirurgisk afdeling, der på røntgenkonferencen efter den 20. december 2002 havde ansvaret for at følge op på behandlingen af patienten, idet der var tale om røntgenbilleder, der blev beskrevet som ikke værende tilstrækkelige.

- **Indberetning over manglende opfølgning på foretagne prøver (0337021A)**

*En 65-årig kvinde fik i forbindelse med indlæggelse foretaget gynækologisk undersøgelse, der viste fortykket slimhinde på begge sider af klitoris. En afdelingslæge forsøgte at foretage vævsprøve, men dette kunne ikke gennemføres på grund af patientens smertereaktion. Afdelingslægen besluttede i stedet at foretage en kikkertundersøgelse af skeden og celleskrab fra begge sider af klitoris og skeden. Ved senere udskrivning blev der i brevet til egen læge*

*anført, at der var gennemført gynækologisk undersøgelse, der var normal. Da patienten et år senere blev henvist til undersøgelse, blev der konstateret kræft i de ydre kønsorganer.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede bl.a. afdelingslægens undersøgelse og information af patienten.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af afdelingslægens behandling samt information af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at patienten 10 år tidligere havde fået fjernet livmoderen på grund af celleforandringer og muskelknode i livmoderen. Videre fandt nævnet, at afdelingslægen udtrykkeligt burde have sikret, at de relevante og tilstrækkelige diagnostiske procedurer blev gennemført, da det ikke lykkedes at foretage en biopsi. Nævnet fandt, at de gennemførte undersøgelser, selv i sammenhæng, måtte anses for utilstrækkelige til diagnostik af forandringer af den omhandlede karakter. Nævnet fandt videre, at afdelingslægen på grund af afdelingens instruks herom burde have informeret patienten om det fortsatte forløb, herunder om, hvorledes og hvornår der kunne fås svar på de foretagne prøver.

- **Klage over oversete blodprøvesvar ved kontrol af brystkræftpatient (0444627A)**

*En 69-årig kvinde, som i 1999 fik fjernet højre bryst på grund brystkræft, mødte den 7. juni 2001 i onkologisk afdeling på grund af rygsmerter. På mistanke om knoglemetastaser blev der bestilt røntgenundersøgelse af ryggen samt en række blodprøver. Det blev noteret i journalen, at patienten skulle kontaktes med henblik på det videre forløb, så snart der forelå svar på undersøgelserne. Svarene på blodprøverne viste, at calcium og basisk phosphatase var forhøjede. Røntgenundersøgelsen viste ikke tegn på destruktion. Den 22. juni 2001 skrev en afdelingslæge til patienten og oplyste, at røntgenundersøgelsen alene viste slidforandringer, hvorfor den ordinære halvårlige kontroltid blev opretholdt.*

*Den 3. september 2001 henviste den praktiserende læge patienten til en reumatologisk afdeling, hvor røntgenundersøgelse, knoglescintigrafi og MR-scanning viste forandringer forenelige med spredning af kræften i store dele af rygsøjlen, korsbenet, bækkenet samt kraniet.*

*Der blev blandt andet klaget over, at man på baggrund af undersøgelsesresultaterne den 7. juni 2001 ikke gjorde sig relevante overvejelser vedrørende diagnose, sygdomsforløb m.v.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingslægen, som sendte svaret på den foretagne røntgenundersøgelse og i den forbindelse tog stilling til den videre behandling. Hun burde

samtidig have efterlyst blodprøvesvarene, da de ikke forelå i journalen den 22. juni 2001, hvilket var mere end 2 uger efter, at de var blevet taget.

Det var nævnets vurdering, at en stigning i de to blodprøver sammenholdt med patientens symptomer støttede mistanken om spredning af kræftsygdommen til knoglesystemet, hvorfor yderligere undersøgelser burde have været iværksat.

## 8 ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2004

### 8.1 Anmodninger om tiltalerejsning i 2004

Nedenfor refereres de sager, hvor Patientklagenævnet i 2004 besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale. Sagerne vedrørte grovere forsømmelse i forbindelse med faglig virksomhed.

- **Lægelovens § 18 (0444005B)**

En 30-årig kvinde henvendte sig til speciallæge i allergologi med mavesmerter samt hyppige afføringer med passage af ufordøjede fødeemner. Speciallægen lagde en undersøgelsesplan for patienten, ifølge hvilken der skulle foretages forskellige tarmundersøgelser og blodprøver for at afdække en mulig tarmlidelse, herunder irriteret tyktarm. Der blev videre foretaget kikkertundersøgelse af mavesæk og tyktarm. På baggrund af foretagne undersøgelser blev diagnosen fødemiddelallergidiagnose stillet. Efterfølgende fik patienten af hospital stillet diagnosen kronisk tarmbetændelse (Morbus Crohn).

**Politimesteren har besluttet ikke at rejse tiltale, da der efter politimesterens vurdering ikke var rimelig formodning for, at forholdet ville føre til straf.**

- **Lægelovens § 8 (0448005B)**

En 43-årig kvinde anmodede kommunen om offentlig hjælp, hvorfor kommunen til brug ved dens vurdering af kvindens anmodning om hjælp anmodede en speciallæge om en statusattest. Lægen blev rykket flere gange, uden at attesten blev udfærdiget, og først efter mere end et år blev attesten udfærdiget.

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

- **Lov om sygeplejersker § 10 (0444509B)**

En 83-årig mand blev indlagt med henblik på operativ indsættelse af en kunstig hofte. Han fik til brug ved behandlingen lagt centralt venekateter og ernæringssonde.

En sygeplejerske gav patienten intravenøs medicin gennem det centrale venekateter. Derefter blev pillerne knust og blandet i en proteindrik, men da patienten ikke kunne drikke de sidste ca.

1 ml, trak sygeplejersken denne rest op i en sprøjte, og gav patienten indholdet direkte i en blodåre via det centrale venekateter. Da sygeplejersken blev opmærksom på fejlen, blev en kollega kontaktet og en læge orienteret. Om eftermiddagen fik patienten feber, og der blev givet antibiotika. Næste dag var patienten uden feber og velbefindende.

**Politimesteren har besluttet ikke at rejse tiltale, da der efter politimesterens vurdering ikke var rimelig formodning for, at forholdet ville føre til straf.**

- **Lov om sygeplejersker § 10(0444510B)**

En 84-årig kvinde boede på et plejehjem og var blandt andet i behandling med Litiumkarbonat, som blev doseret med 300 mg tirsdag, torsdag og lørdag samt 150 mg mandag, onsdag, fredag og søndag. Medicinen blev fordelt hver 14. dag af en sygeplejerske til doseringsæsker, hvorfra medicinen blev givet til patienten.

Den 24. juni 2003 blev aftensygeplejersken kontaktet af patientens datter, fordi familien var blevet opmærksom på, at patienten de sidste to dage havde rystet på hænderne og den 24. juli 2003 havde haft et lidt underligt sprog. De pårørende var bange for en eventuelt Litiumforgiftning. Ved kontrol af doseringsperiodens sidste fire doseringsæsker viste det sig, at en doseringsæske indeholdt tablet Litiumkarbonat 300 mg x 3, og 3 æsker indeholdt Litiumkarbonat 150 mg x 4, samt den øvrige medicin. Det blev således konstateret, at en enkelt dags æske indeholdt medicin til tre dage.

Patienten blev indlagt på hospital og blev efter ca. 1 måned udskrevet i sin sædvanlige tilstand.

**Sygeplejersken har vedtaget et bødeforlæg på 1500 kr.**

## **8.2 Anmodninger om tiltalerejsning 1997-2004 for læger**

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

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra den 1. januar 1997 til den 31. december 2004 vedrørende læger, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	4	3	5	1	4	1	2	2	22
Straffesag verserende					1			1	2
Påtale opgivet af politiet			2		2		2	1	7
Bødeforlæg vedtaget af lægen	2	2	2	1	1	1			9
Dom, frifindelse		1							1
Dom, bøde	2		1						3

### 8.3 Anmodninger om tiltalerejsning i 1999-2004 for sygeplejersker

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

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra 1999 til 2004 vedrørende sygeplejersker, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	5	2	6	2	3	2	20
Straffesag verserende					2		2
Påtale opgivet af politiet		1	2	2		1	6
Bødeforlæg vedtaget af sygeplejersken	4	1	4		1	1	11
Dom, bøde	1						1

## **9 RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET**

### **9.1 Indledning**

I 2004 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.

Af de 6 retssager blev 4 afsluttet i 2004. I sagerne anlagt af henholdsvis Den Almindelige Danske Lægeforening og Dansk Sygeplejeråd samt én sag anlagt af en patient blev der afsagt dom, som i alle tre tilfælde gav Patientklagenævnet medhold. I den sidste sag, anlagt af en klinisk tandtekniker, accepterede Patientklagenævnet sagsøgerens påstand og traf ny afgørelse i overensstemmelse hermed.

Patientklagenævnet modtog ingen sagsanlæg i 2004. Ved årets udgang verserede der således 2 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 2004.

### **9.2 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 til 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.*

**Østre Landsret afsagde dom i sagen den 6. februar 2004. 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.**

**Patientklagenævnet blev derfor frikendt.**

### **9.3 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 Patientklagenavnets 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 påstod endvidere, at sygeplejersken ikke blev korrekt partshørt, inden nævnet traf afgørelse.*

Østre Landsret afsagde dom i sagen den 30. januar 2004. Landsretten fandt det 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.

Patientklagenævnet blev derfor frikendt.

#### 9.4 Sager anlagt af andre indklagede

- **Klinisk tandtekniker sikrede sig ikke, at patienten var kontrolleret hos tandlæge**

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, efter at han havde isat 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 for et lignende forhold.*

**På denne baggrund forespurgte Patientklagenævnet ved brev af 8. december 2003 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, om det af ovennævnte bekendtgørelse kunne udledes, at en klinisk tandtekniker har pligt til at sikre sig, at en tandlæge har kontrolleret sårhelingen, efter at den kliniske tandtekniker har isat protesen. Den 10. juni 2004 svarede Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at det af bekendtgørelsen ikke kan udledes, at der består en sådan pligt for den kliniske tandtekniker.**

Patientklagenævnet accepterede sagsøgers påstand og genoptog klagesagen, hvorefter der den 29. oktober 2004 blev truffet en ny afgørelse i sagen i overensstemmelse med den indklagede kliniske tandteknikers påstand.

## 9.5 Sager anlagt af patienter/klagere

- **Hæmorideoperation ødelagde blærens tømningmuskulatur**

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 tømningmuskulatur, 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 påstod blandt andet nævnet dømt til at anerkende, at lov om sygeplejersker blev overtrådt, idet det anførtes, at de involverede sygeplejersker overtrådte en lang række sædvanlige procedurer, som burde have været fulgt.*

**Østre Landsret afsagde dom den 18. juni 2004. Landsretten fandt, at de involverede sygeplejersker havde observeret patienten nøje i forløbet efter operationen. Retten fandt endvidere, at sygeplejerskerne ikke havde haft pligt til at sørge for, at patienten fik tømt blæren i tiden efter operationen. Herved lagde retten vægt på, at patienten – til trods for et ildebefindende – havde været vågen i flere perioder, hvor hun selv burde have kunnet mærke symptomer på overfyldt blære.**

**Patientklagenævnet blev derfor frikendt.**

- **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 og påstod blandt andet, at Patientklagenævnet skulle anerkende, at den behandlende læge overtrådte lægeloven i forbindelse med behandlingen, der anførtes at have*

*været så voldsom, at den i hvert fald måtte 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. I september 2004 blev der af appellanten stillet en række spørgsmål til Retslægerådet, som endnu ikke havde afgivet sin besvarelse ved årets udgang.**

- **Længerevarende behandling med benzodiazepin**

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 muskelkræmper/-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 alkoholafvænning. 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 medicin med 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".*

**I juni 2004 blev der af parterne opnået enighed om en række spørgsmål til Retslægerådet. Disse spørgsmål er endnu ikke besvaret ved årets udgang.**

## 10 KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2004

### 10.1 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 2004 modtaget 26 henvendelser fra ombudsmanden i forbindelse med klager over nævnets sagsbehandling. I 12 af sagerne kom ombudsmanden med en udtalelse. I 10 af disse sager havde ombudsmanden ingen bemærkninger til nævnets sagsbehandling. I 2 af sagerne havde ombudsmanden bemærkninger til sagsbehandlingen. I de resterende 14 sager afviste ombudsmanden at behandle klagen eller henviste klager til nævnet med henblik på nævnets stillingtagen, inden ombudsmanden udtalte sig yderligere i sagen.

En endelig opgørelse af antallet af sager, der er forelagt ombudsmanden i 2004, afventer ombudsmandens beretning for 2004.

Nedenfor følger en oversigt over de 12 sager, som blev realitetsbehandlet i 2004.<sup>1</sup>

Klagen vedrørte	Antal sager	Bemærkninger	Ingen bemærkninger
Afgørelsen	9		9
Sagsbehandlingen	4	2	2
I alt	13	2	11

### 10.2 Konkrete afgørelser

I det følgende beskrives 4 af sagerne. Følgende emner vil blive belyst:

- Klage over nævnets sagsbehandlingstid
- Klage over afgørelse om tvangsafklædning
- Klage over afgørelse vedrørende aktindsigt i journal fra indlæggelse 1962-67

---

<sup>1</sup> I en af sagerne, blev der både klaget over nævnets afgørelse samt sagsbehandlingen.

- **Klage over nævnets sagsbehandlingstid**

*En 51-årig mand mærkede under arbejde et smæld i ryggen, hvorefter følelsen forsvandt i begge ben. Patienten blev undersøgt på skadestuen, og da var forholdene normaliseret igen. Dagen efter blev patienten undersøgt af sin praktiserende læge, som ved undersøgelse blandt andet fandt let ømhed svarende til en bestemt følelserve til benene, men i øvrigt normale neurologiske forhold. Lægen fandt endvidere udtalt dårlig mobilitet i ryggen, og han ordinerede CT-scanning af den nederste del af rygsøjlen. CT-scanning viste let degeneration af 4. diskus uden tegn på egentlig prolaps samt moderat slidgigt i facetled, men i øvrigt normale forhold.*

*Den praktiserende læge skrev en attest vedrørende uarbejdsdygtighed til kommunen, hvor det blev anført, at patienten formentlig ville kunne profitere af et særligt rygtræningsprojekt, som kommunen stod for.*

*Patienten blev herefter af kommunen henvist til træning på en rygscole. Træningen blev gennemført af en ergoterapeut. I forbindelse med træningen fik patienten en skade i venstre skulder, og ergoterapeuten standsede derfor de øvelser, hvor patienten kunne mærke generne i skulderen. Da generne ikke ophørte, anbefalede ergoterapeuten, at patienten opsøgte egen læge. Patienten blev herefter opereret for en læsion i kanten af skulderledsskålen.*

*Patienten klagede til Patientklagenævnet over lægens og ergoterapeutens behandling. Patienten mente, at det var forkert at henvise ham til rygtræning, og at ergoterapeuten burde have været opmærksom på, at der kunne opstå skader ved gennemførelse af de særlige rygøvelser.*

*Nævnet modtog klagen den 29. maj 2002. Sekretariatet udbad sig supplerende oplysninger hos klager den 6. juni 2002, hvilke supplerende oplysninger sekretariatet modtog den 12. juni 2002, hvorefter sekretariatet den 13. juni 2002 udarbejdede antagelse af klagen, som blev sendt til klageren og Embedslægeinstitutionen.*

*Den 11. juli 2002 modtog sekretariatet Embedslægeinstitutionens sammenfatning af klagesagen, hvorefter sekretariatet den 5. august 2002 sendte sagen til sagkyndig konsulent i almen medicin vedrørende den praktiserende læges forhold. Sekretariatet modtog udtalelsen den 13. august 2002. Først den 13. marts 2003 blev sagen sendt til en sagkyndig ergoterapeut. Sekretariatet modtog udtalelsen den 1. april 2003. Den 16. april 2003 rettede sekretariatet*

*telefonisk henvendelse til den indklagede ergoterapeut med henblik på yderligere oplysning af sagen. Den 19. december 2003 sendte sekretariatet forslag til afgørelse i partshøring hos parterne, og den 5. januar 2004 kom der partshøringsvar fra den praktiserende læge. Den 9. februar 2004 traf nævnet afgørelse i sagen. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læge og ergoterapeuten i forbindelse med behandlingen.*

*Den praktiserende læge klagede herefter til ombudsmanden over den lange sagsbehandlingstid.*

Ombudsmanden udtalte, at den næsten 20 måneder lange sagsbehandlingstid var kritisabel. Den foreliggende sag kunne ikke anses for at være af kompliceret karakter – hverken i henseende til det retlige eller det faktiske grundlag. Hertil kom, at Patientklagenævnet i stedet for at sende sagen til begge sagkyndige på samme tidspunkt eller i umiddelbar forlængelse af hinanden, først sendte sagen til den anden sagkyndige konsulent syv måneder efter at have modtaget udtalelsen fra den første sagkyndige. Da nævnet modtog udtalelsen fra den anden sagkyndige den 1. april 2003, blev der først sendt forslag til afgørelse til sagens parter den 19. december 2003. I denne periode var de eneste ekspeditioner i sagen besvarelse af rykkere fra den praktiserende læge.

Ombudsmanden fandt det endvidere kritisabelt, at nævnet først efter rykkere fra den praktiserende læge havde givet underretning om sagens behandling.

- **Klage over nævnets sagsbehandlingstid**

*En 22-årig mand væltede med sin cykel, hvorved han pådrog sig et forskudt brud på højre underarm. Patienten blev samme dag indlagt på en ortopædkirurgisk afdeling, hvor der ved operation blev foretaget påpladssætning af bruddet og anlagt bandage. Dagen efter blev patienten udskrevet til kontrol 3 uger senere. Samme aften fik patienten tiltagende smerter i underarmen og henvendte sig derfor på skadestuen, hvor bandagen blev løsnet. Allerede 6 timer senere kontaktede patienten atter skadestuen, da smerterne nu var værre. Patienten blev indlagt med henblik på smertebehandling og observation for kompartment syndrom, som er en sammenpresning af væv inden for muskelhinden, der kan føre til vævshenfald og dermed forbundne voldsomme smerter.*

*Samme dag blev det konstateret, at patienten havde føleforstyrrelser i armen, og at patientens fingre var bøjede og ikke kunne strækkes ud. Der blev med det samme planlagt operation, da der var mistanke om kompartment syndrom. Ved operationen fik patienten spaltet muskellogerne fra håndled til albue i højre underarm med det formål at mindske trykket i*

*armen og øge blodgennemstrømningen. Muskulaturen i armen var grålig med tegn på betændelsestilstand og såret noget "snasket" og ildelugtende. På denne baggrund blev der iværksat skylning med saltvand, ilægning af mecher og behandling med 3-stofs-antibiotika. Samtidig blev mikrobiologisk afdeling kontaktet.*

*Patienten lå efter operationen på opvågningsafdelingen under anæstesiologisk-intensiv afdeling. Her blev det vurderet, at patienten skulle overflyttes til intensiv afdeling, idet der var kommet en kæmpe, serøs blodgennemsivning af forbindingen. På baggrund af tilsyn fra ortopædkirurgisk afdeling, blev patienten atter opereret, da man fandt det nødvendigt at spalte operationssåret igen.*

*Ved operationen fandtes udbredt dødt væv, som man forsøgte at fjerne, hvorved det viste sig, at der ingen muskulatur var tilbage på underarmen, og det blev nødvendigt at amputere armen i albueniveau. Samme dags aften forværredes patientens tilstand væsentligt med dårlig blodcirkulation, lavt blodtryk og langsom hjerteaktion. Der opstod hjertesvigt, og der blev foretaget genoplivning i flere omgange. Patienten blev flyttet til intensivafdelingen og behandlingen havde i begyndelsen god virkning, men patienten afgik et par timer senere ved døden.*

*Det viste sig senere, da der forelå svar fra klinisk mikrobiologisk afdeling, at der var dyrket store mængder hæmolytiske streptokokker, gruppe A, i væv udtaget under operationerne.*

*Patientens forældre klagede herefter til Patientklagenævnet over behandlingen. Nævnet modtog klagen den 18. april 2000. Den 17. maj 2002 traf nævnet afgørelse i sagen. Der blev ikke fundet grundlag for kritik af de involverede sundhedspersoner.*

*Forældrene klagede herefter til ombudsmanden over nævnets sagsbehandlingstid.*

Ombudsmanden udtalte, at der ikke var grundlag for at kritisere den samlede sagsbehandlingstid, men at det havde været mest korrekt, hvis parterne havde været underrettet om den forventede sagsbehandlingstid ved sagens start. Det var endvidere beklageligt, at parterne ikke løbende og konsekvent havde været underrettet om, hvorpå sagen beroede, og hvornår nævnet forventede at kunne træffe afgørelse i sagen.

Ombudsmanden udtalte endvidere, at der i lovgivningen ikke er fastsat generelle bestemmelser om myndighedens sagsbehandlingstid. Spørgsmålet om på hvilket tidspunkt en myndigheds sagsbehandlingstid overskrider det acceptable, kan derfor ikke besvares generelt. Ved

vurderingen af en myndigheds sagsbehandlingstid må man således ud over den absolutte sagsbehandlingstid desuden tage andre forhold i betragtning, herunder sagens karakter, omfanget af de undersøgelser, myndigheden skal foretage, samt den sædvanlige sagsbehandlingstid på området. Hertil kommer en bedømmelse af, om der løbende er sket (nødvendige) ekspeditioner i sagen, i modsætning til tilfælde, hvor sagen har ligget uberørt i længere perioder. Det spiller også en rolle, om myndigheden løbende har orienteret parten om, at sagen trækker ud. Nævnet havde i den aktuelle sag haft en sagsbehandlingstid på lidt over 2 år. Dette forekom umiddelbart som en lang sagsbehandlingstid og lå således også ifølge Patientklagenævnet væsentligt over den gennemsnitlige sagsbehandlingstid. Nævnet udtalte, at sagen blev behandlet så hurtigt, som det var forsvarligt muligt. Der var tale om en kompliceret sag med mange klagepunkter og et betydeligt oplysningsarbejde. Ved sagens behandling blev der indhentet udtalelser fra flere sagkyndige, og sagen blev forelagt Retslægerådet.

Ombudsmanden udtalte herefter, at på baggrund af en gennemgang af nævnets datoliste, og på baggrund af de omstændigheder, nævnet havde oplyst, var der ikke grundlag for kritik af den lange sagsbehandlingstid.

Ombudsmanden udtalte endvidere, at det havde været mest korrekt, såfremt parterne var blevet orienteret om den forventede sagsbehandlingstid ved sagens begyndelse. Det var endvidere beklageligt, at parterne ikke løbende og konsekvent var blevet orienteret om, hvorpå sagen beroede, og hvornår nævnet forventede at kunne træffe afgørelse i sagen

Nævnet oplyste, at der efterfølgende var indført en ordning, således at parterne orienteres om den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i forbindelse med, at sagen antages til behandling, og at nævnet var i gang med at tilrettelægge en ordning, hvorefter parterne underrettes, når sagsbehandlingen trækker ud.

- **Klage over afgørelse om tvangsafklædning**

*En 22-årig kvinde var indlagt på en psykiatrisk afdeling, hvor hun var svært affektspændt og præget af selvdestruktive og udadreagerende handlinger. I perioder ville patienten ikke spise og drikke i selvmordsøjemed og blev derfor behandlet med væsketilførsel i blodårerne. Endvidere havde patienten flere gange knust glas og elpærer og påført sig flere snitsår med glasstumperne herfra samt bidt sig selv i armen, således at hun måtte sys.*

*En eftermiddag konstaterede personalet, at patienten havde haft vandladning i sengen, hvor hun var bæltefikseret. Personalet tilbød hende at skifte sengetøj, hvilket hun afslog. Patientens*

*moder og personale tilbød herefter flere gange i løbet af den pågældende aftenvagts skiftning af sengetøj, hvilket patienten stadig ikke ønskede.*

*Dagen efter fandt lægerne, at patientens seng var tilsølet med urin, fæces og blod. På grund af risiko for ætsning af huden og infektionsfare, besluttede de med tvang at foretage skift af sengetøj og patientens tøj, hvorunder fysisk fastholden var nødvendig. Patienten fik herefter efter eget valg et bad.*

*Patienten klagede over tvangsafklædningen til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn. Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsafklædning, idet nævnet fandt, at betingelserne for at fastholde og afklæde patienten var til stede, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 2, nr. 1 og § 4, stk. 1 og 2. Nævnet fandt dog, at sygehuset i situationen burde have gjort mere for at sikre sig, at indgrebet blev foretaget af kvindelige ansatte og fandt ikke, at indgrebet var af så hastende karakter, at man ikke ville kunne have tilkaldt det kvindelige personale, der var til stede på sygehuset, forinden indgrebet blev foretaget.*

*Patienten påklagede afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.*

*Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ophævede afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, da nævnet fandt, at klagen faldt uden for den kompetence, der er henlagt til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn.*

*Sundhedsvæsenets Patientklagenævn var af den opfattelse, at indgreb som tvangsafklædning ikke er reguleret af bestemmelserne i psykiatriloven, og at magtanvendelse i form af tvangsafklædning ikke er omfattet af psykiatrilovens bestemmelser om anvendelse af fysisk magt, tvangsbehandling, tvangsfiksering og beskyttelsesfiksering. Nævnet fandt endvidere, at den fysiske magtanvendelse, der i den aktuelle sag blev anvendt med henblik på tvangsafklædning, ikke er omfattet af psykiatriloven.*

*Nævnet oplyste, at såfremt en patient har oplevet indgrebet som blufærdighedskrænkende, eller der i forbindelse med gennemførelsen efter patientens opfattelse er anvendt vold, kan der rettes henvendelse til politiet.*

*Patientens advokat indbragte herefter nævnets afgørelse for ombudsmanden. Advokaten gjorde gældende, at tvangsafklædningen var uden hjemmel, og at indgrebet under ingen*

*omstændigheder kunne være omfattet af en anstaltsordning under hensyn til indgrebs helt særlige indgribende karakter over for patienten.*

Ombudsmanden udtalte, at han var enig med Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i, at tvangsafklædning er et indgreb, der ikke er hjemlet i psykiatriloven, og at de regionale patientklagenævn og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn derfor ikke kan tage stilling til klager over et sådant tvangsindgreb. Om hjemmelen for et sådant indgreb skal søges i nødværge, nødret eller i anstaltsordningen, har ombudsmanden ingen mulighed for at udtale sig om. Ombudsmanden bemærkede, at ved ombudsmandens møde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om revision af psykiatriloven, var det blevet bemærket, at spørgsmålet om hjemmel for tvangsafklædning burde overvejes.

- **Klage over nævnets afgørelse vedrørende aktindsigt i en journal fra indlæggelse 1962-67**

*En 40-årig mand kontaktede i januar 2001 en afdeling på et sygehus, hvor han havde været indlagt, med henblik på at få aktindsigt i sin journal. Patienten havde været indlagt i perioden 1962-67.*

*En overlæge på afdelingen skrev til patienten, at journalen i sin helhed faldt uden for lov om aktindsigt. Men overlægen havde dog gennemgået hele journalen og fundet nogle ting frem, som han mente, det kunne være konstruktivt for patienten at læse, herunder et udskrivningsbrev dateret den 7. november 1966, et konference-referat fra oktober 1967 og et brev til en offentlig myndighed af 27. februar 1968. Overlægen havde taget til efterretning, at en psykolog ville være behjælpelig med at gennemgå akterne med patienten, hvilket psykologen havde bekræftet. Overlægen tilbød samtidig patienten en samtale, hvis han ønskede det.*

*Patienten skrev imidlertid til overlægen og bad om at få fuld aktindsigt i hele sin journal og øvrigt materiale, der måtte være i hans sag fra perioden kort efter hans fødsel i 1960. Patienten oplyste samtidig, at han igennem 2 år havde været i terapi hos en psykolog, samt at hans formål var at få større kendskab til, hvad der var foregået i hans barndom. Samtidig oplyste han, at han tidligere havde fået adgang til at se alle sine akter, men han ville gerne have dem udleveret.*

*Overlægen svarede, at han havde tilsendt patienten 3 akter, som burde kunne give ham et overblik over indlæggelserne og hans historie fra 1960'erne. Han havde noteret sig, at patienten ikke havde ønsket en samtale med ham med en gennemgang af journalen. Overlægen tilbød at fremsende de 3 omtalte akter igen, hvis han ikke skulle have modtaget dem - men i øvrigt fandt han ikke grund til yderligere aktindsigt.*

*Patienten klagede herefter til Patientklagenævnet over afslaget på den fulde aktindsigt.*

*Patientklagenævnet fandt, at overlægen ikke havde overtrådt lovgivningen i forbindelse med patientens anmodning om aktindsigt.*

*Nævnet oplyste, at det fremgår af vejledning om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger, at lovgivningen før den 1. januar 1987 ikke gav patienter ret til aktindsigt i sygehusjournaler. Fra den 1. januar 1987 fik patienter imidlertid ret til aktindsigt i sygehusjournaler, men kun for så vidt angår notater ført efter den 1. januar 1987.*

*Nævnet oplyste endvidere, at sundhedspersonen i almindelighed ikke vil være afskåret fra at give patienten aktindsigt i helbredsoplysninger fra sygehusjournaler fra før 1. januar 1987. En sundhedsperson kan give aktindsigt i større omfang, end hvad der er pligt til, i henhold til princippet om meroffentlighed i offentlighedslovens § 4, stk. 1, 2. pkt. Ved stillingtagen hertil skal der foretages en konkret vurdering af journaloplysningernes indhold og deres betydning for patienten. Herunder må det vurderes, om det må antages at være til skade for patienten eller andre, at patienten får indsigt i de ønskede oplysninger. Overlægen har således ved fremsendelsen af de 3 journalkopier samt tilbudet om at patienten kunne få en gennemgang af journalen på afdelingen, givet patienten en udvidet adgang til aktindsigt, end hvad han var forpligtet til.*

*Nævnet fandt herefter, at overlægen ikke havde pligt til at udlevere kopi af journalen.*

*Patienten klagede herefter til ombudsmanden over nævnets afgørelse.*

Ombudsmanden var enig i Patientklagenævnets afgørelse.

Ombudsmanden udtalte, at patienters adgang til aktindsigt i patientjournaler mv. ført på et sygehus som led i sygdomsbehandling reguleres i reglerne i kapitel 4 i lov om patienters retsstilling (lov nr. 482 af 1. juli 1998). Loven indeholder i § 37 følgende bestemmelse:

”§ 37. Kapitel 4 har virkning for patientjournaler m.v. oprettet efter 1. januar 1994 og for tilførsler til eksisterende patientjournaler m.v. foretaget efter denne dato. For oplysninger i patientjournaler m.v., der føres ved hjælp af elektronisk databehandling, har kapitlet også virkning for registreringer foretaget før 1. januar 1994. For manuelle sygehusjournaler, der

føres for den offentlige forvaltning, har kapitlet virkning for journaler oprettet efter 1. januar 1987 og for tilførsler foretaget efter denne dato til journaler oprettet før 1. januar 1987. ”

Som det fremgår af bestemmelsen, har patienten ikke efter loven krav på at få udleveret oplysninger, der er indført før den 1. januar 1987 i en patientjournal på et offentligt sygehus.

Ombudsmanden udtalte endvidere, at i det omfang, oplysningerne fra sygehuset efter den 1. oktober 1964 er indgået i en sag, hvori en offentlig myndighed har truffet afgørelse, er oplysningerne omfattet af andre aktindsigts regler, der på visse punkter giver borgeren en bedre ret til aktindsigt (forvaltningslovens § 35). Afgørelsen af, om der kan meddeles aktindsigt efter disse andre regler, træffes af den myndighed, der har anvendt oplysningerne som en del af grundlaget for sin afgørelse.