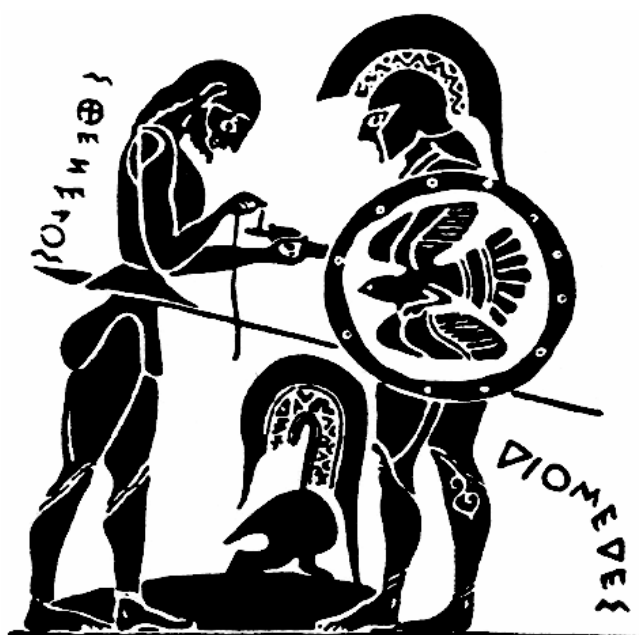


SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

AFGØRELSER OG PRAKSIS

Årsberetning 2005



SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

AFGØRELSER OG PRAKSIS 2005

findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk

Redaktion:

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Frederiksborggade 15

1360 København K.

Telefon 33 38 95 00

Telefax 33 38 95 99

CVR-nummer: 19-82-79-92

www.pkn.dk

pkn@pkn.dk

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
- Klager i forbindelse med øjensygdomme. 2003-2004. December 2005
- Psykiatriske ankesager. 1997-2005. December 2005
- Tandlæger. 1998-2005. December 2005

Tryk: Schultz Grafisk

ISBN: 87-987400-9-1

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 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

FORORD.....	3
1. SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN, OPGAVER, SAGSGANG	
M.V.	7
1.1. Indledning, opgaver og formål	7
1.2. Sagsgang.....	8
1.3. Orientering om nævnets afgørelser	9
1.4. Ny lovgivning om Patientklagenævnet	10
1.5. Patientklagenævnet i tal	12
2. KLAGE OVER OVERSET PRØVESVAR FRA VÆVSPRØVE OG	
MANGLENDE INFORMATION AF PATIENTEN	13
2.1. Baggrund	13
2.2. Nævnets afgørelse	13
3. GENNEMFØRELSE AF AKTINDSIGT I ALMEN PRAKSIS, LÆGESKIFT	15
3.1. Hvordan gennemføres aktindsigten?	15
3.2. Nævnets afgørelse	15
4. PATIENTENS RET TIL AKTINDSIGT I TANDLÆGERS JOURNAL.....	17
4.1. Baggrund	17
4.2. Konkrete afgørelser	18
5. KLAGE OVER MANGLENDE DIAGNOSTIK AF BRUD PÅ HALSRYGSØJLEN	
- ANSVAR I FORBINDELSE MED RØNTGENKONFERENCE.....	19
5.1. Baggrund	19
5.2. Nævnets afgørelse	20
6. KLAGE OVER FORSINKET VAGTLÆGEBESØG - ANSVARFORDELING	
MELLEM VISITERENDE OG KØRENDE VAGTLÆGE.....	22
6.1. Baggrund	22
6.2. Nævnets afgørelse	22
7. KLAGE I FORBINDELSE MED BENYTTELSE AF MEDHJÆLP	25
7.1. Baggrund	25
7.2. Klage i forbindelse med benyttelse af medhjælp	25
7.3. Nævnets afgørelse	26
8. KLAGE OVER BEHANDLING I STRID MED LIVSTESTAMENTE -	
PATIENTEN IKKE UAFVENDELIGT DØENDE.....	28
8.1. Baggrunden for lovgivningen om livstestamenter	28
8.2. Lovgivningen om livstestamenter (retten til at frasige sig behandling ved)	28

8.3.	Nævnets afgørelse	29
9.	KLAGER I FORBINDELSE MED NETHINDELØSNING	31
9.1.	Generelt om nethindelse	31
9.2.	Konkrete sager i forbindelse med nethindelse	33
9.2.1.	<i>Klager i forbindelse med diagnosticering af nethindelse</i>	33
9.2.2.	<i>Sager med kritik</i>	33
9.2.3.	<i>Sager uden kritik</i>	37
9.2.4.	<i>Klager i forbindelse med behandling af nethindelse</i>	40
10.	KLAGER OVER UKORREKT OMSKÆRING AF DRENGEBØRN	42
10.1.	Indledning.....	42
10.2.	Baggrund	42
10.3.	Sager med kritik af undersøgelse og/eller behandling og kritik af journalføring	43
10.4.	Sager uden kritik af behandling, men med kritik af journalføring.....	46
10.5.	Sager uden kritik af behandling og journalføring.	47
11.	MOTIVATION FOR ET KONKRET PRÆPARAT I FORBINDELSE MED TVANGSBEHANDLING	49
11.1.	Mindste middels princip i relation til tvangsbehandling.....	49
11.2.	Motivation for et konkret præparat i relation til mindste middels princip	49
11.3.	Konkrete afgørelser	50
12.	ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING 1998 –2005	54
12.1.	Indledning.....	54
12.2.	Anmodninger om tiltalerejsning for læger	54
12.2.1.	<i>Anmodninger om tiltalerejsning i 2005</i>	54
12.2.2.	<i>Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning 1998-2005</i>	56
12.2.3.	<i>Opfølgning vedrørende anmodninger om tiltalerejsning 1998-2004</i>	57
	Anmodninger om tiltalerejsning i 1998	57
	Anmodninger om tiltalerejsning i 1999	57
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2000	60
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2001	60
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2002	61
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2003	62
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2004	62
12.3.	Anmodninger om tiltalerejsning for sygeplejersker.....	63
12.3.1.	<i>Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning 1999-2005</i>	63
12.3.2.	<i>Opfølgning vedrørende anmodninger om tiltalerejsning 1998-2004</i>	64
	Anmodninger om tiltalerejsning i 1999	64
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2000	65
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2001	66
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2002	68
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2003	69
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2004	70
12.4.	Anmodninger om tiltalerejsning for apotekere, farmaceuter, apoteksassistenter	72
12.4.1.	<i>Opfølgning vedrørende anmodninger om tiltalerejsning i 1998</i>	73

12.5.	Radiografer.....	73
12.5.1.	<i>Opfølgning vedrørende anmodning om tiltalerejsning i 1998.....</i>	<i>74</i>
12.6.	Social- og sundhedsassistenter	74
12.6.1.	<i>Opfølgning af anmodninger om tiltalerejsning</i>	<i>75</i>
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2000	75
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2003	75
12.7.	Anmodninger om tiltalerejsning for tandlæger	76
12.7.1.	<i>Opfølgning af anmodninger om tiltalerejsning</i>	<i>77</i>
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2002	77
12.8.	Plejhjemsassistenter.....	77
12.8.1.	<i>Opfølgning af anmodninger om tiltalerejsning</i>	<i>78</i>
	Anmodninger om tiltalerejsning i 2003	78
13.	RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET I 2005	79
13.1.	Indledning.....	79
13.2.	Sager anlagt af patienter/klagere	79
14.	KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2005.....	81
14.1.	Indledning.....	81
14.2.	Konkrete afgørelser	81

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. Ca. en tredjedel af afgørelserne i 2005 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 (se oversigt over praksissammenfatninger på indersiden af forsiden), og kapitler fra praksissammenfatninger fra 2005 er medtaget i denne årsberetning.

Endelig offentliggør Patientklagenævnet hver måned 20 afgørelser i anonymiseret form i fuld tekst på nævnets hjemmeside. De sager, som er offentliggjort i 2005, er samlet i en publikation: *Offentliggjorte afgørelser i 2005*, som ligger på nævnets hjemmeside www.pkn.dk. De enkelte sager kan omhandle flere specialer, personalegrupper og juridiske temaer. De er i denne publikation placeret efter, hvor hovedvægten i klagen har været.

Nævnets hjemmeside 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. Ny lovgivning om Patientklagenævnet

Gennemførelsen af kommunalreformen har også sat sit præg på sundhedslovgivningen. Folketinget har vedtaget Sundhedsloven, der erstatter 15 sundhedslove, hvoraf de vigtigste er sygehusloven og sygesikringsloven. Folketinget har også vedtaget en lov om klage- og erstatning inden for sundhedsvæsenet, der erstatter reglerne i patientforsikringsloven og i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse om Patientklagenævnet. Endelig behandler Folketinget i foråret 2006 et lovforslag om autorisation af sundhedspersoner og anden regulering af sundhedsfaglig virksomhed. Denne lov skal erstatter alle autorisationslove for

sundhedspersoner. Lovene skal som udgangspunkt træde i kraft samtidig med kommunalreformen den 1. januar 2007.

Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er naturligvis af særlig interesse for Patientklagenævnet.

Enkelte dele af denne lov er allerede trådt i kraft. Det gælder for reglerne om Patientklagenævnets finansiering og for reglerne om offentliggørelse af visse afgørelser med sundhedspersonens navn.

Patientklagenævnet har været takstfinansieret siden 1. januar 2006. Amterne betaler en standardtakst pr. sag vedrørende sundhedspersoner ansat i amterne og vedrørende sundhedspersoner, der driver privat praksis eller privat sygehus i amtet. Staten afholder udgifterne til behandling af klager over sundhedspersoner i staten og i kommunerne.

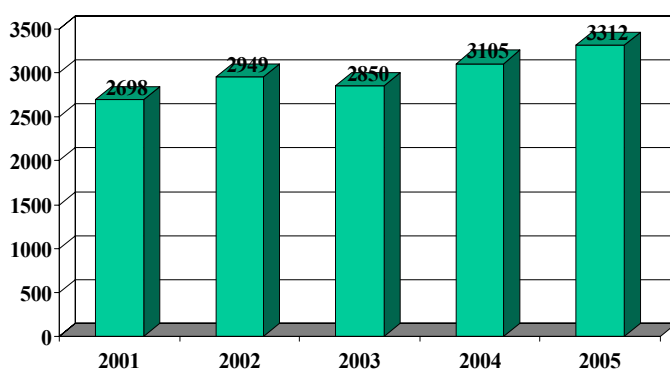
Også reglerne om offentliggørelse af visse af Patientklagenævnets afgørelser uden anonymisering af sundhedspersonens navn trådte i kraft ved årsskiftet og finder anvendelse på klagesager, der er indsendt til nævnet efter den 1. januar 2006. Der er dog fremsat lovforslag om, at reglerne skal gælde for alle afgørelser, der træffes af nævnet efter den 1. januar 2006. Nævnet skal offentliggøre afgørelser, hvor der er givet kritik for alvorlig eller gentagen forsømmelse (henholdsvis: a. gentagen eller grovere forsømmelse eller skødesløshed, b. indskærpelse eller c. 3 afgørelser med kritik inden for 5 år) eller givet kritik i forbindelse med kosmetisk behandling. Disse afgørelser skal offentliggøres i fuld tekst uden anonymisering af sundhedspersonens titel og navn, men naturligvis med anonymisering af patientens navn og alle andre identifikationsoplysninger. Afgørelserne vil blive offentliggjort på www.sundhed.dk og på nævnets hjemmeside. Afgørelserne skal fjernes fra [sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) og nævnets hjemmeside efter 2 år.

Den 1. januar 2007 træder de øvrige bestemmelser i klage- og erstatningsloven i kraft. Ved årsskiftet overtager Patientklagenævnet således behandlingen af klager over en række administrative afgørelser i kommuner og amter, der tidligere blev behandlet i de sociale nævn og i Ankestyrelsen. Det drejer sig f.eks. om klager over befordringsgodtgørelse. Nævnet overtager også behandlingen af klager over visse afgørelser fra Søfartsstyrelsen. Det kan endvidere nævnes, at nævnets sammensætning justeres, således at kommunerne repræsenteres af 4 medlemmer og regionerne af 8 medlemmer. Fra årsskiftet skal kommunerne også betale en standardtakst for klager over sundhedspersoner ansat i kommunerne.

1.5. Patientklagenævnet i tal

I 2005 modtog Patientklagenævnet 3.312 nye klager. Antallet af nye klager er i 2005 steget

Antal nye klager



med 6,7 % i forhold til 2004, hvor der kom 3.105 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. udskrivinger fra sygehusene om året, flere end 4 mio. ambulante behandlinger og flere end 34 mio. patientkontakter i almen praksis og ca. 15. mio. tandlægeydelser. Langt de fleste klager over læger. Ca. 85 % af sagerne var klager over læger.

I 2005 afgjorde Patientklagenævnet 1.854 sager. Ca. hver fjerde afgørelse endte med kritik af en eller flere sundhedspersoner. 33 sager blev sendt til anklagemyndigheden med anmodning om tiltale for strafbart forhold, heraf 30 sager vedr. en læges behandling af 30 patienter. Sagsbehandlingstiden steg i 2005 til 12 måneder fra 9,7 måneder i 2004.

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

2. KLAGE OVER OVERSET PRØVESVAR FRA VÆVSPRØVE OG MANGLENDE INFORMATION AF PATIENTEN

Patientklagenævnet har i 2005 afgjort en sag, hvor der blev klaget over, at en patient ikke blev informeret om svaret på en vævsundersøgelse (biopsi) Der blev desuden klaget over, at patienten blev udskrevet, uden at der var iværksat relevant behandling.

2.1. Baggrund

Nævnet kan oplyse, at det er almindelig praksis at sende operativt fjernet væv eller et repræsentativt udsnit (biopsi) af dette til mikroskopisk (patologisk) undersøgelse. Det er ligeledes i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard i operationsbeskrivelsen at omtale, at der er sendt væv til mikroskopisk undersøgelse.

Nævnet kan desuden oplyse, at det er almindelig anerkendt faglig standard, at prøvesvar fra eksempelvis patologisk afdeling signeres af den ansvarlige overlæge på den kliniske afdeling eller af en af ham udpeget stedfortrædende ansvarlig læge. Med signaturen sikrer man sig, at prøvesvar ikke bliver arkiveret, før svaret er set af en relevant ansvarlig læge, og der er taget stilling til evt. supplerende undersøgelse eller behandling. Det øvrige personale (sekretærer, sygeplejersker og andre sundhedspersoner) kan ved hjælp af signaturen sikre sig, at svaret er set. Man kan desuden på arkiverede prøvesvar umiddelbart se, om svaret er set, og om der er taget stilling hertil.

2.2. Nævnets afgørelse

Nedenstående afgørelse belyser Patientklagenævnets praksis i forbindelse med klager over oversete prøvesvar.

Klage over manglende oplysning om svar på biopsi ([0548711A](#))

En 66-årig mand blev i marts 2001 indlagt på sygehus, idet der var indikation for mini-thorakotomi (åbning til brysthulen til nærmere undersøgelse) på grund af symptomer med blod i brysthulen og væske lungehinden. Operationen blev udført af overlæge A. Det fremgik ikke af operationsbeskrivelsen, at der blev udtaget væv til patologisk undersøgelse. Patienten blev udskrevet den 29. marts 2001 til ambulant kontrol ugen efter.

Af svaret fra patologisk afdeling fremgik, at undersøgelse blev rekvireret den 22. marts 2001 af overlæge A. Prøven blev besvaret den 29. marts 2001. Diagnosen var kræft i lungehinden (malignt mesoteliom) samt udvidede bronkier (bronkieektasier) med

svampeinfektion (aspergillose). I udskrivningsbrevet fra overlæge A var svaret fra patologerne ikke omtalt.

Patienten blev set ambulant den 6. april 2001 af overlæge B, der igen så og afsluttede ham den 27. april 2001. I 2002 og 2003 blev patienten indlagt adskillige gange på en hjertemedicinsk afdeling på grund af iskæmisk hjertesygdom med forsnævrede kranspulsårer. Han havde også nedsat og tiltagende dårlig lungefunktion.

Det fremgik af journalnotat i januar 2004, at der ved journalgennemgang blev fundet den histologiske beskrivelse fra 2001. Patienten blev informeret om den oversete diagnose, og der blev iværksat undersøgelser og behandling.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev informeret om den diagnose, der blev stillet, efter at der var blevet taget biopsi, og at han blev udskrevet, uden at der var iværksat relevant kurativ behandling.

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af den administrerende overlæge for ikke at udfærdige en instruks om modtagelse af prøvesvar fra patologisk afdeling. Nævnet fandt desuden grundlag for kritik af overlæge A for hans behandling og journalføring. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlæge B.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke fremgik af operationsbeskrivelsen, at der blev sendt væv til patologisk undersøgelse, og at dette burde være omtalt i journalen. Det var nævnets vurdering, at overlæge A, da han underskrev udskrivningsbrevet, burde have kontrolleret, om der var kommet svar fra patologerne, og hvis ikke, have tilføjet et notat i såvel journal som udskrivningsbrev om, at der endnu ikke forelå et svar fra patologerne.

Det fremgik af den administrerende overlæges udtalelse, at afdelingen ikke havde en skriftlig instruks angående håndtering af indkomne prøvesvar. Den mundtlige instruks for håndtering af prøvesvar omfattede ikke signering af svar, hvilket nævnet fandt kritisabelt.

Nævnet fandt, at den administrerende overlæge burde have sørget for, at der var udfærdiget en skriftlig instruks vedrørende modtagelse af prøvesvar.

For så vidt angik overlæge B fandt nævnet ikke grundlag for kritik, da han på tidspunktet for de ambulante undersøgelser ikke af operationsbeskrivelsen eller ved andre notater i journalen kunne se, at han skulle have efterspurgt et prøvesvar fra patologerne.

3. GENNEMFØRELSE AF AKTINDSIGT I ALMEN PRAKSIS, LÆGESKIFT

Patientklagenævnet har truffet afgørelse i flere sager om aktindsigt, hvor en patient beder om aktindsigt i sin journal hos sin tidligere alment praktiserende læge.

3.1. Hvordan gennemføres aktindsigten?

Efter lov om patienters retsstilling § 20 har en patient ret til at få aktindsigt i sin journal. Det fremgår af lovens § 21, stk. 1, at afgørelsen om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne mv. i sin besiddelse.

I lovens § 21, stk. 2, og i Sundhedsministeriets vejledning om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger, er det beskrevet, hvorledes imødekommelse af anmodning om aktindsigt kan gennemføres.

Hvis patienten ønsker at få udleveret kopi af journalen, skal anmodningen normalt imødekommes, medmindre helt særlige forhold gør sig gældende. Helt særlige forhold kan f.eks. være dokumenternes antal, karakter eller form.

Når en patient har skiftet læge, og den tidligere læge fortsat opbevarer patientens journal, skal den tidligere læge tage stilling til patientens anmodning om aktindsigt i denne journal. Lægen kan ikke henvise patienten til at få aktindsigten hos den nye læge. Dette gælder også, selvom den tidligere læge måtte finde det betænkeligt at udlevere afskrift eller fotokopi til patienten uden lægelig vejledning.

3.2. Nævnets afgørelse

Nedenstående afgørelse viser, at en læge er forpligtet til at tage stilling til også tidligere patienters anmodninger om aktindsigt.

Klage over en praktiserende læges afslag på at udlevere kopi af journalen til en tidligere patient ([0549325A](#))

En kvinde anmodede skriftligt sin tidligere praktiserende læge om aktindsigt i sin journal.

Lægen henviste skriftligt patienten til at rette henvendelse til sin nuværende læge, således at aktindsigten kunne ske gennem denne. Da patienten havde skiftet læge, fandt han det mest naturligt, at aktindsigten skete gennem patientens ny læge.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge afslog at give patienten aktindsigt i hendes journal i form af udlevering af kopi heraf.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den praktiserende læge for hans håndtering af patientens anmodning om aktindsigt.

Nævnet lagde herved vægt på, at afgørelse af retten til aktindsigt skal træffes af den læge, der har journalen i sin besiddelse, jf. lovens § 21, stk. 1. Det gælder også, selvom patienten har skiftet læge. Der kan endvidere ikke stilles krav om, at aktindsigten skal ske gennem patientens nye læge, jf. lovens § 21, stk. 2, hvoraf fremgår, at en anmodning om aktindsigt enten kan gennemføres ved, at patienten får adgang til at gennemse journalen på stedet eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi, såfremt patienten ønsker dette.

Nævnet fandt på den baggrund, at den praktiserende læge havde været forpligtet til at udlevere kopi af journalen til patienten.

4. PATIENTENS RET TIL AKTINDSIGT I TANDLÆGERS JOURNAL

4.1. Baggrund

En patient har som altovervejende hovedregel krav på aktindsigt i sin journal hos tandlægen. Dette følger af § 20, stk. 1, i lov om patienters retsstilling, hvor det fremgår, at såfremt en patient fremsætter begæring herom, skal patienten have meddelelse om, hvorvidt der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler m.v.

Retten til aktindsigt kan begrænses i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til patienten selv eller andre private interesser. Denne bestemmelse, som er en undtagelsesregel, må som udgangspunkt antages ikke at have nogen praktisk betydning i forbindelse med anmodning om aktindsigt i tandlægejournaler.

Såfremt patienten ikke var tilfreds med tandlægens afgørelse af, hvorvidt anmodningen om aktindsigt kunne imødekommes, eller hvis tandlægen slet ikke traf nogen afgørelse, kunne spørgsmålet indbringes for Patientklagenævnet, der tog stilling til, om tandlægen havde handlet i strid med lov om patienters retsstilling, jf. nedenfor.

Lov om patienters retsstilling trådte i kraft den 1. oktober 1998. Indtil da var spørgsmålet om aktindsigt reguleret i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger. Med indførelsen af lov om patienters retsstilling skete der ikke nogen realitetsændring af reglerne.

Nedenstående afgørelserne er truffet før ikrafttræden af Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 258 af 12. april 2005 om afgrænsning af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed. Det følger af denne bekendtgørelse, at de amtslige tandlægenævn fra den 1. maj 2005 træffer afgørelse i alle klager over faglig virksomhed udøvet af privatpraktiserende tandlæger, som har overenskomst med sygesikringen, herunder også klager over håndtering af anmodninger om aktindsigt. Kompetencen til at behandle disse klager er således overgået fra Patientklagenævnet til de amtslige tandlægenævn.

Nedenstående afgørelser belyser Patientklagenævnets praksis vedrørende privatpraktiserende tandlægers håndtering af anmodninger om aktindsigt.

4.2. Konkrete afgørelser

Nedenstående afgørelse viser, at en patient efter nævnets opfattelse som udgangspunkt har ret til at få udleveret en kopi af sin journal, også selv om tandlægen tilbyder at gennemføre aktindsigten på en anden måde.

Klage over manglende udlevering af kopi af journalen ([0230203N](#))

En 65-årig mand henvendte sig personligt i tandlægens praksis og bad om, at få udleveret en kopi af sin journal. Tandlægen imødekom ikke denne anmodning, men tilbød patienten, at han kunne gennemse journalen i hans praksis.

Nævnet fandt, at tandlægen burde have udleveret en kopi af journalen til patienten, idet tandlægen ikke kunne stille krav om, at patienten mødte til personligt gennemsyn af journalen på stedet heller ikke selvom tandlægen måtte finde det betænkeligt at udlevere afskrift eller fotokopi til patienten uden faglig vejledning.

Nævnet oplyste, at såfremt tandlægen må gå ud fra, at patienten har brug for hjælp til at forstå indholdet af en journal, skal han tilbyde hjælp og vejledning, eksempelvis i form af en gennemgang af journalen sammen med patienten, men patienten kan afslå dette tilbud og har derefter krav på at få udleveret en kopi af journalen.

I nedenstående afgørelse slår nævnet fast, at det forhold, at patienten skylder tandlægen penge, ikke er et helt særligt forhold, som kan begrunde afvisning af at udlevere en kopi af journalen.

Klage over tandlæges afvisning af anmodning om aktindsigt ([9907430P](#))

En 27-årig kvinde anmodede skriftligt sin tandlæge om at få tilsendt en kopi af sin journal. Tandlægen svarede fem dage efter, at han ikke helt forstod, hvad hendes hensigt var, men at hun kunne kontakte ham eller aftale tid til en samtale. Atten dage senere orienterede hun ham i et brev om, at hans besvarelse ikke var tilfredsstillende, og at hun ville blive nødt til at klage til Patientklagenævnet, såfremt hun ikke fik tilsendt en kopi af sin journal. Tandlægen svarede i et brev otte dage senere, at han ikke forstod, hvad hun ville med en kopi af journalen, og at han ikke udleverede materiale, så længe hun skyldte ham penge. I stedet opfordrede han hende på ny til at ringe og tale med ham.

Der blev klaget over, at tandlægen gav patienten afslag på hendes anmodning om aktindsigt i sin journal, idet hun fortsat skyldte ham penge.

Nævnet fandt, at tandlægen burde have imødekommet patientens anmodninger om at få tilsendt en kopi af journalen. Nævnet oplyste, at en anmodning om kopi af journalen

normalt skal imødekommes, medmindre helt særlige forhold gør sig gældende. Det var nævnets vurdering, at tandlægen ikke havde dokumenteret, at der forelå sådanne helt særlige forhold, der kunne begrunde et afslag på at udlevere kopi af journalen. Efter nævnets opfattelse fandtes et økonomisk mellemværende mellem patient og tandlæge ikke at være et sådant helt særligt forhold.

5. KLAGE OVER MANGLENDE DIAGNOSTIK AF BRUD PÅ HALSRYGSØJLEN - ANSVAR I FORBINDELSE MED RØNTGENKONFERENCE

Patientklagenævnet har i en sag taget stilling til, hvem der havde ansvaret for, at en beslutning på en røntgenkonference ikke blev effektueret.

5.1. Baggrund

Når en patient henvender sig på skadestuen, og der på baggrund af mistanke om et brud foretages røntgenundersøgelse, vil proceduren ofte være, at billederne umiddelbart bliver vurderet af skadestuelægen. Billederne vil herefter normalt blive forelagt på en røntgenkonference, hvor speciallæger fra det pågældende speciale og røntgenlæger deltager.

Ved røntgenkonferencen vil der blive taget stilling til, om den iværksatte undersøgelse og behandling er korrekt, herunder om den foretagne undersøgelse er tilstrækkelig til diagnosticering. Beslutninger på røntgenkonferencer skal journalføres for at sikre dokumentation af beslutningerne og for at sikre evt. opfølgende undersøgelse og behandling.

Af lægelovens § 13, stk. 2, fremgår, at sygehuse, klinikker og lignende er pligtige til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde. I bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring) er det præciseret, hvilke oplysninger en journal skal indeholde. Det fremgår således af § 9, stk. 2, nr. 2, at journaler på sygehuse skal indeholde oplysninger om beslutninger truffet på afdelingskonferencer, herunder hvem der er ansvarlig for eventuelt besluttet undersøgelsesprogram og/eller behandling og eventuelle ordinationer samt for iværksættelsen heraf.

Det fremgår af lægelovens § 6, at en læge under udøvelsen af sin gerning er forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v. Manglende effektivering af en beslutning truffet på en røntgenkonference, vil således skulle vurderes i henhold til denne bestemmelse.

5.2. Nævnets afgørelse

Nedenstående afgørelse illustrerer, at den læge, der har ansvaret for røntgenkonference, skal journalføre de truffe beslutninger. Den pågældende læge skal desuden sikre, at de undersøgelses- og behandlingstiltag, der besluttet på konferencen, bliver effektueret.

Klage over manglende konstatering af et brud i halsrygsøjlen ([0548825A](#))

En 59-årig mand henvendte sig på skadestuen, idet han var faldet ned af en trappe og havde slået ryggen og venstre tommelfinger. Det blev konstateret, at tommelfingeren var gået af led, og en røntgenundersøgelse af hals- og lænderyg viste umiddelbart intet abnormt. Patienten blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling på grund af smerter. Ved indlæggelsen blev der beskrevet ømhed af muskulaturen i halsen, ømhed på anden og tredje halshvirvel samt ømhed på lændehvirvlerne. Ved røntgenkonference 2 dage senere blev det tilrådet at foretage en klinisk vurdering samt supplerende undersøgelser, da røntgenbillederne ikke var optimale. Dagen efter blev patienten udskrevet.

Ca. 14 dage senere blev det på neurologisk afdeling konstateret, at der var fremadglidning af 5. og 6. halshvirvel samt brud på facetled i venstre side af samme hvirvler.

Der blev klaget over, at patienten ved indlæggelse på ortopædkirurgisk afdeling ikke modtog en korrekt behandling, herunder at man ikke ud fra røntgenbillederne konstaterede brud, samt at patienten blev udskrevet for tidligt.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den læge fra ortopædkirurgisk afdeling, der var ansvarlig for røntgenkonferencen den 30. december 2002, idet oplysningerne fra røntgenkonferencen burde have været journalført, og vedkommende læge burde have foranlediget supplerende undersøgelser.

Nævnet lagde vægt på, at patienten ved ankomsten til skadestuen blev tilset af reservelæge B, der foretog en objektiv undersøgelse samt ordinerede røntgenundersøgelse af ryggen. På baggrund af røntgenundersøgelsen fandt reservelægen ikke umiddelbare tegn på brud i ryggen.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at røntgenbillederne 2 dage senere blev forelagt på en røntgenkonference, hvor det blev tilrådet, at der blev foretaget en klinisk revurdering samt foretaget supplerende røntgenundersøgelser, da røntgenbillederne var utilstrækkelige, idet 5., 6., og 7. halshvirvel ikke var fremstillet (synlig på røntgenbilledet).

Det var nævnets opfattelse, at oplysningen om, at røntgenbillederne taget den 28. december 2002 ikke var tilstrækkelige, og at der blev tilrådet supplerende undersøgelser burde have været journalført, og der burde være foretaget yderligere objektiv undersøgelse. I betragtning af, at der blev beskrevet mange smerter i ryggen, burde der efter nævnets opfattelse være foretaget supplerende CT-scanning af nakken, da man ikke kunne udelukke skeletskade på de konventionelle røntgenbilleder.

6. KLAGE OVER FORSINKET VAGTLÆGEBESØG - ANSVARFORDDELING MELLEM VISITERENDE OG KØRENDE VAGTLÆGE

Patientklagenævnet har i 2005 afgjort en sag, hvor der blev taget stilling til ansvarsfordelingen mellem visiterende og kørende vagtlæge i en situation, hvor der blev rykket for et ordineret vagtlægebesøg til en formodentlig svært syg patient.

6.1. Baggrund

Det er de alment praktiserende læger, der også varetager lægebetjeningen uden for dagarbejdstiden. Lægebetjeningen i vagttiden er tilrettelagt som en visitationsvagtordning. Vagtlægeordningen indebærer, at patienten kommer i kontakt med en alment praktiserende læge i telefonen (den visiterende læge). Lægen vurderer på grundlag af telefonsamtalen, hvilken indsats, der er nødvendig. Lægen har mulighed for at afslutte behandlingen i telefonen, tilbyde undersøgelse og behandling i lægevagtskonsultationen eller tilbyde konsultation i hjemmet via en kørende vagtlæge.

Det fremgår af lægelovens § 6, at en læge under udøvelsen af sin gerning er forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v. Opfølgning på en rykker til ordineret vagtlægebesøg er omfattet af denne bestemmelse.

Nedenstående sag illustrerer, at det primære koordinationsansvar i en lægevagt påhviler de telefonvisiterende læger. I situationer, hvor der efter to timer rykkes for besøg til en formodentlig svært syg patient, er det derfor den visiterende vagtlæges ansvar som koordinator at sikre, at besøget aflægges, som den visiterende vagtlæge forudsætter. Det bør således overvejes, om envejskommunikation i form af en elektronisk rykker er tilstrækkeligt for at sikre sygebesøg aflagt som forudsat til en formentlig svært syg person. Det kan være nødvendigt at kontakte den kørende læge direkte (telefonisk) for at lave aftale med denne.

6.2. Nævnets afgørelse

Nedenstående sag illustrerer denne problemstilling.

Klage over forsinket vagtlægebesøg ([0549005A](#))

En 48-årig mand henvendte sig den 4. marts 2004 til sin praktiserende læge, som fandt hans almene tilstand dårlig, og at han havde vejrtrækningsbesvær (taledyspnø). Lægen fandt genoplussen af bronkitis. En blodprøve viste samtidig ikke tegn på bakteriel

infektion. Lægen vurderede endvidere, at patienten var i risiko for at udvikle abstinenser på grund af nylig indtagelse af store mængder alkohol. Det blev derfor aftalt med en sygeplejerske fra patientens opholdssted, at der med det samme skulle påbegyndes behandling af abstinenser, såfremt sådanne symptomer skulle opstå.

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

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

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

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

Nævnet fandt grundlag for at kritisere de visiterende vagtlæger A og C for deres behandling af patienten den 6. marts 2004. For så vidt angår vagtlæge A lagde nævnet vægt på, at vagtlægen ved den første henvendelse kl. 20.45 havde noteret i journalen, at der var mistanke om udtalt grad af vand i lungerne.

Nævnet oplyste, at vand i lungerne er en farlig og livstruende tilstand, og såfremt en kronisk svækket person med misbrugsproblemer rammes af denne tilstand, er der en ekstra høj risiko for at udvikle akutte kredsløbssymptomer i forbindelse med for eksempel virusinfektion.

På den baggrund var det nævnets opfattelse, at der ved den første kontakt med vagtlæge A kl. 20.45 forelå en situation med behov for akut vurdering. Nævnet fandt det derfor kritisabelt, at patienten alene blev visiteret til et almindeligt besøg med en ventetid på op til flere timer, da vagtlæge A blev kontaktet.

Det var nævnets opfattelse, at det primære koordinationsansvar i en lægevagt er tillagt de telefonvisiterende læger. I en situation som den foreliggende, hvor der efter to timer

rykkes for besøg, var det derfor den visiterende vagtlæges ansvar som koordinator at undersøge, hvad der foregår, og hvorfor det ønskede besøg endnu ikke er aflagt, da den kørende vagtlæge under udøvelsen af hvervet kan komme ud for situationer, der hindrer denne i at handle som forventet af den visiterende vagtlæge.

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

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

For så vidt angår vagtlæge C lagde nævnet vægt på, at hun burde have taget direkte kontakt til den kørende vagtlæge B i stedet for blot at notere i den elektroniske journal, at der atter var rykket for besøg, idet der i to omgange blev rykket for besøg, og det måtte anses for klart, at situationen efterhånden var lægefagligt uacceptabel, og et besøg åbenlyst var presserende.

Det var således nævnets opfattelse, at envejskommunikation ikke var acceptabelt, og at vagtlæge C som alternativ til usikkerheden om den kørende vagtlæges B ankomst kunne have valgt at indlægge patienten direkte på sygehus med ambulance.

Nævnet fremhævede i den forbindelse, at elektronisk kommunikation og en telefonisk kontakt til den kørende læge i den foreliggende situation ikke kunne sidestilles. Da en markering i form af rykker til en formentlig svært syg person ikke medførte reaktion fra den kørende læge, var det ikke tilstrækkeligt at gentage denne procedure. Det var nødvendigt at kontakte den kørende læge direkte (telefonisk) for at høre, hvad der foregik, og hvorfor et hurtigt besøg ikke blev aflagt trods anmodning herom.

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

7. KLAGE I FORBINDELSE MED BENYTTELSE AF MEDHJÆLP

7.1. Baggrund

Det fremgår af lægelovens § 6, at en læge under udøvelsen af sin gerning er forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp mv.

En læge kan som udgangspunkt delegerer alle opgaver til en medhjælp. Lægen kan bruge både andre sundhedspersoner og lægfolk som medhjælp. Der er dog undtagelser, idet nogle opgaver ikke kan delegeres, eks. udfyldelse af dødsattest.

Ved udvælgelse af medhjælp er det lægens ansvar at vurdere, om medhjælpen vil være i stand til at udføre opgaven forsvarligt. Lægen skal derfor konkret vurdere, hvilke opgaver der kan delegeres til medhjælpen ud fra medhjælpens uddannelse og baggrund.

Lægen har tillige ansvar for at instruere medhjælpen, således at denne bliver i stand til at udføre behandlingen på samme niveau, som hvis lægen selv havde behandlet. Endvidere skal lægen føre tilsyn med medhjælpen under behandlingen.

Intensiteten af instruktion og tilsyn afhænger af, hvem opgaven er overdraget til, og hvad opgaven består i.

Hvis lægen har levet op til sin instruktions- og tilsynsforpligtelse, kan lægen ikke holdes ansvarlig for eventuelle fejl, som medhjælpen begår. Det samme gælder, hvis medhjælpen overskrider den bemyndigelse, som lægen har givet.

7.2. Klage i forbindelse med benyttelse af medhjælp

Nævnet har i 2005 behandlet en klage over, at en person uden lægefaglig baggrund assisterede ved et kejsersnit.

Kejsersnittet blev udført på et sygehus, der fungerer som en universitetsafdeling, og sygehuset har derfor pligt til at modtage og undervise mange typer studerende. Den pågældende afdeling, i dette tilfælde gynækologisk/obstetrisk afdeling, havde udarbejdet en instruks for, hvilke forholdsregler der skulle iagttages i forbindelse med, at en studerende eksempelvis skulle deltage i en operation. Forholdsreglerne omhandlede blandt andet vask, aftørring og afspritning forud for operationen samt position ved operationslejet.

Nævnet fandt, at ansvaret for anvendelse af en folkesundhedsvidenskabsstuderende ved en operation påhviler den administrerende overlæge for afdelingen, men at denne overlæge kan uddelegere ansvaret til operatøren, såfremt der på afdelingen findes retningslinier herfor.

I det omfang den folkesundhedsvidenskabsstuderende er nøje instrueret af operatøren, og kun foretager simple manøvrer under indgrebet, såsom at holde et spekel og klippe suturer, fandt nævnet, at medvirken af en folkesundhedsvidenskabsstuderende i forbindelse med et kejsersnit ikke var udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed fra operatøren eller afdelingens (den administrerende overlæge) side.

7.3. Nævnets afgørelse

Nedenstående afgørelse illustrerer denne problemstilling.

Klage over, at en assisterende person ved kejsersnit ikke havde en lægefaglig baggrund (0552014A)

En 27-årig andengangsfødende fik foretaget et akut kejsersnit på grund af truende iltmangel hos barnet. En folkesundhedsvidenskabsstuderende deltog under kejsersnittet. Efter fødslen fik patienten ikke en samtale med operatøren, men alene med en jordemoder.

Der blev klaget over, at den person, der assisterede ved kejsersnittet ikke havde en lægefaglig baggrund, og at operatøren ikke tilså eller afholdt samtale med patienten efter kejsersnittet.

Nævnet fandt, at den pågældende overlæge på afdelingen ikke handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved at uddelegere ansvaret for anvendelse af en folkesundhedsvidenskabsstuderende til operatøren.

Nævnet fandt endvidere, at operatøren handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ved at lade en folkesundhedsvidenskabsstuderende assistere under kejsersnittet.

Nævnet lagde vægt på, at det pågældende sygehus er en universitetsafdeling og derfor har pligt til at modtage og undervise mange typer studerende. I forbindelse hermed var der en instruks for den pågældende gynækologiske/obstetriske afdeling om, at den studerende blev instrueret i steril vask samt instrueret i at iagttage andre forholdsregler i forbindelse med deltagelse i en operation. Den folkesundhedsvidenskabsstuderende blev således nøje instrueret af operatøren og operationssygeplejersken med hensyn til vask, aftørring – og afspritning af hænder, iklædning af sterile klæder samt position ved operationslejet.

Der blev videre lagt vægt på, at den folkesundhedsvidenskabsstuderende alene assisterede ved at holde et spekel samt klippe suturer i forbindelse med syningen af åbningen i livmoderen og bugvæggen. Resten af operationen blev varetaget af den erfarne operatør.

Endelig fandt nævnet, at operatøren ikke handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved ikke at tilse og afholde samtale med patienten efter operationen.

Nævnet lagde vægt på, at patienten efter kejsersnittet blev tilset af en læge, ligesom der blev afholdt barselsbesøg af en jordemoder og udskrivningssamtale med en læge. Nævnet lagde således vægt på, at samtale og tilsyn nok ikke blev afholdt ved operatøren, men dog varetaget af andre relevante sundhedspersoner på afdelingen.

8. KLAGE OVER BEHANDLING I STRID MED LIVSTESTAMENTE - PATIENTEN IKKE UAFVENDELIGT DØENDE

Patientklagenævnet har i 2005 afgjort en sag med en klage over, at der var iværksat behandling af en patient med hjertestop i strid med hendes livstestamente.

8.1. Baggrunden for lovgivningen om livstestamenter

I forbindelse med enhver aktuel behandling af en patient er udgangspunktet, at patienten har ret til selv at bestemme, om vedkommende ønsker en tilbudt behandling, jfr. lov om patienters retsstilling. Det fremgår således af lovens § 6, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov.

Om fremtidig behandling har en patient som udgangspunkt ikke mulighed for på forhånd at træffe beslutninger, som forpligter den evt. senere involverede sundhedsperson, og som vedrører en fremtidig ikke aktuel behandlingssituation

Efter lov om patienters retsstilling er der dog mulighed for, at en patient kan oprette et livstestamente, som giver patienten muligheden for at bevare sin selvbestemmelsesret i situationer, hvor vedkommende ikke længere er i stand til at tage stilling til behandling. I livstestamentet kan den myndige patient således tage stilling til, i hvilke af to angivne situationer vedkommende ikke ønsker livsforlængende behandling, og hvor patienten er i en sådan tilstand, at det ikke længere er muligt for vedkommende at udtrykke dette.

En patient anses i relation til livstestamenter for at være uafvendeligt døende, når vedkommende med stor sandsynlighed forventes at afgang ved døden indenfor dage til uger på trods af, at personen bliver behandlet efter den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens eventuelle følgetilstande, jfr. Vejledning om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter.

8.2. Lovgivningen om livstestamenter (retten til at frasige sig behandling ved)

Et livstestamente er kun gyldigt, hvis det opfylder nogle bestemte formkrav. Det fremgår således af bekendtgørelsen om livstestamenter § 2, at et livstestamente kun kan oprettes skriftligt, og at det skal ske ved afkrydsning på en særlig livstestamenteformular udfærdiget af Sundhedsstyrelsen. Desuden skal det underskrives og dateres af patienten, som livstestamentet vedrører.

Af lov om patienters retsstilling § 17, stk. 2, fremgår det, at et livstestamente kan indeholde bestemmelser om, at:

1) personen ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor vedkommende er uafvendeligt døende,

Såfremt patienten har givet udtryk for dette i livstestamentet, er sundhedspersonen bundet af patientens tilkendegivelse, og må således ikke påbegynde livsforlængende behandling i denne situation, jfr. lovens § 17, stk. 5.

2) personen ikke ønsker livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop el.lign. har medført så svær invaliditet, at vedkommende varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Såfremt patienten har givet udtryk for dette i livstestamentet, er sundhedspersonen ikke bundet heraf, men patientens tilkendegivelse anses som vejledende for sundhedspersonen og skal indgå i dennes overvejelser om behandling, jfr. lovens § 17, stk. 5.

Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse, jf. lovens § 17, stk. 3.

Det fremgår videre af lovens § 17, stk. 4, at en sundhedsperson, som påtænker at iværksætte livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende eller påtænker at fortsætte livsforlængende behandling i en situation som nævnt i stk. 2, nr. 2, skal kontakte Livstestamenteregisteret med henblik på at undersøge, om der foreligger et livstestamente.

8.3. Nævnets afgørelse

Nedenstående afgørelse viser, at en patient, som fik hjertestop et par uger efter en hjerteoperation, ikke var uafvendeligt døende, hvorfor behandling kunne iværksættes, uanset at hun havde oprettet et livstestamente. Der kunne ikke lægges vægt på, at patienten rent faktisk afgik ved døden et par timer efter behandlingens start.

Klage over behandling i strid med livstestamente ([0551315A](#))

En 72-årig kvinde havde den 17. oktober 2002 fået indopereret en ny hjerteklap. Den 4. november 2002 fik hun hjertestop, og hun var uden åndedræt og puls. Lægerne påbegyndte kunstigt åndedræt og hjertemassage. Brystkassen blev herefter åbnet, og et hul i legemspulsåren blev syet sammen, og der blev givet intern hjertemassage, som medførte, at hjertet kunne pumpe af sig selv. Patienten blev behandlet med

hjerTESTIMULERENDE medicin og øgning af volumen i blodbanen, og brystkassen blev derefter syet sammen igen. Nogle timer senere svigtede hjertet igen, og patienten døde.

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

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

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

9. KLAGER I FORBINDELSE MED NETHINDELØSNING

Patientklagenævnet har i december 2005 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende øjensygdomme. Sammenfatningen omfatter afgørelser af klager truffet i perioden 2001 - 2004. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 3, som handler om klager over behandlingen af nethindeløsning.

9.1. Generelt om nethindeløsning

Nethindeløsning hedder på lægelatin *amotio retinae*. Det er en synstruende tilstand, hvor øjets biologiske ”film” – *retina* – løsner sig fra indersiden af øjet. Nethinden er en uhyre kompleks struktur med millioner af nerveceller forbundet i et sindrigt mønster, hvis opgave er at opfange og transmittere lysimpulser via synsnerven bagud til hjernens synscenter. Nethinden er tynd; max. 1 mm tyk centralt, perifert kun 0,2 mm. Den ernæres for en stor del af et ydre celleglag, som kaldes pigmentepithelet, der indeholder et mørkt farvestoflag, som skal ”slukke” lyset, når det har passeret nethinden og er blevet opfanget af fotocellerne. Når nethinden går løs, sker der oftest en separation imellem nervecellelaget og pigmentepithelet.

Under normale forhold støttes og beskyttes nethinden af glaslegemet (*corpus vitreum*), der udfylder det meste af det indre øjes volumen. Denne geleagtige substans kan hos mange mennesker trække sig sammen som led i ændringer i den indre molekylstruktur – glaslegemesammenfald. Herved kan der opstå et pludseligt, lokalt træk på nethinden, som ofte opleves som et kraftigt lysglimt, og der kan opstå en rift i nethinden. Patienten bemærker ofte ”en myggesværm for øjet” pga. frigjort pigment eller blod ud i glaslegemet. Nethinderiften resulterer i ophobning af væske under nethinden, som derved begynder at krølle af fra periferien og bagud mod synscentrum – den gule plet (*macula lutea*). Under denne proces kan patienten bemærke en skygge (et gardin) i synsfeltet, der gradvis bliver større. Der er ingen smerter. Breder afløsningen sig ind under den gule plet, mistes læsesynet. Det er derfor afgørende for et godt behandlingsresultat, at nethindeløsningen diagnosticeres og behandles så hurtigt som muligt, dvs. indenfor få dage, så man undgår afløsning af centrum. Har den gule plet været afløst, kan man ikke genskabe normal synsstyrke på øjet, selvom det lykkes at operere nethinden på plads igen. Et andet problem er, at den afløste nethinde efter 1 – 2 uger begynder at skrumpes og stivne. I så fald er mulighederne for at bringe den på plads på øjets inderside væsentligt dårligere.

Alle mennesker har en vis risiko for i løbet af et langt liv at få en nethindeløsning. Den gennemsnitlige forekomst er 10 / 100.000 danskere / år. Men nogle er mere udsatte (disponerede) end andre. Det gælder nærsynede, som har tyndere nethinder, og diabetikere med nethindekomplikationer (glaslegemeblødninger). Endvidere disponerer visse typer

øjnekirurgiske indgreb til nethindeløsning, f.eks. en kompliceret grå stær operation med tab af noget af glaslegemet. Traumer i form af slag eller perforerende læsion af øjenæblet er forbundet med en meget høj risiko for nethindeløsning. Endelig kan nethindeløsning ses hos for tidligt fødte og hos børn eller unge med svære, sjældne medfødte nethindelidelser.

Patienten henvender sig ofte til øjenlægen eller vagtlægen med symptomer som lysglimt, ”spindelvæv”, ”fluer”, en skygge eller andre fænomener i synsfeltet, evt. en forhistorie med et slag mod hovedet / øjet. Dette bør foranledige udvidelse af pupillen med øjendråber og inspektion af nethinden med et oftalmoskop eller en særligt kontaktlinse (Goldmanns 3-spejl, som er forsynet med vinklede spejle). Kontaktlinsen gør det muligt at undersøge de perifere områder af nethinden, hvor rifter hyppigst opstår. Synsfeltundersøgelse bør udføres manuelt eller med et synsfeltapparat. Måling af øjets tryk vil ofte vise en lavere værdi i det syge øje i forhold til det raske. Er der blod i glaslegemet eller uklar linse/hornhinde, kan man ikke direkte se ind i øjet. Her er en ultralydsundersøgelse obligatorisk. Patienter med påvist eller mistænkt nethinderift eller nethindeløsning skal straks henvises til en øjenafdeling med operationsberedskab.

En nethinderift uden afløsning kan laserbehandles, idet man med punktformede brændinger ”svejer” nethinden fast i området. En fuldt udviklet nethindeløsning kræver altid operation, som kan udføres både i lokal og fuld anæstesi. Da nethinden er uhyre tynd og skrøbelig, er man nødt til at operere med indirekte metoder uden at berøre nethinden direkte. Man kan operere udefra eller indefra og kombinere de to teknikker. Ved ekstern operation bringer man nethinden i kontakt med øjets væg ved at trykke øjeæblet ind med en silikoneplombe efter at have tappet noget af væsken af øjet. Intern operation udføres som en glaslegemefjernelse (*vitrectomi*) med indhældning af diverse viskøse væsker og / eller gas. Hvilken teknik der skal anvendes afhænger helt og holdent af de præ-operative fund og årsagen til nethindeløsningen. Ved en førstegangsoperation for nethindeløsning på basis af en rift er succesraten cirka 65 %, dvs. i cirka 1/3 af tilfældene falder nethinden af igen, og en ny operation er nødvendig. Dette kan ske flere år efter den første operation. Visse patienter oplever at blive opereret helt op til syv gange for nethindeløsning. Efter en nethindeoperation er der en del smerter, og synet er flere uger om at blive nogenlunde normalt. Patienten skal være sygemeldt fra sit arbejde og må ikke dyrke visse former for motion i mindst en måned efter.

Efter operation for nethindeløsning kan øjet blive nærsynet for så vidt angår plombebehandling. Det korrigeres med briller. Rynker i nethinden kan give generende synsforstyrrelser. Trykstigning i øjet de første døgn efter operationen er ikke sjældent og kræver behandling, i nogle tilfælde re-operation. Dette problem ses især med gas i øjet, som ekspanderer. Luftbobler i øjet medfører forbud mod flyrejser (og dykning), indtil de er gået helt væk (absorberes). Efterkontrol kan foregå i afdelingen, som har opereret, eller hos den praktiserende øjenlæge, afhængigt af hvad der er aftalt lokalt.

9.2. Konkrete sager i forbindelse med nethindeløsning

9.2.1. Klager i forbindelse med diagnosticering af nethindeløsning

9.2.2. Sager med kritik

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en sag fandt grundlag for kritik af den indklagede øjenlæge, fordi der var foretaget en utilstrækkelig objektiv undersøgelse som følge af mangelfuld optagelse af sygehistorien.

Klage over mangelfuld udredning af tegn på nethindeløsning

En 52-årig mands ægtefælle ringede den 30. september 2003 til sekretæren hos en øjenlæge og forklarede hende, at patienten havde fornemmelse for rullegardiner for øjet, lysglimt, støv der dryssede ned for øjet, og at han var bange for at have fået nethindeløsning. Patienten fik en tid til undersøgelse til dagen efter, men valgte at køre ned og tale med sekretæren, hvor sekretæren angav, at det kunne vente til næste dag.

Den 1. oktober 2003 blev patienten undersøgt af øjenlægen. Der blev fundet normale forhold ved undersøgelse af synsfelt for hånd og maskinelt (kampimetri) og normalt tryk i øjet. Ved oftalmoskopi med udvidelse af pupillen blev der fundet normale forhold ved glaslegeme og nethinde, svarende til en undersøgelse 5 år forinden. Der blev aftalt kontrol efter 1 år.

Den 15. oktober 2003 under et efterfølgende ophold i Paris begyndte synsfeltet at snævre sig ind som en sort klap, der i løbet af den følgende dag fyldte cirka 75 % af synsfeltet.

Den 20. oktober 2003 undersøgte øjenlægen igen patienten og fandt indskrænket synsfelt nedadtil nasalt og nethindeløsning opadtil temporalt. Patienten blev derpå indlagt akut på en øjenafdeling, hvorfra han blev videresendt til et andet sygehus.

Den 21. oktober 2003 blev der ved undersøgelse og operation fundet en bulløst afløst øverste halvdel af nethinden. Der blev foretaget fjernelse af øjets glaslegeme (corpus vitreum), lukning (koagulation) af i alt 3 rifter i nethinden og indlæggelse af silikone. Den 1. december 2003 blev nethinden yderligere laserbehandlet, og der blev berammet fjernelse af silikone den 12. januar 2004.

Der blev blandt andet klaget over, at øjenlægen ikke havde undersøgt og behandlet patienten tilstrækkeligt for nethindeløsning.

Nævnet fandt grundlag for kritik af øjenlægens behandling.

Nævnet lagde til grund, at patientens ægtefælle den 30. september 2003 ringede til sekretæren hos øjenlægen og forklarede hende, at der var fornemmelse for rullegardiner for øjet, lysglimt, støv der dryssede ned for øjet, og at patienten var bange for at have fået nethindeløsning.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten den 1. oktober 2003 blev akut undersøgt af øjenlægen, der som samlebetegnelse for patientens symptomer alene noterede, at det drejede sig om en skygge for det højre øje.

Øjenlægen oplyste i en udtalelse til sagen, at han ikke erindrede de symptomer, patienten angav ved undersøgelsen, men at han ikke i sin journal har anført, at der blev klaget over symptomer i form af ”fluer ”og ”lyn”.

Nævnet oplyste, at ca. 1 ud af 10.000 danskere får nethindeløsning i løbet af et år. Nærsynede har en højere risiko end andre. Ofte forudgås nethindeløsningen af et sammenfald af glaslegemet, hvilket resulterer i et træk på nethinden, så patienten ofte ser lysglimt. Som regel opstår der et hul, som giver patienten en oplevelse af en myggesværm eller noget spindelvæv i synsfeltet, idet der frigøres pigmenterede partikler ud i glaslegemet.

Nævnet oplyste desuden, at der efterfølgende samler sig væske under nethinden, som får den til at løsne sig fra periferien ind mod centrum. Dette kan man forebygge ved laserbehandling omkring hullet, inden der opstår egentlig nethindeløsning. Hvis centrum af nethinden (macula) bliver afløst, inden man kommer til operation, er det i praksis ikke muligt at genskabe et normalt syn. Chancen for en vellykket operation aftager også hastigt med nethindeløsningens varighed. Tidlig operation inden for et par uger er langt mere gunstig end senere i forløbet.

Nævnet oplyste, at symptomer i form af gardinformemmelse og spindelvæv i synsfeltet bør foranledige undersøgelse af glaslegemet (corpus vitreum) og af nethinden (retina) efter udvidelse af pupillen med øjendråber (mydriasis).

Nævnet fandt ud fra de senere konstaterede fund på øjenafdelingerne sammenholdt med det ovennævnte journalnotat om en skygge for øjet, at det måtte anses for overvejende sandsynligt, at patienten den 1. oktober 2003 havde symptomer på begyndende nethindeløsning i form af gardinformemmelse og spindelvæv i synsfeltet.

Nævnet lagde desuden vægt på, at lysglimt/lyn ikke er et obligatorisk fænomen forud for en nethindeløsning.

Nævnet lagde endelig vægt på, at patienten den 1. oktober 2003 blev undersøgt med et såkaldt oftalmoskop.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at oftalmoskop er et indbliksinstrument, som er udmærket til at diagnosticere uklarheder i glaslegemet og forskellige sygelige tilstande i det meste af nethinden, men det kan ikke overskue den mest perifere del af nethinden. Dette er imidlertid muligt med et Goldmanns 3-spejl, som er en kontaktlinse med spejle i, der tillader inspektion af den perifere del af nethinden med henblik påvisning af for eksempel rifter eller andet sygeligt perifert i nethinden.

Nævnet lagde ud fra disse samlede omstændigheder til grund, at øjenlægen på det foreliggende ikke med sikkerhed kunne udtale sig om, at patienten ikke havde nethindeløsning den 1. oktober 2003, eftersom der kunne være en begyndende afløsning i periferien.

Nævnet bemærkede dog, at det var korrekt bedømt, at der ikke var nogen blodprop i nethinden.

Det var nævnets overordnede opfattelse, at det ikke er patientens opgave selv at fortælle den komplette sygehistorie, og at øjenlægen med sin viden om øjensygdommenes symptomer havde det fulde ansvar for, at der blev optaget en endelig relevant sygehistorie, forinden behandlingen blev iværksat.

Det var herunder nævnets opfattelse på baggrund af journaloplysningerne omkring sygehistorien, at øjenlægen ikke havde udspurgt i relevant omfang med henblik på at komme på sporet af diagnosen begyndende nethindeløsning, og at dette medførte, at der ikke blev fundet anledning til en undersøgelse med et Goldmanns 3-spejl.

Klage over utilstrækkelig undersøgelse af symptomer i form af sorte pletter og lysglimt ([0230119P](#))

En 66-årig kvinde blev i 1994 opereret for grå stær på højre øje hos en øjenlæge. I marts 1996 blev hun opereret for grå stær på venstre øje på et sygehus. I slutningen af marts 1996 blev der på sygehuset fundet en blodansamling i højre øje, der blev behandlet med laser. Patienten havde imidlertid fortsat flimrer for øjnene.

Den 8. juni 1999 konsulterede patienten akut en øjenlæge på grund af sorte pletter samt lysglimt for højre øje. Den 3. september 1999 konsulterede patienten en anden øjenlæge på grund af tiltagende mørkt gardin og vedvarende lysglimt for højre øje gennem nogle dage. Øjenlægen indlagde akut patienten med diagnosen nethindeløsning, for hvilket hun blev opereret i september 1999.

Der blev klaget over, at den første øjenlæge i 1999 ikke undersøgte patienten tilstrækkeligt og oplyste, at de sorte pletter og lysglimt på højre øje var en normal tilstand efter en grå stær-operation.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling.

Nævnet oplyste, at sorte pletter for et øje er et ret uspecifikt symptom, idet det kan optræde som ledsagesymptom ved en række øjenlidelser, såvel harmløse som alvorlige. Derfor er beskrivelsen af pletternes størrelse og mængde samt tidspunktet for deres optræden væsentlig for symptomets alvor. En pludselig optræden af flere sorte pletter indikerer en blødning i øjets indre og er dermed et alarmsymptom. Hvis patienten ikke har en kendt grundsygdom såsom diabetes, forhøjet blodtryk eller en blodsygdom, må man først og fremmest mistænke og dermed undersøge for en rift i nethinden som sandsynlig årsag.

Nævnet kunne endvidere oplyse, at fornemmelse af lysglimt for øjet derimod i langt størstedelen af tilfældene (83 %) er udløst af en afløsning af glaslegemet (bage hyaloidløsning) fra nethinden. I forløbet af en sådan glaslegemeafløsning kan glaslegemehinden (bage hyaloid) trække en rift i nethinden, hvorefter en nethindeløsning kan udvikles. De to symptomer kan således følges ad, men gør det langt fra altid. Næsten alle patienter med nethindeløsning fortæller om en episode med sorte pletter hyppigst i form af en myggesværm eller mange fluer, men sjældnere større, sorte pletter. Lysglimt opleves derimod kun hos omkring to tredjedele.

Det var nævnets opfattelse, at de sorte pletter var nyopståede symptomer, der måtte tolkes som en ny blødning i glaslegemet. Da der ikke siden tilkom lignende pletter eller lysglimt, fremkom den rift i nethinden, der blev konstateret på sygehuset, sandsynligvis på det tidspunkt, hvor patienten oplevede de sorte pletter. Riften var ligeledes årsagen til nethindeløsningen.

Nævnet var endvidere af den opfattelse, at det imidlertid ikke kunne afvises, at riften kunne have taget sin begyndelse allerede ved den første blødning i glaslegemet et år tidligere. Det kunne ikke udelukkes, at patienten kunne få en ny blødning i sit højre glaslegeme, selvom hun havde haft en blødning tidligere.

Det var derfor nævnets opfattelse, at øjenlægen burde have reageret på patientens klage over nyopståede sorte pletter for sit højre øje og på baggrund heraf burde have iværksat en nærmere undersøgelse af patientens højre øje ved konsultationen den 8. juni 1999.

9.2.3. Sager uden kritik

Nedenstående sag illustrer, at nævnet i en sag ikke fandt grundlag for at kritisere den indklagede øjenlæge for manglende diagnosticering af nethindeløsning som følge af et sjældent tilfælde af træk på nethinden efter glaslegemesammenfald, da der ikke var objektive fund eller symptomer, der gav grundlag for mistanke om rift i nethinden.

Klage over at nethindeløsning blev overset ([0446805P](#))

En 40-årig mand henvendte sig den 23. december 2002 hos en øjenlæge på grund af flimren for sit venstre øje. Efter en nærmere undersøgelse konkluderede øjenlægen, at nethinden var tilliggende uden huller, og at der ikke var objektive tegn på sygdom. Øjenlægen vurderede, at symptomerne skyldtes overanstrengelse og nærsynethed, og patienten blev rådet til roligt regime samt fornyet undersøgelse ved ændringer.

Den 3. januar 2003 blev patienten opereret på en øjenafdeling på grund af nethindeløsning på venstre øje.

Den 10. februar 2003 blev patienten igen opereret på øjenafdelingen på grund af ny nethindeløsning på venstre øje. Ved udskrivelsen var synet på venstre øje 0,1.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke undersøgte og behandlede patienten korrekt i december 2002.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægens behandling. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om øjenlægen i forbindelse med undersøgelsen havde foretaget en udmåling af patientens syn samt brillestyrke.

Nævnet lagde vægt på, at patienten oplyste om et opstået lysglimt og pletter i hans venstre øjes synsfelt, og at han var nærsynet og benyttede kontaktlinser.

Nævnet lagde desuden vægt på, at øjenlægen på mistanke om nethindeløsning foretog en undersøgelse af øjet med et oftalmoskop, samt en undersøgelse med Goldmanns 3-spejl, og at der var lette uspecifikke uklarheder i glaslegemet, ligesom øjennervens gennembrud til nethinden (papilla nervus opticus) samt den gule plet (macula) var naturlige.

Nævnet lagde derudover vægt på, at øjenbaggrunden var let præget af nærsynethed (let myopt præget), og at nethindens periferi ligeledes blev inspiceret og fundet tilliggende. Der blev ikke fundet huller i nethinden.

Nævnet lagde endelig vægt på, at øjenlægen oplyste til sagen, at han foretog en spalteundersøgelse og en undersøgelse af øjets tryk (tonometri), men fik ikke journalført disse undersøgelser på grund af tidspres.

Nævnet oplyste, at en undersøgelse med oftalmoskop og Goldmanns 3-spejl i detaljer viser de anatomiske forhold i øjets bagerste afsnit. Ved undersøgelse af øjets forreste afsnit foretages spaltelampemikroskopi, og der udføres trykmåling.

Nævnet oplyste desuden, at spontant opståede symptomer som flimren for det ene øje hos nærsynede er et velkendt symptom på sammenfald af glaslegemet (ablatio corporis vitrei) med træk (traktion) på nethinden (retina). Sammenfald af glaslegemet (ablatio corporis vitrei) er en naturlig og i de fleste tilfælde ufarlig aldringsproces, hvorved øjets geléagtige glaslegeme over måneder til år bliver vandigt (liquefaktion) og glaslegemet løsnes fra sin tilhæftning på nethindens periferi (corpusbasen). Ved denne løsrivelse kan der opstå huller (rupturer) i nethinden. Igennem disse huller kan glaslegemets væske i løbet af timer til dage trænge ud under nethinden, som derved løsnes fra øjeæblets væg. Dermed er nethindeløsning udviklet. Risiko for nethindeløsning er større hos nærsynede end hos ikke-nærsynede.

Nævnet oplyste endelig, at hvis hul i nethinden laserbehandles, kan det i de fleste tilfælde forebygge udvikling af nethindeløsning. Når der ikke findes hul i nethinden, gives ingen behandling. Flimren for et øje kan ligeledes være et uspecifikt symptom på sygdom i øjets forreste afsnit, hvorfor en øjenundersøgelse ved dette symptom indbefatter udmåling af syn (sus vi) og brillestyrke (refraktion), trykmåling (tension) af øjet, spaltelampe undersøgelse (mikroskopi) af øjets forreste afsnit samt biomikroskopi af øjets bagerste afsnit med oftalmoskopi og gennemgang af nethindens yderområder med trespejl eller andre optiske instrumenter.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en sag ikke fandt grundlag for at kritisere den indklagede øjenlæge for manglende diagnosticering af nethindeløsning som følge af et sjældent tilfælde af træk på nethinden efter glaslegemesammenfald, da der ikke var objektive fund eller symptomer, der burde have medført bestyrket mistanke om rift i nethinden.

Klage over mangelfuld udredning for nethindeløsning ([0343604P](#))

En 57-årig kvinde konsulterede d. 9. maj 2001 en øjenlæge, fordi hun igennem en uge havde haft slør og fornemmelse af lynglimt for højre øje. Øjenlægen foretog en undersøgelse, hvorved han konstaterede, at der var tegn på et lille sammenfald af glaslegemet. Der blev aftalt fornyet konsultation efter ½ år eller ved behov.

Den 29. maj 2001 henvendte patienten sig atter til øjenlægen, da hun ønskede oplyst, hvor længe symptomerne kunne tænkes at vare. Øjenlægen fandt, at der stadig var fornemmelse af lidt slør og svæv for højre øje, men at symptomerne var aftagende.

Patienten kontaktede i juni 2001 øjenlægens praksis telefonisk, da synet på højre øje var aftaget. Øjenlægens sekretær oplyste, at patienten ikke kunne blive undersøgt på grund af afholdelse af ferie, hvorfor hun måtte vente til efter ferien.

Den 2. august 2001 henvendte patienten sig atter til øjenlægen, der fandt, at der var total nethindeløsning på højre øje med flere huller, og hun blev derfor straks henvist til en øjenafdeling med henblik på videre undersøgelse og behandling.

På øjenafdelingen blev der den 6. august 2001 foretaget en operation, som forløb tilfredsstillende.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev undersøgt og behandlet korrekt af øjenlægen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægen.

Nævnet lagde vægt på, at øjenlægen den 9. maj 2001 på baggrund af symptomerne foretog en relevant undersøgelse af nethinden og glaslegemet med Goldmanns 3-spejl gennem udvidet (dilateret) pupil og konstaterede, at der var et lille sammenfald af glaslegemet, men at der ikke var tegn på træk, huldannelse (rift) eller nethindeafløsning.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der blev aftalt fornyet kontrol efter ½ år eller ved ændring/forværring af tilstanden.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ved konsultationen den 29. maj 2001 ikke var indikation for en fornyet undersøgelse med Goldmanns 3-spejl, idet undersøgelsen var foretaget 3 uger tidligere, og patienten ikke var nærsynet eller tidligere havde haft problemer med nethinden. Endvidere var der ikke tiltagende eller nyttilkomne lysglimt eller fluer.

Nævnet oplyste, at efter almindelig anerkendt faglig standard skal en undersøgelse ved glaslegemesammenfald omfatte et indblik til nethinden (oftalmoskopi) efter forudgående udvidelse af pupillen (dilatation) med pupiludvidende øjendråber (mydriasis). For at få et sikkert overblik også over nethindens periferi, hvor hovedparten af rifterne er lokaliserede, bør der benyttes specialoptik, bedst en specialkontaktlinse, Goldmanns 3-spejl. Hvis der ved denne undersøgelse ikke konstateres rifter, er der ikke behov for yderligere undersøgelse.

Nævnet oplyste derudover, at der med alderen uvægerligt udvikles defekter (som huller i en ost) i glaslegemet, der udfylder øjets indre, hvorved glaslegemet falder sammen. Dette glaslegemesammenfald kan forløbe helt eller delvist og sker hos de fleste, uden at det bemærkes.

Nævnet oplyste derudover, at der hos er fåtal sidder noget af det skrumpende glaslegeme så fast på nethinden, at det under glaslegemesammenfaldet kan trække på nethinden og i sjældne tilfælde rive hul i denne. En rift i nethinden frembragt af et glaslegemesammenfald skabes på det tidspunkt, hvor glaslegemesammenfaldet sker og ikke senere, medmindre symptomerne på trækpåvirkning (traktion) på nethinden består (såkaldt partielt glaslegemesammenfald) i form af vedvarende, eventuelt forstærkende ”lysglimt”, og - ved selve riftens opståen – ved en ny kaskade af uklarheder, den såkaldte ”fluesværn” (mouches volantes).

Nævnet oplyste endelig, at læger kan delegere nærmere afgrænsede opgaver til deres personale, det vil sige, at der blandt andet kan ske delegation af visse rådgivnings- og visitationsopgaver til sekretærene, der modtager telefonopkald fra patienterne. Imidlertid er sekretærens rådgivnings- og visitationskompetence begrænset af de instrukser, som lægen giver.

For så vidt angik den angivelige henvendelse i juni 2001 lagde nævnet lagt vægt på, at det var oplyst, at der i klinikken forelå en instruks til sekretærene vedrørende prioritering af øjenpatienter ud fra sygehistorien, og at denne instruks blev suppleret af nøje mundtlig gennemgang af de enkelte punkter samt løbende undervisning af personalet.

9.2.4. Klager i forbindelse med behandling af nethindeløsning

I de følgende redegøres for en sag, der illustrerer nævnets praksis vedrørende behandling af nethindeløsning. Sagen illustrerer, at nævnet i en konkret sag ikke fandt grundlag for kritik af, at der ikke blev foretaget akut operation, da chancen for at genvinde læsesynet trods akut operation var minimal.

Klage over manglende akut behandling ([0230907P](#))

En 69-årig kvinde blev den 17. maj 2001 indlagt akut på en øjenafdeling på grund af en mørk skygge, der havde bredt sig ud over venstre øjes synsfelt. Efter en nærmere undersøgelse fandt en reservelæge, at øjenbaggrunden viste en nethindeløsning på grænsen af centrum. Den næste dag blev patientens sygdomstilfælde forelagt på en morgenkonference, og det blev vurderet, at der ikke var grundlag for akut operation.

Patienten blev herefter henvist til at rette henvendelse til sin egen læge, men fordi denne ikke kunne træffes, blev det aftalt, at patienten om mandagen skulle rette henvendelse i en anden øjenafdeling. Patienten blev i maj 2001 opereret.

Der blev klaget over, at lægerne den 18. maj 2001 ikke fandt grundlag for at foretage en akut operation, og som en konsekvens heraf havde patienten fået nedsat synsevnen til 20 % og orienteringssyn til 80 %.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandlingen af patienten den 17. og 18. maj 2001.

Nævnet lagde til grund, at der ved morgenkonferencen den 18. maj 2001 ikke blev fundet indikation for operation, fordi den gule plet (macula lutea) havde løsnet sig. Beslutningen blev truffet i overensstemmelse med afdelingens gældende politik på området.

Nævnet oplyste, at operationstidspunktet for en nethindeløsning (amotio retinae) afhænger af, om nethindens mest centrale område, den gule plet (macula lutea) fortsat er tilliggende eller tillige har løsnet sig. Hvis den gule plet fortsat er tilliggende, er der størst chance for at bevare læsesynet, hvis nethinden opereres på plads inden for de første tre døgn efter, at diagnosen er stillet.

Hvis den gule plet på diagnosetidspunktet derimod har løsnet sig, hvilket blandt andet viser sig ved en synsstyrke på 6/60 eller derunder, er chancen for at genvinde læsesynet minimal, hvad enten man opererer samme dag nethindeløsningen konstateres, eller man venter en uges tid. I sådanne tilfælde er det reglen, at man maksimalt opnår en synsstyrke på 6/36, oftest lavere.

Det er nævnets opfattelse at årsagen til, at patientens læsesyn (synsstyrke) efter operationen kun var 20 % af det tidligere (svarende til 6/36) ikke var, at der ikke blev foretaget akut operation, men at hun havde nethindeløsning med løsning af den gule plet, hvor chancen for at genvinde læsesynet trods akut operation var minimal.

10. KLAGER OVER UKORREKT OMSKÆRING AF DRENGEBØRN

10.1. Indledning

I år 2005 har Patientklagenævnet behandlet 7 sager, hvor forældre har klaget over forkert omskæring af deres mindreårige sønner.

10.2. Baggrund

Når drengébørn bliver født, er det almindeligt, at forhuden ikke kan trækkes tilbage. Dels er åbningen i forhuden for lille til, at den kan trækkes tilbage over penishovedet, dels ses ofte små sammenvoksninger mellem forhudens inderside og penishovedet, der ligeledes forhindrer, at forhuden kan trækkes tilbage. De fleste drenge kan trække forhuden tilbage i 3-4 års alderen, men det anses ikke for unormalt eller sygeligt, hvis dette først indtræffer ved puberteten. Hvis den manglede tilbagetrækning giver anledning til betændelse og/eller vandledningsproblemer, er tilstanden sygelig og kan kræve nærmere undersøgelse og behandling.

Omskæring (circumcisio) er en bortskæring af forhuden eller dele heraf.

Visse religioner påbyder omskæring af drenge af rituelle grunde. Indgrebet udføres da kort tid efter fødslen. Omskæring kan også foretages for at lette penishygien. I visse lande foretages omskæring derfor meget ofte af hygiejniske grunde. Endelig foretages omskæring, hvis der er tale om generende forhudsforsnævring af større drengébørn og mænd.

Omskæring med anvendelse af Plastibell-metoden har i mange år været anvendt ved omskæring af drenge op til 10-12 års alderen - alt afhængig af udvikling. Metoden kan anvendes til både rituel omskæring og omskæring på baggrund af forsnævret forhud. Ved Plastibell-metoden syes en ring fast under forhuden. Der bevares en forhudsrind, og metoden indebærer, at der efterlades en del af det "indre blad". Ringen falder selv af efter 5-10 dage, når forhuden er "visnet" væk.

Der kan være flere komplikationer til en sådan operation. Umiddelbart efter operationen kan der - som ved al anden kirurgi - være blødning fra sårkanten. Det er ligeledes kendt, at når forhudens sammenvoksning med penishovedet løsnes i tilslutning til en omskæring, kan der opstå en overfladisk hudafskrabning.

Endvidere kan indstramning af forhuden omkring en ring ofte forårsage vævsdød, således at ringen af sig selv falder af for tidligt, hvilket efter nævnets opfattelse er en hændelig

komplikation. Hvis ringen slet ikke falder af som planlagt, må ringen fjernes ved en operation.

Endvidere kan der efter en omskæringsoperation dannes arvæv, hvorfor det kan blive nødvendigt med en yderligere operation. Generne med arvæv kan mindskes ved regelmæssig tilbagetrækning (retraktion) af forhuden efter den primære operation.

10.3. Sager med kritik af undersøgelse og/eller behandling og kritik af journalføring

Nedenstående sager illustrerer nævnets praksis på dette område.

I tre af sagerne fandt nævnet grundlag for at kritisere undersøgelse og/eller behandling. I den ene af sagerne fik lægen kritik for ikke at have undersøgt drengen tilstrækkeligt før omskæringen og derved opdage, at drengens penis var uanselig. I den anden sag fik lægen kritik for, at han 7 dage efter omskæringen fjernede ringen uden bedøvelse. I den sidste sag fik lægen kritik for manglende opfølgning på operationsresultatet.

For så vidt angår journalføringen har nævnet oplyst, at en læge har pligt til at føre optegnelser over et operativt indgreb, herunder undersøgelser forud for indgrebet, indikation for indgrebet, operationsteknik samt information i forbindelse med indgrebet.

Klage over ukorrekt omskæring af 5 måneder gammel dreng, idet man medtog penisskafthud ([0552024A](#))

En 5 måneder gammel dreng fik foretaget omskæring af en speciallæge i kirurgi. Efterfølgende blev det konstateret, at forhuden aragtigt var fastvokset til penis, hvorfor drengen blev henvist til kirurgisk afdeling. Her fandt man udtalt forhudsforstumpning samt tilgrundgåen af næsten hele penisskafthud, og drengen måtte gennemgå operativ behandling med fjernelse af den aragtige forhud.

Der blev klaget over, at drengen ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med en omskæring. Det blev anført, at efter omskæringen lukkede urinrøret til, således at drengen ikke kunne tisse, og han græd meget, når han forsøgte herpå.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægens behandling af drengen, og nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere speciallægen for hans journalføring af behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at speciallægen ikke forud for omskæringen indhentede oplysninger om drengens tilstand (sygehistorie) eller foretog en objektiv undersøgelse. Hermed konstaterede speciallægen ikke, at drengen havde en såkaldt uanselig penis (inconspicuous

penis), hvor penis øjensynlig er lille, men hvor den faktisk er normal, når den strækkes/trækkes ud. Såfremt man ikke er opmærksom på denne tilstand, medtages penisskafthud og altså ikke blot forhud under selve indgrebet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at speciallægen ikke journalførte i overensstemmelse med reglerne.

Klage over ukorrekt omskæring på 11-årig dreng (0549819B)

En 11-årig dreng blev den 21. juni 2004 omskåret af en speciallæge ved en metode, hvor der indsættes en ring i penis (Plastibell-metoden). Ved den efterfølgende kontrol den 28. juni 2004 fjernede speciallægen den indsatte ring.

Den 30. juli 2004 henvendte drengen sig i skadestuen, idet han havde forhudsfor snævring, der medførte vandladningsproblemer. Der blev fundet indikation for reoperation.

Der blev klaget over, at speciallægen ikke udførte omskæringen korrekt. Der blev endvidere klaget over, at speciallægen ikke foretog en korrekt behandling den 28. juni 2004, idet han fjernede ringen på penis uden bedøvelse. Det blev anført, at drengen var stærkt smerte- og angstpåvirket under indgrebet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægens behandling den 28. juni 2004.

Nævnet lagde vægt på, at man ikke kunne gå ud fra, at vævsdøden på dette tidspunkt var tilstrækkelig udviklet til, at man kunne fjerne ringen uden smertelindring.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere speciallægen for hans journalføring af behandlingen henholdsvis den 21. og den 28. juni 2004. Nævnet oplyste, at en læge har pligt til at føre optegnelser vedrørende efterbehandling i forbindelse med en operation. Nævnet lagde vægt på, at speciallægens journalnotat fra henholdsvis den 21. og den 28. juni 2004 var ulæseligt og kun bestod af to ord.

Nævnet fandt herudover ikke grundlag for at kritisere speciallægen for hans behandling den 21. juni 2004. Nævnet lagde vægt på, at speciallægen i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard havde anvendt en Plastibell-metoden ved omskæringen.

Klage over ukorrekt omskæring af 6 måneder gammel dreng, der efter en måned måtte opereres igen (0654607B)

En 6 måneder gammel dreng blev den 4. februar 2003 omskåret af en speciallæge.

Samme dag blev drengen indlagt på en børneafdeling på grund af blødning. Reservelæge C foretog en undersøgelse, og man forsøgte at stoppe blødningen. Blødningen ophørte spontant, og drengen blev set ved stuegang den 5. februar 2004 af afdelingslæge D og senere samme dag af overlæge E fra urologisk afdeling. Overlæge E fandt, at den påsatte ring næsten var faldet af og kun sad fast i en lille snip. På penis var der størknet blod, som blev siddende for ikke at provokere blødning igen, og drengen blev udskrevet samme eftermiddag.

Ved kontrol hos speciallægen den 10. februar 2004 var såret helet, og ved kontrol hos speciallægen den 18. februar 2004 var forhuden ikke trukket tilbage, og der var forhudsfor snævring. Der blev aftalt kontrol 3 måneder senere. Ved fornyet kontrol allerede den 1. marts 2004 var der fortsat forhudsfor snævring, og der blev igen aftalt kontrol 3 måneder senere.

Drengen blev den 15. marts 2004 indlagt på børneafdelingen, og ved et urologisk tilsyn den 15. marts 2004 fandt en 1. reservelæge, at der var sammenklæbning over penishovedet, men at urinen kunne trykkes ud i en tynd stråle. Den 18. marts 2004 fandt en af børneafdelingens overlæger, at der var grundlag for akut operation, da drengen fortsat havde problemer med at komme af med vandet. Ved operationen fandt man stort set hele forhuden bevaret, og der blev foretaget operation for forhudsfor snævring. Der blev påvist urinvejsinfektion, som blev behandlet med antibiotika. Efterforløbet var ukompliceret.

Der blev blandt andet klaget over at speciallægen ikke den 4. februar 2004 foretog korrekt omskæring af drengen. Det blev herved blandt andet anført, at "ringen" ikke var sat ordentlig på, hvorfor forhuden ikke visnede af.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægen for selve omskæringen den 4. februar 2004, men operationsbeskrivelsen var mangelfuld, hvorfor lægen blev kritiseret for journalføringen.

Det var nævnet opfattelse, at den omstændighed, at der skete afglidning af Plastibell-ringen var en hændelig komplikation.

Nævnet fandt imidlertid grundlag for kritik af speciallægen for ikke at tage behandlingsmæssig konsekvens af det mislykkede operationsresultat.

Nævnet oplyste, at målet ved rituel omskæring er at fjerne af næsten hele forhuden. Det var herefter nævnets opfattelse, at fuldstændig bevarelse af forhuden må anses som et mislykket resultat, hvor fornyet operation bør foretages.

10.4. Sager uden kritik af behandling, men med kritik af journalføring

I 2 af sagerne fandt nævnet grundlag for at kritisere lægens journalføring af behandlingen, idet journalen hverken indeholdt optagelse af sygehistorie, operations indikation, beskrivelse af objektiv undersøgelse eller oplysninger om, hvorvidt der var blødning efter indgrebet.

Klage over ukorrekt omskæring af dreng på 2 måneder, der efterfølgende blødte (0654621B)

En 2 måneder gammel dreng fik den 27. april 2005 foretaget omskæring i lokalbedøvelse af en speciallæge.

Samme dag kl. 18.40 henvendte forældrene sig med drengen på hospitalet på grund af blødning. En læge udtømte en blodansamling, og drengen blev indlagt til observation. Man fandt indikation for reoperation. Operationen blev foretaget i fuld bedøvelse samme dag, hvor huden blev syet til kanten af penishovedet.

Der blev klaget over, at operationen den 27. april 2005 ikke blev foretaget korrekt, idet drengens penis efter operationen blødte meget, og den var meget hævet. Det blev anført, at drengen efterfølgende blev indlagt med henblik på behandling og reoperation.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægens journalføring af behandlingen den 27. april 2005.

Nævnet lagde vægt på, at journalen hverken indeholdt optagelse af sygehistorie, operationsindikation, beskrivelse af objektiv undersøgelse eller oplysninger om, hvorvidt der var blødning efter indgrebet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægen for hans behandling den 27. april 2005.

Nævnet oplyste blandt andet, at efter en omskæring som i det konkrete tilfælde var der risiko for efterblødning hos 10-30 %, og efterblødningen gav hos under 1 % anledning til så kraftig blødning og blodansamling, at en efterfølgende udtømmelse af blodansamlingen og standsning af blødningen var nødvendig.

Klage over ukorrekt omskæring af 2 måneder gammel dreng, der blødte efter indgrebet (0654617B)

En 2 måneder gammel dreng fik den 27. april 2005 i lokalbedøvelse foretaget omskæring af en speciallæge. Samme dag kl. 17.40 henvendte familien sig med drengen på skadestuen på et sygehus på grund af fortsat blødning fra operationsstedet på penis. De havde skiftet bleer adskillige gange. Drengen blev indlagt på sygehuset, og ved ankomsten samme dag kl. 20.30

var blødningen stoppet. Drengen fik taget blodprøver og anlagt en såkaldt venflon i en blodåre, hvor igennem han fik saltvand. Blodprøverne viste, at blodprocenten var normal (7,4 mmol/l), og at blodets størkningsevne var normal. Ved kontrolblodprøver dagen efter var blodprocenten faldet, men den lå fortsat inden for normalområdet (6,0 mmol/l). Drengen blev udskrevet den 28. april 2005, idet der ikke havde været fornyet blødning.

Der blev klaget over at drengen ikke fik en korrekt behandling af lægen den 27. april 2005 ved en omskæring. Det blev herved anført, at drengen senere på dagen fik en stærk blødning, og at han måtte til observation på sygehuset, hvor han fik salt- og sukkervand.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægens behandling, men fandt grundlag for at kritisere journalføringen.

Nævnet lagde vægt på, at lægen foretog en omskæring ved Plastibell-metoden. Nævnet fandt dog grundlag for at kritisere speciallægens journalføring af behandlingen, idet journalen hverken indeholdt optagelse af sygehistorie, operations indikation, beskrivelse af objektiv undersøgelse eller oplysninger om hvorvidt der var blødning efter indgrebet.

10.5. Sager uden kritik af behandling og journalføring.

I de sidste to sager fandt nævnet ikke grundlag for at udtale kritik. Nævnet fandt, at behandlingen i begge sager var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Klage over ukorrekt omskæring af 4 måneder gammel dreng, der efterfølgende fik forhudsforråvring ([04F024B](#))

En 4 måneder gammel dreng fik foretaget omskæring i lokalbedøvelse den 30. april 2003 af en speciallæge i kirurgi. I efterforløbet tilkom der problemer med forhudsforråvring, og den 16. september 2003 foretog speciallægen et klip i forhuden. Ved den sidste kontrol den 7. januar 2004 var forhuden fortsat ikke trukket tilbage.

Der blev klaget over, at speciallægen ikke foretog de to operationer korrekt. Det blev herved anført, at speciallægen to gange forsøgte at foretage omskæring på drengen, men at det mislykkedes begge gange.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægens behandling af drengen den 30. april og den 16. september 2003.

Nævnet lagde vægt på, at omskæringen blev foretaget ved Plastibell-metoden i lokalbedøvelse, og at speciallægen ved efterfølgende konsultationer konstaterede tiltagende forhudsforråvring.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der den 16. september 2003 i lokalbedøvelse blev foretaget et klip i forhuden. Forhudens to lag blev syet sammen, og tråde blev fjernet 8 dage senere. Sidste kontrol blev foretaget 7. januar 2004, hvor forhuden fortsat ikke var på plads (retraheret). Der blev foretaget tilbagetrækning (retraktion).

Det fremgik af lægens udtalelse til sagen, at patienterne altid forud for operationen får en grundig mundtlig information. Informationen gentages efter operationen samtidig med demonstration af, hvordan der foretages daglig retraktion og nødvendigheden af dette. Moderen fik ved samtlige kontakter vist, hvordan retraktion skulle foretages. Trods dette blev retraktion ikke foretaget som anbefalet, heller ikke mellem tidspunktet, hvor trådene blev fjernet den 24. september 2003 og sidste kontrol 7. januar 2004.

Klage over ukorrekt omskæring og manglende smertedækning af 5 måneder gammel dreng (0552018B)

En 5 måneder gammel dreng fik den 21. september 2004 af en speciallæge foretaget en rituel omskæring, som blev udført samme dag i lokalbedøvelse. Speciallægen ordinerede efterfølgende behandling med Panodil mikstur.

Der blev klaget over, at drengen ikke modtog tilstrækkelig smertedækning i forbindelse med omskæringen. Det blev herved anført, at lægen ordinerede for lidt Panodil med mange smerter til følge. Der blev endvidere klaget over, at speciallægen beskadigede penishovedet under omskæringen den 21. september 2004.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægens behandling af drengen den 21. september 2004.

Nævnet lagde vægt på, at speciallægen handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin operation af drengen den 21. september 2004. Nævnet oplyste i den forbindelse, at det er kendt, at når forhudens sammenvoksning med penishovedet løsnes i tilslutning til en omskæring, kan der opstå en overfladisk hudafskrabning.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at speciallægen oplyste, at han som smertebehandling i forbindelse med omskæringen gav en såkaldt penisblok med Marcain og Adrenalin. Efter operationen ordinerede han smertebehandling med 5 ml mikstur inden for de første to timer og derefter 2½ ml mikstur hver 6. time.

Nævnet lagde herudover vægt på, at speciallægen ordinerede fornyet henvendelse til læge, såfremt smertedækningen var utilstrækkelig.

11. MOTIVATION FOR ET KONKRET PRÆPARAT I FORBINDELSE MED TVANGSBEHANDLING

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

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i december 2005 udsendt en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager for perioden 1997 - 2005. Det var tredje gang, at nævnet udsendte en sammenfatning af nævnets praksis på dette område. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk under nyhedsbreve og publikationer.

Dette kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 6.7.

11.1. Mindste middels princip i relation til tvangsbehandling

Tvangsbehandling må ifølge psykiatriloven kun anvendes, når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige. Anvendelsen af tvang skal endvidere stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Dette følger af mindste middels princip, jf. psykiatrilovens § 4. Ifølge dette princip må tvang endvidere ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken.

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

11.2. Motivation for et konkret præparat i relation til mindste middels princip

Det følger af Psykiatrilovens § 3, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke. Af lovens § 3, stk. 3, fremgår, at overlægen skal opstille en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, vejlede patienten om planens indhold samt til stadighed søge at opnå patientens samtykke til dens gennemførelse. Det fremgår af kommentaren til bestemmelsen, at en behandlingsplan giver bedre mulighed for under en eventuel efterfølgende klagesag at sikre reel efterprøvelse af spørgsmålet om valg af behandlingsform.

Af bekendtgørelse 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger § 1, stk. 3, fremgår, at afgørelsen om behandlingsform og indhold skal træffes i overensstemmelse med reglerne i lovens § 4 om det mindste middels princip.

Det er Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at dette princip indebærer, at en patient skal kunne forholde sig til eksempelvis hvilket præparat og hvilken dosis, som vil finde anvendelse ved en eventuel beslutning om tvangsbehandling. Derfor er det efter nævnets opfattelse en betingelse, at der motiveres for en konkret behandling. Denne motivation foretages løbende, og tvangsbehandling skal derfor som udgangspunkt iværksættes med det præparat, som der er motiveret for, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde andet.

11.3. Konkrete afgørelser

Motivation for tvangsmedicinering med et andet præparat, end der blev truffet beslutning om ([0550805A](#))(2005)

En 54-årig mand blev tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling på behandlingsindikation.

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

Ved en efterfølgende lægesamtale erkendte patienten dog, at han på et tidspunkt havde været noget opkørt, fordi han var blevet generet af en række mennesker, ligesom han erkendte, at han konstant havde tanker, der kørte rundt i hovedet af ham, og at han i højere grad end tidligere blev generet af beboere i området. Vedrørende tidligere medikamentel behandling med Cisordinol oplyste han, at dette præparat gav ham bivirkninger i form af impotens, manglende initiativ og nedsat stemningsleje, men han accepterede efterfølgende at påbegynde behandling med Risperdal, hvis mulige bivirkninger han blev informeret om, ligesom han blev informeret om muligheden for depotbehandling med Risperdal. Herefter blev der ordineret behandling med tablet Risperdal 1 mg 2 gange dagligt med efterfølgende gradvis dosisøgning til 3 mg 2 gange dagligt. Patienten ønskede imidlertid alligevel ikke at modtage denne behandling,

7 dage efter ovennævnte ordination blev patienten dagligt tilbudt Risperdal i doseringen 2 mg 2 gange dagligt, men han accepterede kun indtagelse af 1 mg 2 gange dagligt og modsatte sig fremdeles at stige i dosis af Risperdal. 7 dage senere blev der truffet

beslutning om tvangsbehandling med Zyprexa givet som tablet i doser op til 40 mg dagligt, alternativt givet som injektion.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsbehandling til det lokale nævn, som godkendte beslutningen. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten var sindssyg, og at han havde et udtalt behandlingsbehov, og at undladelse af behandling ville være uforsvarligt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at der var grundlag for tvangsbehandling, men at kravet om mindst indgribende foranstaltning ikke var opfyldt.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kunne herved oplyse, at det fremgår af psykiatrilovens § 4, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten gives en passende betænkningstid. Det var Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at tvangsmedicinering således forudsatte, at vedvarende forsøg var gjort for at forklare patienten behandlingens nødvendighed for derved at opnå patientens frivillige medvirken.

Det var Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at betænkningstiden ved en tvangsbehandling skulle regnes fra det tidspunkt, hvor patienten var blevet gjort bekendt med, at lægerne anbefalede et konkret behandlingstilbud. Patienten skulle således have været søgt motiveret for brug af et konkret præparat og dosis. Patienten var søgt motiveret for behandling med præparatet Risperdal gennem 14 dage, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling. Beslutningen om tvangsbehandling vedrørte imidlertid præparatet Zyprexa.

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

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

Patienten motiveret for ”antipsykotisk medicin” ([0551401A](#))(2005)

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

Der blev klaget over beslutningen om tvangsbehandling til det lokale nævn, der godkendte beslutningen. Det blev som begrundelse anført, at patienten var psykotisk, og at man, inden der blev truffet beslutning om tvangsbehandling, forgæves havde forsøgt at føre en dialog med patienten om fordele og ulemper samt baggrunden for den medicinske behandling.

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

I forløbet af motivationsperioden kan der imidlertid fremkomme forhold, for eksempel i form af indvendinger mod bivirkninger ved et præparat eller i form af ændringer i patientens tilstand, som kan gøre det hensigtsmæssigt at træffe beslutning om tvangsbehandling med et andet præparat end det, patienten primært er søgt motiveret for.

Beslutning om tvangsmedicinering med et andet præparat, end der var motiveret for grundet patientens frygt for vægtstigning ([0554407P](#))(2005)

En 30-årig mand blev tvangsindlagt på behandlingsindikation, idet han var psykotisk. Fra indlæggelsen og indtil beslutningen om tvangsbehandling blev truffet, blev patienten vurderet som sindssyg.

Patienten accepterede under det første døgn indlæggelse at genoptage behandling med sin sædvanlige antipsykotiske medicin i form af Seroquel og Zyprexa om aftenen, men herefter vægrede han sig grundet religiøse vrangforestillinger ved at modtage den tilbudte medicin.

Efter 10 dages indlæggelse blev der truffet beslutning om tvangsmedicinering med kapsel Zeldox, alternativt injektion Zeldox. Yderligere 2 dage senere traf overlægen en supplerende beslutning om tvangsmedicinering, således at der kunne gives tablet Cisordinol, alternativt injektion Cisordinol, såfremt Zeldox-behandlingen ikke gav tilstrækkeligt resultat.

Det lokale nævn godkendte beslutningen om tvangsmedicinering.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsmedicinering. Nævnet oplyste, at det af psykiatrilovens § 4 fremgår, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten gives en passende betænkningstid, og tvangsmedicinering forudsætter således, at vedvarende forsøg er gjort for at forklare patienten behandlingens nødvendighed for derved at opnå patientens frivillige medvirken.

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

Patienten blev gennem ni dage søgt motiveret for behandling med tablet Seroquel og tablet Zyprexa, inden der blev truffet beslutning om tvangsmedicinering. Der blev dog truffet beslutning om tvangsmedicinering med kapsel, alternativt injektion Zeldox, eventuelt overgang til tablet, alternativt injektion Cisordinol, såfremt Zeldox-behandlingen ikke gav tilstrækkeligt resultat. Af journalen fremgik det imidlertid, at beslutningen om tvangsmedicinering med Zeldox i stedet for Seroquel og Zyprexa, som patienten var blevet forsøgt motiveret for behandling med, var begrundet i hans frygt for vægtstigning.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt på denne baggrund, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten tidligere havde modtaget antipsykotisk medicin med god effekt på tilstanden, og at der primært blev besluttet tvangsbehandling med tablet og subsidiært med injektion.

12. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING 1998 – 2005

12.1. Indledning

Nedenfor refereres de sager, hvor Patientklagenævnet i perioden 1998 - 2005 har anmodet anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale, oftest i sager vedrørende grovere forsømmelse eller skødesløshed i forbindelse med faglig virksomhed. I henhold til § 14 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m. v. kan Patientklagenævnet give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson, eller søge iværksat andre sanktioner. I henhold til forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn § 15 kan Patientklagenævnet anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale, såfremt sagen giver grundlag for berettiget mistanke om, at sundhedspersonen kan have gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed.

12.2. Anmodninger om tiltalerejsning for læger

12.2.1. Anmodninger om tiltalerejsning i 2005

I henhold til lov om udøvelse af lægegerning (lægeloven) § 6¹ er en læge under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v. I henhold til lægelovens § 7² er enhver læge forpligtet til på begæring at yde den første fornødne lægehjælp, når hurtig lægehjælp efter de foreliggende oplysninger må anses for påtrængende nødvendig, såsom ved forgiftningstilfælde, større blødninger, kvælningsanfald og fødsler, hvor jordemoderhjælp ikke kan skaffes til veje, eller hvor jordemoderen tilkalder lægen. Har lægen gyldigt forfald, eller kan rettidig lægehjælp blive ydet af en anden, som efter forholdene er nærmere dertil, er han dog fritaget for den omhandlede forpligtelse. I medfør af lægelovens § 8³ skal en læge udvise omhu og uhildethed ved udstedelse af lægeerklæringer. I henhold til samme lovs § 18⁴

¹ Lægelovens § 6: ”En læge er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved økonomisk ordination af lægemidler, benyttelse af medhjælp m.v.”

² Lægelovens § 7: ”Enhver læge er forpligtet til på begæring at yde den første fornødne lægehjælp, når hurtig lægehjælp efter de foreliggende oplysninger må anses for påtrængende nødvendig, såsom ved forgiftningstilfælde, større blødninger, kvælningsanfald og fødsler, hvor jordemoderhjælp ikke kan skaffes til veje, eller hvor jordemoderen tilkalder lægen. Har lægen gyldigt forfald, eller kan rettidig lægehjælp blive ydet af en anden, som efter forholdene er nærmere dertil, er han dog fritaget for den omhandlede forpligtelse.”

³ Lægelovens § 8: ”En læge skal ved udfærdigelse af erklæringer, som han afgiver i sin egenskab af læge, udvise omhu og uhildethed og nøje følge de herom givne almindelige og særlige regler.”

⁴ Lægelovens § 18: ”Den læge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder.”

kan en læge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder.

Det følger af straffelovens § 241⁵, at den, som uagtsomt forvolder en andens død, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder eller under særligt skærpende omstændigheder med fængsel indtil 8 år. Det følger af straffelovens § 253⁶, at med bøde eller fængsel indtil 2 år straffes den, som, uagtet det var ham muligt uden særlig fare eller opofrelse for sig selv eller andre, undlader efter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare, eller at træffe de foranstaltninger, som af omstændighederne kræves til redning af nogen tilsyneladende livløs, eller som er påbudt til omsorg for personer, der er ramt af skibbrud eller anden tilsvarende ulykke.

Nedenfor refereres de sager, hvor Patientklagenævnet i 2005 besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale. Sagerne vedrørte grovere forsømmelse eller skødesløshed i forbindelse med faglig virksomhed.

• Lægelovens § 18 (30 sager)

En speciallæge i psykiatri behandlede fra maj 2000 og frem til medio december 2003 norske stofmisbrugere med buprenorfin (præparaterne Subutex og Temgesic). De norske stofmisbrugere var alle bosiddende i Norge og blev af en frivillig organisation transporteret til Danmark med 1-2 måneders mellemrum. De norske stofmisbrugere havde ikke kontakt med et amtsligt misbrugscenter i Danmark, og speciallægen havde kun sparsom kontakt til patienternes egne læger i Norge.

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

• Lægelovens § 7, stk. 1, og straffelovens § 253 ([0552105A](#))

En 38-årig mand havde gennem nogle måneder været i psykiatrisk behandling på grund af ”voksen-DAMP” og depression. Han havde siden den 25. maj 2004 været i behandling med antidepressiv medicin (Noritren). Den 2. juni 2004 først på aftenen blev patienten pludselig dårlig og fik et krampeanfald under et besøg hos faderen. Sidstnævnte kontaktede en praktiserende læge, som han var nabo til, og som var patientens læge. Faderen anmodede om hjælp til sin søn. Den praktiserende læge forklarede, at alt i hans praksis var låst ned efter

⁵ Straffelovens § 241: ”Den, som uagtsomt forvolder en andens død, straffes med bøde, hæfte eller fængsel indtil 4 måneder eller under skærpende omstændigheder med fængsel indtil 4 år.”

⁶ Straffelovens § 253: ”Med bøde eller hæfte indtil 3 måneder straffes den, som, uagtet det var ham muligt uden særlig fare eller opofrelse for sig selv eller andre, undlader

- 1) efter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare, eller
- 2) at træffe de foranstaltninger, som af omstændighederne kræves til redning af nogen tilsyneladende livløs, eller som er påbudt til omsorg for personer, der er ramt af skibbrud eller anden tilsvarende ulykke.”

arbejdstid. Han henviste til lægevagten og nedskrev telefonnummeret til lægevagten og til Falck. Patienten blev efter faderens henvendelse til lægevagten indlagt akut i bevidstløs tilstand og herfra overflyttet til et andet sygehus. Her afgik han efter nogle dage ved døden på grund af medicinforgiftning (Noritren).

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

• **Lægelovens § 18 ([0552826B](#))**

En 38-årig kvinde med gigtsygdom kontaktede sin kommunelæge og bad om en recept på præparatet Methotrexat, hvorefter kommunelægen sendte en recept til apoteket på 100 stk. Methotrexat. Cirka 14 dage senere blev patienten efter et sygebesøg af kommunelægen indlagt på psykiatrisk afdeling til observation for psykose. Hun blev straks efter overflyttet til intensivafdelingen på sygehus. Hun havde umåleligt blodtryk som følge af alvorlig blodforgiftning, svær leverpåvirkning med deraf følgende gulfarvning af huden, og knoglemarvens funktion var alvorligt skadet. På trods af intensiv behandling afgik patienten ved døden. Et efterfølgende retsligt ligsyn viste, at dødsårsagen var forgiftning med lægemidlet Methotrexat. Det viste sig, at patienten havde taget meget mere Methotrexat, end hun burde i den periode, hvor hun havde haft præparatet. Hun havde taget en tablet tre gange dagligt i stedet for en tablet en gang om ugen.

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

12.2.2. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning 1998-2005

Nedenfor ses ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 11 i Patientklagenævnets årsberetning for 2004 om afgørelser vedrørende læger, der blev oversendt til anklagemyndigheden i perioden 1998-2004.

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra den 1. januar 1998 til den 31. december 2005 vedrørende læger, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	2	5	1	4	2	2	1	3	20
Straffesag verserende								3	3
Påtale opgivet		2		2		2	1		7
Bødeforlæg vedtaget	2	1	1	1	2				7
Dom, frifindelse		1		1					2
Dom, bøde		1							1

12.2.3. Opfølgning vedrørende anmodninger om tiltalerejsning 1998-2004

I det følgende redegøres for anklagemyndighedens behandling af de sager, som er oversendt fra Patientklagenævnet i perioden 1998-2004.

Anmodninger om tiltalerejsning i 1998

Lægelovens § 18

Et 9 uger gammelt barn blev undersøgt i lægevagtens konsultation. Vagtlægen fik oplyst, at der var konstateret kighoste i barnets søsters klasse. Lægen vurderede, at det drejede sig om en almindelig virusforkølelse. 8 dage senere blev barnet på ny tilset af samme læge. Barnet hostede fortsat og fik foretaget stetoskopi ved, at stetoskopet blev skubbet ind under barnets tøj. Lægen tilrådede fortsat observation og fornyet henvendelse til læge ved forværring. Barnet døde næste dag.

Lægen vedtog et bødeforelæg på 5.000,00 kr.

Lægelovens § 18

En praktiserende læge blev af en kommune bedt om at udfærdige erklæringer vedrørende et antal patienter til brug for kommunens behandling af sager om sociale ydelser. I 8 tilfælde brugte lægen mellem 4 og 7 måneder, inden erklæringerne blev udfærdiget. Endvidere blev der i 4 tilfælde ikke udfærdiget en erklæring til kommunen.

Lægen vedtog et bødeforelæg på 5.000,00 kr.

Anmodninger om tiltalerejsning i 1999

Lægelovens § 18

En 84-årig mand, der var indlagt på grund af blod i urinen, havde fået foretaget en kikkertundersøgelse af blæren. Efter operationen blev han kørt til intensivafdelingen, hvor en overlæge ordinerede ilttilskud. En sundhedsassistent samlede luftslange, mellemstykke og befugter forkert, idet hun ikke tilkoblede et T-rør, der skulle sikre, at patienten uhindret kunne ånde ud. Da overlægen tilsluttede ilten, sikrede hun sig ikke, at befugtningsanlægget var samlet korrekt. Patienten fik derfor tilført iltberiget, fugtet luft gennem et lukket system med et flow på 15 l/min. Der udviklede efter 15-20 sekunder et højt tryk i luftvejene. Dette medførte, at lungerne perforerede, og store luftmængder ophobedes i bryst og bughule. Der indtrådte et kredsløbssvigt, og patienten afgik ved døden efter få minutter.

Sagen blev anket til landsretten, efter at lægen var frifundet i byretten.

Landsretten idømte lægen 10 dagbøder af 300,00 kr. for overtrædelse af straffelovens § 241 om uagtsom forvoldelse af andens død, mens lægen blev frifundet for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1.

Retten lagde vægt på, at lægen undlod at sikre sig, at befugtningsanlægget var monteret korrekt. Det blev lagt til grund, at tilslutningen var sket uden tidspres, og at den indtrufne dødelige komplikation ifølge retslægerådet udtalelse var velkendt og en af alle anæstesioverlæger frygtet komplikation. Samtidig kunne lægen ved en simpel kontrol have konstateret, at anlægget var monteret forkert. Ved under disse omstændigheder at tilslutte anlægget fandtes lægen hermed at have udvist en sådan uagtsomhed, at lægen overtrådte straffelovens § 241 i forbindelse med, at patienten døde. Derimod indebar den fejl, som lægen begik ved ikke at opdage, at rørene var monteret uden et T-stykke, ikke, at lægen havde udvist grovere forsømmelse af sine pligter som læge, og fejlen var heller ikke udtryk for, at lægen havde udvist grovere forsømmelse under udførelsen af sit arbejde som læge. Lægen blev derfor frifundet for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1.

Dommen blev afsagt med dissens i henhold til både straffelovens § 241 om uagtsom forvoldelse af andens død og lægelovens § 18, stk. 1.

Lægelovens § 18

En 62-årig mand gik til antikoagulationsbehandling (blodfortyndende behandling) hos egen læge, hvor han med ca. 8-10-12 dages mellemrum fik taget blodprøve med henblik på en undersøgelse af koagulationsfaktorerne i blodet (INR). Der tilstræbtes et niveau på mellem 2,0 og 3,5. På et tidspunkt var værdien 4,02, hvorfor lægen nedsatte dosis af blodfortyndende medicin Marevan. Efterfølgende faldt værdien til 3,8, til 1,91 og til 1,7. Herefter blev behandlingen med Marevan stoppet helt. Lægen oplyste, at lave INR-tal af ham betragtedes som udtryk for, at blodet var for tyndt, hvorfor han reagerede ved at nedsætte og efterhånden ophøre med Marevan-behandlingen. Lægen var således ikke opmærksom på, at en høj INR-værdi betyder overdosering af blodfortyndende medicin, således at høje værdier giver tyndt blod. Ca. 2 måneder efter ophør med Marevan fik patienten en ny blodprop i hjernen.

Retten idømte lægen en bøde på 10.000 kr. for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1. Retten lagde til grund, at behandling med blodfortyndende Marevan er vanskelig og kræver stor omhu. Samtidig led patienten af diabetisk nyreforandring, hvilket medførte, at risikoen for blodprop var stærkt forhøjet, hvorfor det kræves, at den behandlede læge udviser særlig agtpågivenhed ved behandlingen. Da lægen, til trods for at INR-værdien fortsatte med at falde under det terapeutiske niveau ved de efterfølgende målinger, undlod at øge doseringen af Marevan og undlod at undersøge forholdet nærmere, fandtes lægen at have begået en sådan fejl, at det måtte anses for en grovere og gentagen forsømmelse.

Lægelovens § 18

En praktiserende læge ordinerede i en årrække præparatet Dobesin i store mængder til en patient. Det fremgik af sagen, at patienten i perioder tog op til 20 tabletter daglig. Dette misbrug førte til indlæggelse på psykiatrisk afdeling fire gange i akut psykotisk tilstand. Efter

indlæggelserne genoptog lægen ordinationerne med meget store doser Dobesin daglig. Da patienten blev indlagt femte gang i psykotisk tilstand på psykiatrisk afdeling, havde hun efter det oplyste spist 250 tabletter på 5 dage. Lægen ordinerede således et såkaldt appetitnedsættende middel, der kun ordineres til meget fede, adipøse patienter, og kun som indledning til et begyndende vægttab. Lægen gav ikke kostvejledning eller foretog regelmæssige vægtkontroller. Dobesin er et centralstimulerende stof på linie med for eksempel amfetamin, og det fremgik af sagen, at patienten havde været stof- og medicinmisbruger samt metadonbehandlet i 25 år.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod lægen, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at lægen blev fundet skyldig.

Lægelovens § 18

En vagtlæge blev kontaktet vedrørende en 2 måneder gammel tvillingepige. Ifølge journalen havde der været opkast siden dagen før. Der var ikke feber, men mørke striber i bleen, formentlig på grund af koncentreret urin. Vagtlægen orienterede om væsketerapi, eventuelt konsultation. Lægen vurderede, at de mørke striber i bleen var koncentreret urin, og at der var tale om en infektion. Lægen vurderede således, at barnet var i relativt væskeunderskud, uden at han foranstaltede en nærmere undersøgelse på trods af, at væskeunderskud for et 2 måneder gammelt barn hastigt kan udvikle sig til at være fatalt. Maveinfektion hos et 2 måneder gammelt barn, der ammes, og hvor den øvrige familie er rask, er så sjældent, at diagnosen kun bør stilles, såfremt andre og alvorligere årsager er udelukket. Barnet døde 12 timer senere af tarmslyng.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod lægen, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at lægen blev fundet skyldig.

Lægelovens § 18 (og lov om sygeplejersker § 10)

En patient blev efter en operation kørt til opvågning og overvågning på intensivafdelingen. Der medfulgte narkosejournal med navn, ud fra hvilken der blev udfærdiget indlæggelseskort af en sygeplejerske. Sygeplejersken konstaterede, at patientens blodprocent var lav, og vagthavende læge ordinerede blodtransfusion. Patienten fik herefter blodtransfusion 2 gange. Sygeplejersken og den vagthavende læge medvirkede ved disse blodtransfusioner, hvor de undlod at tale med patienten, der fortsat sov, og de kiggede ikke på hendes armbånd med navn og CPR-nr., da de mente at være sikre på, at det drejede sig om det rigtige blod til den rigtige patient. Patienten modtog på denne måde uforligeligt blod, idet der var sket en personforbytning. Patienten døde 4 dage senere.

Lægen vedtog et bødeforlæg på 3.000,00 kr. for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1, idet lægen sammen med den medtiltalte sygeplejerske havde medvirket ved en blodtransfusion uden, at der blev foretaget sikker identifikation af patient og blodprodukt, hvilket bevirkede, at patienten blev tilført uforligeligt blod, der var beregnet til en anden patient.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2000

Lægelovens § 18 ([0019614B](#))

En 86-årig kvinde var i behandling med blodfortyndende medicin på grund af en hjertekarlidelse. Da alle patienter tilknyttet sygehuset skulle omstilles til en anden type blodfortyndende medicin, blev der udsendt en vejledning til alle praktiserende læger herom. Patientens praktiserende læge gav herpå besked til hjemmeplejen om ændret medicinering af patienten, herunder oplysning om den fremtidige behandling. Ved en fejl kom lægen til at forveksle ugedosis og dagdosis, så der blev ordineret pr. dag, hvad der skulle gives pr. uge. **Lægen vedtog et bødeforlæg på 3.000,00 kr. for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1.**

Anmodninger om tiltalerejsning i 2001

Lægelovens § 18 ([0123406A](#))

En 40-årig kvinde blev undersøgt af en speciallæge for tiltagende åreknudedannelse på højre ben. Lægen fandt ved undersøgelsen åreknudedannelse med tilbageløb (insufficiens) i en stor vene (vena saphena magna) i lysken. Under operationen blev den dybe benvene (vena femoralis profunda) overskåret under forsøget på at fjerne udposningen, hvorved der optrådte en kraftig blødning, og patienten blev overført til en karkirurgisk afdeling.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod lægen, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at lægen blev fundet skyldig.

Lægelovens § 18 ([0126006A](#))

En 90-årig kvinde blev undersøgt af en vagtlæge på grund af pludselige smerter i venstre side af brystkassen og maven. Lægen fik forelagt patientens journal, hvoraf bl.a. fremgik, at patienten led af knogleskørhed (osteoporose), at hun havde haft nyrebækkenbetændelse med almen påvirkning, en forbigående bevidsthedssvækkelse samt, at hun havde udposning på den i maven beliggende del af hovedpulsåren. Det fremgik endvidere af journalen, at patienten havde moderat blodmangel. Lægen fandt, at patienten havde voldsomme smerter, en lav blodprocent samt udfyldning og muskelværn (dèfense) i maven. Lægen mente, at det drejede sig om et akut hold i ryggen (facetsyndrom mellem 3. og 4. brystvirvel), hvorfor han foretog manipulationsbehandling af patientens rygsøjle i brystkassen som smertelindrende behandling. Efter manipulationsbehandlingen fandt lægen en udfyldning svarende til miltens plads i maven, ligesom blodprocenten var faldet yderligere på trods af, at patienten var i behandling med jerntabletter. Lægen konkluderede, at patienten kunne lide af ”en ikke erkendt leukæmi”, og han kontaktede derfor telefonisk vagthavende på medicinsk afdeling med henblik på en akut indlæggelse. Lægen på sygehuset anbefalede på baggrund af lægens oplysninger en indlæggelse dagen efter. Patienten døde ½ til 1 time efter lægens undersøgelse og behandling. Ved en efterfølgende obduktion fandt man, at dødsårsagen skyldtes en bristning af udposningen på legemspulsåren.

Retten frifandt lægen. Der blev herved lagt vægt på, at lægen ikke havde ydet patienten den relevante behandling i relation til den konstaterede udposning på legemspulsåren. Retten fandt imidlertid, at lægen havde gjort relevante tiltag i relation til sekundære lidelser trods manglende støtte fra plejehjemspersonalet og herunder havde gjort vedholdende forsøg på akut hospitalsindlæggelse af patienten. Retten fandt der derfor betænkeligt at karakterisere lægens forsømmelse som grovere forsømmelse eller skødesløshed i den forstand, som må være ment i lægelovens § 18.

Lægelovens § 18 ([0122501B](#))

En 62-årig mand blev i forbindelse med behandling for anden lidelse af et sygehus henvist til et andet sygehus med henblik på foretagelse af kikkertundersøgelse af lungerne, da der var mistanke om en rumopfyldende proces i den ene lunge. Mikroskopisk undersøgelse af prøverne fra kikkertundersøgelsen viste tegn på lungekræft. Resultatet blev sendt til det rekvirerende sygehus, hvor det blev præsenteret på en morgenkonference. Resultatet blev endvidere noteret og set af en overlæge. Patienten blev ikke orienteret om fundet, og der blev ikke iværksat behandling. Da patienten et år senere blev indlagt af egen læge, kunne der kun tilbydes lindrende (palliativ) behandling.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod lægen, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at lægen blev fundet skyldig.

Lægelovens § 18 ([0122904A](#))

En 31-årig mand blev undersøgt af en øjenlæge med henblik på en operation af hans højre øje, idet øjenlåget generede hans syn. Han blev opereret af øjenlægen i lokalbedøvelse fra hudsiden med en forkortning på 15 mm af den muskel, der løfter øjenlåget. Senere foretog øjenlægen flere indgreb, idet der var en lukkedefekt på 5 mm og en indadrulning (entropion) af den øverste (nasale) del af det øvre øjenlåg. Ved en senere kontrol fandt øjenlægen en stor defekt af bindehinden (konjunktivaldefekt), som hun forsøgte af lukke ved et nyt indgreb. Da øjenlægen fandt, at lukkedefekten måtte lukkes med transplantat i generel bedøvelse, henviste hun patienten til øjenafdelingen på et sygehus.

Lægen vedtog et bødeforlæg på 5.000,00 kr. for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2002

Lægelovens § 18 ([0231904P](#))

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

som han havde angivet i erklæringen, og uagtet han ikke havde undersøgt den pågældende indenfor de foregående 3 – 4 måneder.

Lægen vedtog et bødeforlæg på 5.000,00 kr. for overtrædelse af lægelovens § 18, stk. 1.

Lægelovens § 8

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

Lægen vedtog et bødeforlæg på 10.000,00 kr. for overtrædelse af lægelovens § 8, stk. 1, og stk. 3.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2003

Lægelovens § 8 ([0342015A](#))

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

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod lægen, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at lægen blev fundet skyldig.

Lægelovens § 18, stk. 1 ([0336929A](#))

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

Anklagemyndigheden afsluttede sagen, inden der blev truffet afgørelse om tiltagerejsning, idet den sigtede vagtlæge afgik ved døden.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2004

Lægelovens § 18, stk. 1 ([0444005A](#))

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 fødemiddelallergi diagnose stillet. Efterfølgende fik patienten af hospital stillet diagnosen kronisk tarmbetændelse (Morbus Crohn).

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod lægen, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at lægen blev fundet skyldig.

12.3. Anmodninger om tiltalerejsning for sygeplejersker

I henhold til lov om sygeplejersker § 5, stk. 1⁷, er en sygeplejerske under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. I henhold til § 10, stk. 1,⁸ i samme lov kan en sygeplejerske, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder. Det følger af straffelovens § 241, at den, som uagtsomt forvolder en andens død, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder eller under særligt skærpende omstændigheder med fængsel indtil 8 år

12.3.1. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning 1999-2005

Nedenfor ses en ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 11.3 i Patientklagenævnets årsberetning for 2004 om afgørelser vedrørende sygeplejersker, der blev oversendt til anklagemyndigheden i 1999- 2004.

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra 1999 til 2005 vedrørende sygeplejersker, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	5	2	6	3	3	2		21
Straffesag verserende								0
Påtale opgivet		1	2	2	2	1		8
Bødeforlæg vedtaget	4	1	4		1	1		11
Dom, bøde	1			1				2

⁷ Lov om sygeplejersker § 5, stk. 1: ”En sygeplejerske er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.”

⁸ Lov om sygeplejersker § 10, stk. 1: ”En sygeplejerske, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder.”

12.3.2. Opfølgning vedrørende anmodninger om tiltalerejsning 1998-2004

Anmodninger om tiltalerejsning i 1999

Lov om sygeplejersker § 10

En sygeplejerske undlod at foretage identifikation af en infusionsbeholder, som hun opsatte til et venflon, hvorved hun fejlagtigt opsatte Lidokain i stedet for Natriumklorid. I øvrigt var monteringen af infusionsflasken til venflon ikke ordineret. Patienten døde, og den retskemiske undersøgelse af blodet viste, at der blev fundet en høj koncentration af Lidokain i en størrelsesorden, der ses ved dødelige forgiftninger. Den umiddelbare dødsårsag blev derfor fastslået som værende forårsaget af den fejlagtigt indgivne Lidokainmængde.

Retten idømte sygeplejersken en bøde på 2.000,00 kr. for overtrædelse af sygeplejerskelovens § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10

En patient fik efter et kejsersnit ordineret 1 ml Ketogan i en muskel efter behov højst 6 gange i døgnet med henblik på smertelindring. Ordinationen var anført i sygeplejekardex og på et skema i journalen. En sygeplejerske noterede ordinationen på et stykke papir, som hun havde i lommen. I den forbindelse skrev hun fejlagtigt morfin i stedet for Ketogan. Sygeplejersken skrev i sygeplejekardex, at der skulle gives 1 ml Ketogan i musklen, men angav ikke den maksimale døgndosis. Sygeplejersken gav patienten 1 ml morfin á 20 mg/ml i musklen, hvilket hun fejlagtigt mente, der havde stået i papirerne. Injektionen blev gentaget 4 timer senere. Ved begge injektioner undlod sygeplejersken at fortage den rette identifikation af patient, præparat og dosis, herunder udregning af dosis. Ca. 45 minutter senere opdagede sygeplejersken, at hun havde givet morfin i stedet for Ketogan. Hun meddelte dette til en anden sygeplejerske, men undlod at tilkalde en læge.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 1.500,00 kr., for overtrædelse lov om sygeplejersker § 10 stk. 1, jf. § 5, stk. 2.

Lov om sygeplejersker § 10

Sygeplejersken, som er refereret ovenfor, behandlede på samme vagt en anden patient på tilsvarende måde.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 1.500,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10

En sygeplejerske gav fejlagtigt et barn mikstur Kaliumcitrat 5 mg i en blodåre i stedet for at give hende det gennem munden. Medicinen var forud af en anden sygeplejerske blev trukket op i en sprøjte. Medicin, der skal gives gennem munden, trækkes i de fleste tilfælde op i sprøjter for at sikre nøjagtig dosering. Sprøjten påføres blå studs for at markere, at der er tale om indgift gennem munden og placeres i sprøjtens pakning, som påføres indhold og dosis. Sprøjterne placeres i en kapsel, som påføres barnets navn og stuenummer. Den ordinerede

mikstur var endvidere noteret på et gult skema, hvilket er udtryk for, at medicinen skal gives gennem munden. Sygeplejersken undlod at foretage den rette identifikation af patient, præparat og dosis. Indgift af Kalium i en blodåre skal altid ske med varsomhed, idet der er risiko for påvirkning af hjertet. Barnet udviklede hjerterytmeforstyrrelser samt kortvarigt hjertestop. Sygeplejersken undlod at slå alarm, men valgte et almindeligt klokkekald med henblik på at tilkalde hjælp, da barnet fik vejrtrækningsbesvær.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 1.000,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10 (og lægelovens § 18)

En patient blev efter en operation kørt til opvågning og overvågning på intensiv afdelingen. Der medfulgte narkosejournal med navn, ud fra hvilken der blev udfærdiget indlæggelseskort af en sygeplejerske. Sygeplejersken konstaterede, at patientens blodprocent var lav, og vagthavende læge ordinerede blodtransfusion. Patienten fik herefter blodtransfusion 2 gange. Sygeplejersken og den vagthavende læge medvirkede ved disse blodtransfusioner, hvor de undlod at tale med patienten, der fortsat sov, og de kiggede ikke på hendes armbånd med navn og CPR-nr., da de mente at være sikre på, at det drejede sig om det rigtige blod til den rigtige patient. Patienten modtog på denne måde uforligeligt blod, idet der var sket en personforbytning. Patienten døde 4 dage senere.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 1.500,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, idet sygeplejersken sammen med medtiltalte læge havde medvirket ved en blodtransfusion, uden at der blev foretaget sikker identifikation af patient og blodprodukt, hvilket bevirkede, at patienten blev tilført uforligeligt blod, der var beregnet til en anden patient.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2000

Lov om sygeplejersker § 10 ([0020006B](#))

En 86-årig kvinde var indlagt på medicinsk afdeling på grund af blandt andet væskemangel og udtørring. I udredningsforløbet konstateredes det, at serumværdien for kalium var for lav. Da patienten ikke var i stand til at indtage medicin gennem munden, ordinerede en afdelingslæge mundtligt 15 ml Kalium tilsat 1 liter sukker til indgift i blodårerne. En sygeplejerske tilsatte imidlertid ved en fejl 15 ml Kaliummixtur fra en 1 liters flaske, beregnet til indgift gennem munden.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 2.000,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0016730B](#))

En nyfødt pige som var indlagt på en neonatalafdeling, fik på grund af lavt kaliumindhold ordineret kaliumtilskud samt bikarbonattilskud i saltvandsopløsning, som af en sygeplejerske blev sat op til indløb klokken ca. 12.00. Om aftenen forværredes barnets tilstand,

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

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

Anmodninger om tiltalerejsning i 2001

Lov om sygeplejersker § 10 ([0124628A](#))

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

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 1.500,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0126205A](#))

En pige på 14 måneder blev indlagt på børneafdelingen på mistanke om lungebetændelse og blev behandlet med antibiotika og luftvejsudvidende medicin. Hun kunne udskrives, men blev genindlagt kort tid efter på mistanke om bronkitis og lungebetændelse. Røntgenundersøgelse af hendes lunger viste betændelsesinfiltrater samt delvist sammenfald af lungerne. Hun blev behandlet med antibiotika og senere udskrevet. 14 dage senere blev hun indlagt for 3. gang på grund af lungebetændelse. Det blev planlagt at foretage en CT-scanning af hendes lunger som udredning for de gentagne lungebetændelser. Overlægen for anæstesi tilså pigen dagen før indgrebet og fandt, at det var forsvarligt at bedøve hende. En sygeplejerske bedøvede hende inden undersøgelsen med bedøvelsesmidlet Brietal i blodåren. Bedøvelsesmidlet var blandet i et forhold, der var beregnet til rektal bedøvelse. Der blev derved givet en større dosis end

tilsigtet. Kort tid efter indgiften udviklede pigen hjertestop, og der blev forsøgt genoplivning uden held.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 2.000,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0125905B](#))

En 60-årig mand mødte til operation for grå stær på øjenambulatoriet på et sygehus. Forinden operationen optrak og blandede sygeplejersken lokalbedøvelsesmiddel og skyllevæske til 6 planlagte øjenoperationer den dag. I sprøjterne med lokalbedøvelse skulle der ifølge instruksen have været 5 ml lidokain uden adrenalin, men tilsat enzymet hylase ”Dessau”. Skyllevæsken skulle ifølge den administrerende overlæge indeholde 3 mg adrenalin pr. 500 ml. Det fremgår ikke af sagens akter, hvorvidt de enkelte injektionssprøjter var mærket med indholdets art og patienternes data. Af sygeplejerskens udtalelse til sagen fremgik, at hun højst sandsynligt forvekslede et hætteglas lidocain med adrenalin. Det blev ligeledes oplyst, at hun ikke havde overholdt de almindelige principper for medicin håndtering, idet der havde været flere medikamenter fremme på en gang. Efter indgivelse af en sprøjte blev patienten dårlig og fik tegn på blodprop i hjertet og blev overflyttet til hjertemedicinsk afdeling. Det blev senere bekræftet, at det drejede sig om diagnosen blodprop i hjertet.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 1.000,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0125906A](#))

En 77-årig mand mødte til operation for grå stær på øjenambulatoriet på et sygehus. Forinden operationen optrak og blandede sygeplejersken lokalbedøvelsesmiddel og skyllevæske til 6 planlagte øjenoperationer den dag. I sprøjterne med lokalbedøvelse skulle der ifølge instruksen have været 5 ml lidokain uden adrenalin, men tilsat enzymet hylase ”Dessau”. Skyllevæsken skulle ifølge den administrerende overlæge indeholde 3 mg adrenalin pr. 500 ml. Det fremgår ikke af sagens akter, hvorvidt de enkelte injektionssprøjter var mærket med indholdets art og patienternes data. Af sygeplejerskens udtalelse til sagen fremgik, at hun højst sandsynligt forvekslede et hætteglas lidocain med adrenalin. Det blev ligeledes oplyst, at hun ikke havde overholdt de almindelige principper for medicin håndtering, idet der havde været flere medikamenter fremme på en gang. Efter indgivelse af en sprøjte blev patienten dårlig og fik tegn på blodprop i hjertet og blev overflyttet til hjertemedicinsk afdeling. Det blev senere bekræftet, at det drejede sig om diagnosen blodprop i hjertet.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 1.000,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0127305A](#))

En nyfødt dreng fik kort tid efter fødslen konstateret en svær forsnævring af lungepulsåren. Der blev iværksat medicinsk behandling med prostaglandin E (Prostivas), der sikrede iltning

af blodet, og der blev planlagt overflytning til børneafdelingen på et andet sygehus. Ved forsøg med hjertekaterisation med ballonudvidelse af lungepulsåren blev det konstateret, at der var tale om fuldstændig manglende forbindelse fra højre hjertekammer til lungepulsåren. Den medicinske behandling med prostaglandin blev opretholdt, og der blev planlagt efterfølgende operation. Drengen blev tilbageflyttet til børneafdelingen under ledsagelse af sygeplejerske A. Hun blev orienteret om, at IVAC-pumpen, der styrede den medicinske behandling med prostaglandin var defekt. Sygeplejerske A skiftede efterfølgende samtlige slanger og fik angiveligt pumpen til at fungere. Sygeplejerske B overtog efterfølgende ansvaret for plejen af drengen og konstaterede, at den pumpe, der styrede infusionen af prostaglandin ikke fungerede, hvorefter hun genstartede pumpen. Efterfølgende fik drengen vejrtrækningsbesvær og svigtende hjerteaktion, og det blev konstateret, at infusionspumpen atter var standset. Der blev iværksat genoplivningsforsøg uden effekt og drengen afgik ved døden.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod sygeplejerske B, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at sygeplejersken blev fundet skyldig.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0127705B](#))

En dreng blev født ved kejsersnit med en gestationsalder på 25 uger. På grund af tiltagende problemer med vejrtrækningen i form af manglende iltning af blodet blev der fundet indikation for respiratorbehandling. I forbindelse med denne procedure blev den 3. december 2000 anvendt morfin som bedøvelse. En sygeplejerske forstod ordinationen således, at der skulle gives 0,8 ml morfin, og ikke som udtalt 0,08 ml morfin. Samme dosis blev givet et minut senere. Drengen blev herefter bedøvet, og der blev anlagt en tube i luftrøret, og den blev koblet til respirator. Han rettede sig på trods af behandlingen aldrig helt, og fik dagen efter svigtende hjerteaktion og afgik ved døden.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod sygeplejersken, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at sygeplejersken blev fundet skyldig.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2002

Lov om sygeplejersker § 10 ([0232519B](#))

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

Retten idømte sygeplejersken 5 dagbøder af 400,00 kr., for overtrædelse af straffelovens § 241 om uagtsom forvoldelse af andens død og lov om sygeplejersker § 10, stk. 1. Retten fandt, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald som sygeplejerske, idet sygeplejersken efter

udskiftningen af dropsættet glemte at lukke klemmen, og patienten derfor fik tilført 1 ml Corotrop på få sekunder og døde som følge heraf.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0232516B](#))

En 56-årig kvinde var i behandling med kemoterapi på grund af kræft med spredning og blev indlagt med høj feber og meget lav værdi af hvide blodlegemer. Om aftenen i indlæggelsesdøgnet blev patienten lidt klam og blev endvidere fjern i forbindelse med brug af bækkenstol. Senere på natten var der besvær med at måle blodtryk på grund af problemer med apparatet. Temperaturen var over 40, og patienten kastede op. Der var således ikke tegn på, at tilstanden var i bedring uanset, at der var justeret i behandlingen ved starten af aften-sygeplejerskens vagt. Patienten var således påvirket i svær grad. Vagthavende sygeplejerske reagerede ikke på forløbet og tilkaldte ikke den behandlingsansvarlige læge. Patienten døde den følgende formiddag.

Anklagemyndigheden besluttede ikke at rejse tiltale, da der var indtrådt strafferetslig forældelse.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0231004B](#))

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

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

Anmodninger om tiltalerejsning i 2003

Lov om sygeplejersker § 10 ([0338203A](#))

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

Anæstesisygeplejerske B overtog vagten og fik oplyst, at der var ordineret endnu to poser blod, hvorefter hun opsatte den ene efter at have sammenlignet oplysningerne på posen med

oplysningerne på transfusionsskemaet. Efterfølgende konstaterede anæstesisygeplejerske B i forbindelse med opsætning af den tredje pose blod, at fødselsåret på transfusionsskema og blodpose ikke stemte overens med patientens fødselsår, og hun konstaterede, at det transfusionsskema, der var anvendt ved afhentning af blod fra blodbanken, tilhørte en anden patient. Blodtransfusionen blev standset, og patienten blev efterfølgende observeret på intensivafdeling, hvor der ikke var tegn på følger efter blodtransfusionen.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod sygeplejersken, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at sygeplejersken blev fundet skyldig.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0340222B](#))

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

Sygeplejerske A vedtog et bødeforlæg på 1.000,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0339810A](#))

En 73-årig kvinde fik udleveret medicindoseringsæsker fra et sundhedscenter. Patienten fik behandling mod gigt med cellegift og svag smertestillende medicin (Methotrexat, Vioxx) samt binyrebarkhormon. Hun fik endvidere forskellige vitamin-, mineral- og salttilskud. Sygeplejerske A doserede den 4. april 2002 den medicin, som patienten fik udleveret den 9. april 2002, hvor det blev konstateret, at hun havde fået doseret Methotrexat til hver dag og ikke kun til om fredagen, som patienten havde fået ordineret. Ved kontrol af medicinæsken den 9. april 2002 på sundhedscenteret blev den forkerte dosering konstateret.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod sygeplejersken, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at sygeplejersken blev fundet skyldig.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2004

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.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod sygeplejersken, da videre forfølgning ikke kunne ventes at føre til, at sygeplejersken blev fundet skyldig.

Lov om sygeplejersker § 10 ([0444510A](#))

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. Aftensygeplejersken blev senere kontaktet af patientens datter, fordi familien var blevet opmærksom på, at patienten de sidste to dage havde rystet på hænderne og samme dag 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 cirka 1 måned udskrevet i sin sædvanlige tilstand.

Sygeplejersken vedtog et bødeforlæg på 1.500,00 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

12.4. Anmodninger om tiltalerejsning for apotekere, farmaceuter, apoteksassistenter

I henhold til receptbekendtgørelsens § 25⁹ skal apotekeren tilrettelægge arbejdsgange og rutiner på apoteket på en sådan måde, at der er forsvarlig kontrol med og sikkerhed for, at de recepter, der ekspederes, er affattet efter reglerne i kapitel 2-4, at angivelse af styrke, dosering og anvendelsesområde skønnes at være korrekt, og at eventuelle interaktionsspørgsmål er afklaret, at recepten bliver ekspederet og lægemidlerne mærket i overensstemmelse med receptens anvisninger og forskrifterne i denne bekendtgørelse, og at kunden i fornødent omfang vejledes om lægemidlernes anvendelse mv.

I henhold til receptbekendtgørelsens § 27¹⁰ skal apoteket, hvis en recept ikke er affattet i overensstemmelse med bestemmelserne i kapitel 2-4, søge dette udbedret. Hvis det ikke er muligt at få eventuelle fejl og mangler afhjulpel eller tvivl afklaret, må apoteket ikke ekspedere recepten, medmindre patienten må antages at kunne lide alvorlig helbredsmæssig skade, såfremt lægemidlet ikke udleveres, og behandlingen af patienten derfor udsættes, eller der ikke er nogen berettiget tvivl om, hvilket indhold receptudstederen har ønsket at give recepten.

⁹ Receptbekendtgørelsens § 25: ”Apotekeren skal tilrettelægge arbejdsgange og rutiner på apoteket på en sådan måde, at der er forsvarlig kontrol med og sikkerhed for,

- 1) at de recepter, der ekspederes, er affattet efter reglerne i kapitel 2-4,
- 2) at angivelse af styrke, dosering og anvendelsesområde skønnes at være korrekt, og at eventuelle interaktionsspørgsmål er afklaret,
- 3) at recepten bliver ekspederet og lægemidlerne mærket i overensstemmelse med receptens anvisninger og forskrifterne i denne bekendtgørelse, og
- 4) at kunden i fornødent omfang vejledes om lægemidlernes anvendelse mv.

Stk. 2. Apotekeren skal udarbejde en instruks, der beskriver arbejdsgange, kompetenceforhold mv. i forbindelse med modtagelse og ekspedition af recepter og udlevering af receptordinerede lægemidler.

Stk. 3. Apotekeren skal påse, at arbejdsgange og rutiner muliggør,

- 1) at det i mindst 3 måneder efter ekspeditionen af en recept kan opklares, hvem der har medvirket ved den i stk. 1, nr. 1, 2, og 3, nævnte kontrol, og
- 2) at de statistiske oplysninger, som apoteket skal tilvejebringe efter § 41, kan udarbejdes.

Stk. 4. Apotekeren skal sørge for, at det personale, der udfører receptekspedition efter stk. 1 og 3, jf. bekendtgørelse om apoteker og apotekspersonale, i kraft af grundlæggende uddannelse og fortsat træning kan varetage opgaven forsvarligt.”

¹⁰ Receptbekendtgørelsens § 27: ”Hvis en recept ikke er affattet i overensstemmelse med bestemmelserne i kapitel 2-4, skal apoteket søge dette udbedret.

Stk. 2. Hvis det ikke er muligt at få eventuelle fejl og mangler afhjulpel eller tvivl afklaret, må apoteket ikke ekspedere recepten, medmindre

- 1) patienten må antages at kunne lide alvorlig helbredsmæssig skade, såfremt lægemidlet ikke udleveres, og behandlingen af patienten derfor udsættes, eller
- 2) der ikke er nogen berettiget tvivl om, hvilket indhold receptudstederen har ønsket at give recepten.

Stk. 3. Apoteket skal kunne dokumentere virksomheden efter stk. 1 og 2. Dokumentation skal opbevares på apoteket i 3 år.”

12.4.1. Opfølgning vedrørende anmodninger om tiltalerejsning i 1998

I det følgende redegøres for anklagemyndighedens behandling af de sager, som er oversendt fra Patientklagenævnet i 1998.

Apoteksassistent og farmaceut - receptbekendtgørelsens § 25

En 62-årig kvinde havde fået fornyet en recept på hormontilskud i form af 100 stk. Østradiol tabletter á 2 mg, idet hun skulle indtage en tablet daglig. På apoteket fik hun udleveret et tabletglas med 100 tabletter Prednisolon á 5 mg, der var mærket i overensstemmelse med receptens anvisninger for Østradiol. Såvel en apoteksassistent som en farmaceut attesterede, at tabletglasset med Prednisolon var udpeget og mærket i overensstemmelse med recepten.

Apoteksassistenten og farmaceuten erkendte sig skyldige og modtog en advarsel fra politiet. Sagen blev herefter henlagt uden yderligere påtale efter forelæggelse for Statsadvokaten.

Farmaceut - receptbekendtgørelsens § 27

Hustruen til en 63-årig mand indleverede en recept på 100 stk. Methotrexat tabletter á 2,5 mg. Recepten var skrevet utydeligt, idet doseringsanvisningen kunne tolkes både som 3 tabletter, 1 gang ugentligt for gigt, og som 3 tabletter, 1 gang dagligt for gigt. Farmaceuten kontaktede ikke ordinerende læge for at få afklaret indholdet af recepten, men forstod recepten således, at der var ordineret 7,5 mg dagligt.

Farmaceuten vedtog et bødeforelæg på 1.000,00 kr. for overtrædelse af receptbekendtgørelsens § 27.

12.5. Radiografer

Det følger af punkt 2 i de da gældende retningslinjer for uddannelse af radiografer (cirkulære fra Sundhedsstyrelsen af maj 1985¹¹), at en radiograf var forpligtet til under udførelsen af sit arbejde at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. I dag gælder samme regel efter lov om radiografer § 9.

Det følger af straffelovens § 156¹², at når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, nægter eller undlader at opfylde en pligt, som tjenesten eller hvervet medfører, eller at efterkomme en lovlig tjenestebefaling straffes han med bøde eller fængsel indtil 4 måneder. Uden for foranstående bestemmelse falder hverv, hvis udførelse hviler på offentlige valg.

¹¹ Sundhedsstyrelsens cirkulære af maj 1985: ”2. Radiografens pligter og ansvar. [...] Radiografen står under sundhedsstyrelsens tilsyn, jf. § 4 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse. En radiograf er forpligtet til under udførelse af sit arbejde at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. [...]”

¹² Straffelovens § 156: ”Når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, nægter eller undlader at opfylde pligt, som tjenesten eller hvervet medfører, eller at efterkomme lovlig tjenstlig befaling, straffes han med bøde eller hæfte. Uden for foranstående bestemmelse falder hverv, hvis udførelse hviler på offentlige valg.”

Efter straffelovens § 157¹³ finder samme straf anvendelse, når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, gør sig skyldig i grov eller oftere gentagen forsømmelse eller skødesløshed i tjenestens eller hvervets udførelse eller i overholdelsen af de pligter, som tjenesten eller hvervet medfører. Bestemmelsen i § 156, 2. punktum, finder tilsvarende anvendelse.

12.5.1. Opfølgning vedrørende anmodning om tiltalerejsning i 1998

I det følgende redegøres for anklagemyndighedens behandling af den sag, som er oversendt fra Patientklagenævnet i 1998.

Radiograf, straffelovens § 157

En 44-årig kvinde skulle have taget et røntgenbillede af tyndtarmen fra mavesækken til stomien via indsprøjtning af bariumsulfatholdigt enkeltkontrast gennem en indopereret ernæringssonde. Ved optagelsen af røntgenbilledet tog radiografen fejl af ernæringssonden og et subclavia drop, hvorved der fejlagtigt blev indsprøjet enkeltkontrast til centrale blodårer via droppet. Kvinden fik hjertestop og døde kort efter.

Retten idømte radiografen en bøde på 1.500,00 kr. for overtrædelse af straffelovens § 157.

12.6. Social- og sundhedsassistenter

Det følger af bekendtgørelse af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m. v. § 14¹⁴ at Patientklagenævnet kan give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson, eller søge iværksat andre sanktioner.

Det følger af straffelovens § 156, at når nogen som virker i offentlig tjeneste eller hverv nægter eller undlader at opfylde pligt, som tjenesten eller hvervet medfører, eller at efterkomme lovlig tjenestebefaling straffes han med bøde eller fængsel indtil 4 måneder. Uden for foranstående bestemmelse falder hverv, hvis udførelse hviler på offentlige valg.

Efter straffelovens § 157 finder samme straf anvendelse, når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, gør sig skyldig i grov eller oftere gentagen forsømmelse eller skødesløshed i tjenestens eller hvervets udførelse eller i overholdelsen af de pligter, som tjenesten eller hvervet medfører. Bestemmelsen i § 156, 2. punktum, finder tilsvarende anvendelse.

¹³ Straffelovens § 157: "Samme straf finder anvendelse, når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, gør sig skyldig i grov eller oftere gentagen forsømmelse eller skødesløshed i tjenestens eller hvervets udførelse eller i overholdelsen af de pligter, som tjenesten eller hvervet medfører. Bestemmelsen i § 156, 2. punktum, finder tilsvarende anvendelse."

¹⁴ Centralstyrelseslovens § 14: "Patientklagenævnet kan give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson, eller søge iværksat andre sanktioner."

12.6.1. Opfølgning af anmodninger om tiltalerejsning

I det følgende redegøres for anklagemyndighedens behandling af de sager, som er oversendt fra Patientklagenævnet i perioden 2000-2003.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2000

Social- og sundhedsassistenter, straffelovens § 157 ([0021501B](#))

En 86-årig kvinde var i behandling med et kemoterapipræparat, hvilket hun ifølge medicinoversigten skulle have i en styrke af 3 x 2,5 mg én gang om ugen. Dosis var imidlertid anført 3 x dgl. Forkortelsen dgl. var overstreget med en tynd vandret streg. En social- og sundhedsassistent, der stod for medicineringen, foretog doseringen i daglige doser af 7,5 mg, det vil sige, at den ugentlige dosis blev givet pr. dag.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod social- og sundhedsassistenten, og der blev herved navnlig lagt vægt på, at sundhedsjournalen havde været udfyldt på en sådan måde, at der kunne opstå tvivl om den fastsatte ordination. Ordinationen var berigtiget på en måde, der kunne misforstås, ligesom angivelsen af, at der kun skulle gives den anførte medicin om søndagen.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2003

Social- og sundhedsassistenter, straffelovens § 157 ([0338206A](#))

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

Social- og sundhedsassistenten vedtog et bødeforlæg på 5.000,00 kr.

Indberetning af fejlmedicinering med insulin, straffelovens § 157 ([0341513B](#))

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

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod social- og sundhedsassistenten.

Indberetning af fejlmedicinering med insulin, straffelovens § 157 ([0341509B](#))

En social- og sundhedsassistent, som var udsendt af et vikarbureau til en enkelt nattevagt på et plejehjem, målte om morgenen den 1. juni 2003 en 82-årig kvindelig beboers blodsukker til at være 11,3, hvilket social- og sundhedsassistenten fandt for højt, hvorefter hun gav patienten 34 IE Actrapid (hurtigt indsættende og kortvarigt virkende). Hun noterede medicingivningen på et dertil beregnet skema. Patientens vanlige medicin var inj. Mixtard 34 IE (blanding af hurtigt indsættende og middellangt virkende) om morgenen og inj. Insulatard 14 IE om aftenen. Derudover var der ved blodsukkermålinger over 15 ordineret inj. Actrapid 4 IE og ved blodsukkermålinger over 20 inj. Actrapid 6 IE.

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod social- og sundhedsassistenten.

Indberetning af social- og sundhedsassistent, som overskred sin kompetence ved at give medicin, der ikke var ordineret, straffelovens § 157 ([0342502B](#))

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

Social- og sundhedsassistenten blev idømt 8 dagbøder af 625,00 kr. for overtrædelse af straffelovens § 157, idet retten fandt, at social- og sundhedsassistenten havde forsæt til at give patienten en insulinindsprøjtning, der ikke var lægeligt ordineret. Retten fandt, at social- og sundhedsassistenten ikke havde bemyndigelse til at fravige den lægelige ordination.

12.7. Anmodninger om tiltalerejsning for tandlæger

I henhold til bekendtgørelse af lov om tandlæger (tandlægeloven) § 12¹⁵ er en tandlæge under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v. I henhold til

¹⁵ Tandlægelovens § 12: ”En tandlæge er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v.”

samme lovs § 19, stk. 1,¹⁶ kan en tandlæge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder.

12.7.1. Opfølgning af anmodninger om tiltalerejsning

I det følgende redegøres for anklagemyndighedens behandling af den sag, som er oversendt fra Patientklagenævnet i 2002

Anmodninger om tiltalerejsning i 2002

Lov om tandlæger § 19 ([0233401B](#))

En 65-årig kvinde skulle have indsat 2 implantater. Under operationen stak en af sygeplejerskerne sig på en nål, der sad i nåleholderen, som tandlægen havde i hånden. Sygeplejersken gjorde opmærksom på, at hun havde stukket sig, og at tandlægen derfor ikke skulle sy med denne nål. Uanset dette syede tandlægen ved den afsluttende suturering med den forurenede nål.

Tandlægen vedtog et bødeforlæg på 10.000,00 kr. for overtrædelse af lov om tandlæger § 19.

12.8. Plejehjemsassistenter

Det følger af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m. v. § 14 at Patientklagenævnet kan give udtryk for sin opfattelse af sagen, herunder eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson, eller søge iværksat andre sanktioner.

Det følger af straffelovens § 156, at når nogen som virker i offentlig tjeneste eller hverv nægter eller undlader at opfylde pligt, som tjenesten eller hvervet medfører, eller at efterkomme lovlige tjenestebefaling straffes han med bøde eller fængsel indtil 4 måneder. Uden for foranstående bestemmelse falder hverv, hvis udførelse hviler på offentlige valg.

Efter straffelovens § 157 finder samme straf anvendelse, når nogen, som virker i offentlig tjeneste eller hverv, gør sig skyldig i grov eller oftere gentagen forsømmelse eller skødesløshed i tjenestens eller hvervets udførelse eller i overholdelsen af de pligter, som tjenesten eller hvervet medfører. Bestemmelsen i § 156, 2. punktum, finder tilsvarende anvendelse.

¹⁶ Tandlægelovens § 19, stk. 1: ”Den tandlæge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed under udøvelsen af sin virksomhed, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder.”

12.8.1. Opfølgning af anmodninger om tiltalerejsning

I det følgende redegøres for anklagemyndighedens behandling af den sag, som er oversendt fra Patientklagenævnet i 2003.

Anmodninger om tiltalerejsning i 2003

Plejhjemsassistenter, straffelovens § 157 ([0341501B](#))

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

Anklagemyndigheden besluttede at opgive at rejse tiltale mod plejhjemsassistenten.

13. RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET I 2005

13.1. Indledning

I 2005 verserede der 2 retssager mod Patientklagenævnet. Begge retssager er anlagt af klagere, d.v.s. patienter eller disses repræsentanter. Ingen af disse sager blev afsluttet i 2005.

Der har gennem de seneste år været et fald i antallet af retssager anlagt mod Patientklagenævnet.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Verserende retssager	12	14	10	7	7	6	6	2

Patientklagenævnet modtog ingen sagsanlæg i 2005.

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 2 retssager, der verserede i 2005.

13.2. Sager anlagt af patienter/klagere

Behandling for smerter i hofte, bækken og ryg

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

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

Østre Landsret afsagde dom i sagen den 1. maj 2003. Landsretten fandt ikke at kunne lægge til grund, at bruddet på torntappen var en følge af udspændingsbehandlingen. Retten lagde vægt på, at patienten ikke fik smerter umiddelbart efter denne behandling,

men først efter nogen tid, og fandt det på denne baggrund mere sandsynligt, at bruddet på torntappen var forårsaget af metastaser i forbindelse med patientens kræftsygdom.

Patientens dødsbo ankede den 24. juni 2003 dommen til Højesteret. I september 2004 blev der af appellanten stillet en række spørgsmål til Retslægerådet. Sagen er berammet til domsforhandling den 6. marts 2006.

Længerevarende behandling med benzodiazepin ([0233318B](#))

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse af 21. september 2001 ikke grundlag for kritik af en praktiserende læge, som gennem 6 år havde behandlet en patient med medicin indeholdende benzodiazepin (beroligende medicin). Nævnet lagde vægt på, at patienten havde et komplekst sygdomsbillede, idet han led af smertefulde muskelkramper/-spasmer og samtidig havde et alkoholmisbrug. Medicin indeholdende benzodiazepin kan have god virkning ved krampetilstande og kan ligeledes anvendes til at dæmpe abstinenssymptomer i forbindelse med alkoholfvænnning. 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. Svar på disse spørgsmål forelå den 15. marts 2005. Der blev stillet supplerende spørgsmål til Retslægerådet i juli 2005, som blev besvaret den 26. oktober 2005. Retten afventer nu besvarelse af nogle spørgsmål, som patientens advokat har stillet til Arbejdsskadestyrelsen.

14. KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2005

14.1. 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 2005 modtaget 26 henvendelser fra ombudsmanden i forbindelse med klager over nævnets sagsbehandling.

I 10 af sagerne kom ombudsmanden med en udtalelse. I 8 af disse sager havde ombudsmanden ingen bemærkninger til nævnets sagsbehandling. I 2 af sagerne havde ombudsmanden bemærkninger til sagsbehandlingen. I de resterende 16 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 2005, afventer ombudsmandens beretning for 2005.

Nedenfor følger en oversigt over de 10 sager, som blev realitetsbehandlet i 2004.¹⁷

Klagen vedrørte	Antal sager	Bemærkninger	Ingen bemærkninger
Afgørelsen	6		6
Sagsbehandlingen	5	2	2
I alt	11	2	8

14.2. Konkrete afgørelser

I det følgende beskrives 4 af sagerne.

Følgende emner vil blive belyst:

- Klage over nævnets afslag på aktindsigt
- Klage over nævnets håndtering af aktindsigt
- Klage over nævnets afvisning af en klage over en sygehusdirektør

¹⁷ I en af sagerne, blev der både klaget over nævnets afgørelse samt sagsbehandlingen.

- Klage over nævnets afgørelse og afgrænsning af klagen

Klage over nævnets afslag på aktindsigt

Patientklagenævnet offentliggjorde den 20. september 2000 en afgørelse på nævnets hjemmeside vedrørende en 61-årig kvinde, som i begyndelsen af 1999 fik konstateret lungekræft. Da det var en ikke-småcellet kræft med spredning til lymfeknuder (planocellulær lungekræft) kunne man ikke operere, og da patienten ikke havde gener af kræften, tilbød man ikke lindrende strålebehandling. Patienten tog herefter til Tyskland, hvor hun gennemgik to kemoterapibehandlinger og en operation. Efterfølgende fik hun strålebehandling på det danske hospital. I april 2000 var der ikke kliniske tegn på kræftsygdommen.

Patienten klagede til Patientklagenævnet over, at lægen på det danske hospital ikke tilbød patienten behandling.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen på hospitalet, idet der ikke var noget generelt behandlingstilbud med helbredende sigte hos patienter med inoperabel ikke småcellet lungekræft i Danmark. Behandlingen var ved at blive indført i Danmark, men i første omgang kun som forsøg. For at deltage i forsøget i Danmark måtte man ikke tidligere have haft kræft - og patienten var tidligere behandlet for livmoderkræft.

I juli måned 2004 anmodede en person om aktindsigt i klagesagen ved nævnet. Borgeren ønskede at få oplyst, på hvilket hospital patienten havde modtaget behandling i Tyskland.

Patientklagenævnet afviste anmodningen om aktindsigt. Det var nævnets opfattelse, at nævnet ikke havde pligt til at give aktindsigt i sagen vedrørende patientens forhold. Nævnet henviste til offentlighedslovens § 12, som bestemmer, at retten til aktindsigt ikke omfatter enkeltpersoners private forhold. Omfattet heraf er utvivlsomt patientens helbredsoplysninger.

Borgeren klagede herefter til ombudsmanden over nævnets afvisning.

I forbindelse med sagens behandling ved ombudsmanden anførte Patientklagenævnet, at nævnet på baggrund af en folketingsbeslutning siden september 1999 har offentliggjort afgørelser på nævnets hjemmeside. Offentliggørelsen består af et resumé af afgørelsen samt hele afgørelsen i anonymiseret form. Nævnets afgørelser indeholder meget detaljerede beskrivelser om patienters helbredsforhold. Disse oplysninger er uden tvivl meget følsomme oplysninger. Patientklagenævnet har derfor offentliggjort

afgørelserne i en form, så der ikke er risiko for, at en patient ville kunne blive identificeret.

Patientklagenævnet anførte endvidere, at nævnet fra den første offentliggørelse på hjemmesiden har haft den praksis, at afgørelserne offentliggøres fuldstændig anonymt. Det betyder, at det ikke er muligt at se patientens navn, sundhedspersonernes navne og angivelse af steder, hvor patienten har været i behandling. Patienter, der ønsker at klage til nævnet, skal have tillid til, at nævnet ikke uberettiget videregiver helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger. Desuden skal patienterne have tillid til, at der ikke er risiko for, at de vil kunne blive genkendt ved nævnets offentliggørelse af deres klagesag.

Endelig anførte Patientklagenævnet, at nævnet ikke kunne afvise, at såfremt der blev udleveret oplysninger om et konkret behandlingssted, så ville der kunne være risiko for, på baggrund af den meget detaljerede afgørelse, at patienten ville kunne blive identificeret. Såfremt nævnet i den konkrete sag valgte at imødekomme anmodningen, var nævnet af den opfattelse, at nævnet burde imødekomme lignende anmodninger om aktindsigt i nævnets afgørelser. Det var på denne baggrund nævnets opfattelse, at hensynet til beskyttelse af patienternes identitet vejer tungere, end borgerens ønske om at få oplyst konkrete behandlingssteder.

Ombudsmanden udtalte, at der ikke var grundlag for at kritisere Patientklagenævnets praksis vedrørende anonymisering af oplysninger om behandlingssteder i forbindelse med offentliggørelser af afgørelser på hjemmesiden, og der var heller ikke tilstrækkeligt grundlag for at kritisere, at Patientklagenævnet afslog at ophæve anonymiseringen på dette punkt i anledning af borgerens anmodning.

Ombudsmanden udtalte endvidere, at der var stor forståelse for, at det i konkrete tilfælde kan være af stor interesse for en borger at blive gjort bekendt med oplysninger om f.eks. et behandlingssted, der har forestået en behandling med et gunstigt resultat. Efter meroffentlighedsprincippet kan nævnet i sådanne situationer eventuelt kontakte den pågældende patient med henblik på at indhente samtykke til at videregive oplysningen eller formidle en direkte kontakt mellem patienten og den borger, som har anmodet om aktindsigt.

Klage over nævnets håndtering af anmodning om aktindsigt

En 55-årig kvinde havde væsentlige smerter i venstre storetå og blev derfor henvist til en speciallæge. Lægen konstaterede en fejlstilling af storetåen med knystdannelse samt slidgigt, hvorfor patienten fik tilbudt operation. Efter operationen havde patienten fortsat gener og store smerter ved venstre storetåns led. Efter yderligere behandling med

fortsatte smerter henvendte patienten sig til et privathospital, hvor en røntgenundersøgelse af venstre storetå viste slidgigt i storetåens grundled samt et knoglestykke, som ved efterfølgende operation blev fjernet.

Patienten klagede herefter til Patientklagenævnet over speciallægens behandling i forbindelse med operationen samt over den kontrol, der blev foretaget efterfølgende. Patienten anførte blandt andet, at der burde have været foretaget en røntgenundersøgelse.

I forbindelse med sagens behandling ved nævnet anmodede patienten om aktindsigt i nogle røntgenbilleder, som nævnet havde indhentet fra et sygehus, hvor patienten efterfølgende havde været til undersøgelse.

Patientklagenævnet svarede, at der var tale om de originale røntgenbilleder, og nævnet kunne derfor ikke sende de pågældende billeder til hende, da der ville være risiko for, at billederne kunne gå tabt. Nævnet tilbød patienten, at hun kunne komme ind og se billederne i nævnet.

Patienten klagede til ombudsmanden over, at hun ikke havde fået lov til at se de pågældende billeder.

I forbindelse med klagen til ombudsmanden oplyste Patientklagenævnet, at der var sket en beklagelig fejl, idet nævnet havde overset, at patienten havde bopæl i Jylland. Nævnet sørgede for, at der blev lavet en kopi af billederne, som efterfølgende blev sendt til patienten.

Ombudsmanden udtalte, at han var enig med Patientklagenævnet i, at det var beklageligt, at nævnet havde overset, at patienten boede i Jylland, da nævnet foreslog, at patienten kunne se røntgenbillederne ved et fremmøde i nævnet. Patientklagenavnets sagsbehandling havde på dette punkt således ikke været optimal. Ombudsmanden fandt ikke anledning til at vurdere nævnets besvarelse i henhold til forvaltningslovens regler om aktindsigt.

Klage over nævnets afvisning af en klage over en sygehusdirektør

En 53-årig kvinde klagede til Patientklagenævnet over, at en sygeplejerske, der nu fungerede som sygehusdirektør, havde brudt sin tavshedspligt ved at videregive en redegørelse fra en af sygehusets overlæger til amtet uden forinden at have indhentet hendes samtykke.

Patientklagenævnet afviste at behandle klagen, da det var nævnets opfattelse, at nævnet ikke havde kompetence til at behandle klagen.

Patienten klagede herefter til ombudsmanden over nævnets afvisning af hendes klage.

I forbindelse med klagen til ombudsmanden udtalte Patientklagenævnet, at nævnet behandler klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet, jf. § 12, stk. 1, i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse. Det er nævnets opfattelse, at det er en forudsætning for nævnets kompetence, at der består et sundhedsperson-patientforhold i forbindelse med det forhold, der klages over.

Patientklagenævnet udtalte endvidere, at nævnets praksis blandt andet hviler på opfattelsen af området for lægelovens § 6. Det fremgår af kommentaren til § 6 i Lægeloven med kommentarer, 4. udgave, 2004, at bestemmelsen ikke omfatter læger ansat i administrative stillinger. Det fremgår samme sted, at det ikke er ansættelsesforholdet, der er afgørende, men lægens virke. Nævnet henviste til et brev af 27. januar 1999 fra Sundhedsministeriet til Sundhedsstyrelsen og Patientklagenævnet, hvor ministeriet blandt andet har taget stilling til Patientklagenævnets kompetencer:

”Nævnets kompetence omfatter således klager over sundhedsfaglig virksomhed som led i patientbehandlingen, hvor der foreligger et sundhedsperson-patientforhold. Dette indebærer, at en klage over f.eks. en administrativt ansat læge ikke er omfattet af Patientklagenævnets kompetence”.

Patientklagenævnet udtalte endvidere, at autoriserede sundhedspersoners tavshedspligt er reguleret i kapitel 5 i lov om patienters retsstilling. Det fremgår af lovens § 33, at klager herover kan indbringes for Patientklagenævnet. Det fremgår af § 2 i lov om patienters retsstilling, at loven gælder for patienter, der inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed, modtager eller har modtaget behandling af sundhedspersoner, medmindre andet særligt er fastsat i lovgivningen. I lovens § 4 er det angivet, at der ved sundhedspersoner forstås autoriserede sundhedspersoner.

Nævnet henviste til bemærkningerne til § 2 til i lov om patienters retsstilling, fremsat den 26. marts 1998, hvor der står:

”Loven gælder for patienter, der modtager undersøgelse, behandling og sundhedsfaglig pleje i sundhedsvæsenet af sundhedspersoner, dvs. for patienter i behandlingssituationen”.

For så vidt angår tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger, er det under pkt. 4 i de almindelige bemærkninger anført, at:

”Forslaget omfatter de sundhedspersoner, der er beskæftiget inden for sundhedsvæsenet med undersøgelse, diagnosticering, behandling, sundhedsfaglig pleje m.v. af patienter, jf. lovens §§ 2-4”.

På denne baggrund var det Patientklagenævnets opfattelse, at klager, hvor der ikke består et sundhedsperson-patientforhold, ikke er omfattet af nævnets kompetence. Dette gælder ikke kun klager over behandling, undersøgelse m.v., men også klager over brud på tavshedspligten. Det betyder, at en klage over en sygehusdirektør ofte vil falde uden for nævnets kompetence, også selv om denne tillige er autoriseret sundhedsperson. En sygehusdirektør vil dog være omfattet af nævnets kompetence, hvis direktøren foretager konkrete faglige vurderinger vedrørende patientens behandling eller håndterer en anmodning om aktindsigt på vegne af/i stedet for den behandlingsansvarlige læge, f.eks. fordi denne er død eller ikke længere er ansat ved det pågældende sygehus.

Det var Patientklagenævnets opfattelse, at sygehusdirektøren varetog en rent administrativ funktion, da hun videresendte en udtalelse fra én af sygehusets læger til amtet. Nævnet lagde vægt på, at sygehusdirektøren ikke havde været involveret i behandlingen af patienten.

Ombudsmanden udtalte, at det ikke kunne give ombudsmanden grundlag for kritik af, at Patientklagenævnet havde afvist at behandle klagen. Ombudsmanden oplyste, at klagen ville kunne rettes til statsamtsmanden for amtet, der fører tilsyn med amtskommunerne og de øvrige kommuner beliggende i det pågældende amt.

Klage over nævnets afgørelse og afgrænsning af klagen

En 35-årig mand klagede til Patientklagenævnet over en række forhold i forbindelse med sin behandling ved distriktpsychiatrien, i forbindelse med et skadestuebesøg og over en læge, der havde udfærdiget en statusattest. Klagen var ret omfattende og omfattede mange punkter i forhold til de enkelte behandlinger. Med henblik på nævnets oplysning af sagen havde nævnet omformuleret ordlyden af klagepunkterne og sammenfattet klagepunkterne. Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der havde været involveret i behandlingen af patienten.

Patienten klagede herefter til ombudsmanden over nævnets afgørelse. Patienten anførte blandt andet, at nævnet ikke havde taget stilling til alle de klagepunkter, som patienten havde sendt til nævnet.

Ombudsmanden udtalte, at efter ombudsmandens opfattelse havde Patientklagenævnet taget stilling til samtlige de klager, som patienten havde indsendt til nævnet. Der var således ikke grundlag for, at ombudsmanden kunne kritisere nævnets afgørelse.