

AFGØRELSER OG PRAKSIS

Årsberetning 2007



SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

AFGØRELSER OG PRAKSIS 2007

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:

- 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
- 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
- Klager i forbindelse med 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
- Tandlæger. 1998-2005. November 2005
- Klager i forbindelse med øjensygdomme. 2003-2004. December 2005
- Psykiatriske ankesager. 1997-2005. December 2005
- Klager over ambulancebehandlere. November 2006
- Sundhedspersoners tavshedspligt, 1998-2006. November 2006
- Lægeerklæringer, 1998-2006. December 2006
- Blindtarmsbetændelse. 2003-2006. December 2006
- Aktindsigt. 1998-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med hjertesygdomme. 2003-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med rygmarvsbedøvelse. 2003-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med Meningitis. 2000-2007. December 2007

Tryk: Schultz Grafisk

ISBN: 978-87-987400-0-1

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 håb, at denne årsberetning vil blive benyttet som grundlag for drøftelser om faglige spørgsmål mm. i alle relevante fora inden for sundhedsvæsenet, og 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.....	6
1.1. Indledning, opgaver og formål	6
1.2. Sagsgang.....	7
1.3. Orientering om nævnets afgørelser	9
1.4. Patientklagenævnet i tal	11
2. KLAGER I FORBINDELSE MED AKTINDSIGT	13
2.1. Indledning.....	13
2.2. Hvordan gennemføres aktindsigten.....	13
2.3. Hvornår skal aktindsigten gennemføres	15
2.4. Instruktion af medhjælp	17
2.5. Anmodning om aktindsigt flere gange i samme materiale.....	19
2.6. Afslag på aktindsigt.....	20
2.7. Afslag af hensyn til patienten.....	21
2.7.1. Afslag på aktindsigt inden for det psykiatriske område	22
3. KLAGER OVER SPINALHOVEDPINE	26
3.1. Indledning.....	26
3.2. Konkret afgørelse	26
4. KLAGER OVER DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF MENINGITIS HOS BØRN	28
4.1. Indledning.....	28
4.2. Klager vedrørende praktiserende læger og vagtlæger.....	30
4.2.1. Sager med kritik	30
4.2.2. Sager uden kritik	33
4.3. Klager vedrørende læger på sygehuse.....	36
4.3.1. Sager med kritik	36
4.3.2. Sager uden kritik	37
5. KLAGER OVER UNDERSØGELSE AF HJERTETS KRANSPULSÅRER (KAG) OG OVER BALLONBEHANDLING (PCI).....	40
5.1. Indikation for udførelse af KAG	40
5.1.1. Konkret afgørelse.....	41
5.2. Proceduren for udførelse af KAG	41
5.2.1. Konkrete afgørelser.....	42
5.3. Smerter og risici ved KAG.....	43
5.3.1. Konkrete afgørelser.....	44

6.	KLAGE OVER MANGLENDE OPFØLGNING PÅ PRØVESVAR EFTER PATIENTENS UDSKRIVELSE.....	47
6.1.	Baggrund	47
6.2.	Konkret afgørelse	47
7.	KLAGE OVER FEJL VED ORDINATION AF SMERTESTILLENDE MEDICIN.....	49
7.1.	Baggrund	49
7.2.	Konkret afgørelse	49
8.	KLAGE OVER SYGEPLEJERSKES MANGLENDE HENVISNING TIL EN LÆGE EFTER TELEFONISK KONSULTATION, HERUNDER JOURNALFØRING.....	51
8.1.	Baggrund	51
8.2.	Konkret afgørelse	51
9.	KLAGER I FORBINDELSE MED TRYKSÅR	54
9.1.	Indledning.....	54
9.2.	Generelt om forebyggelse af tryksår hos immobile patienter	54
9.3.	Særligt vedrørende patienter med hoftebrud	55
9.4.	Konkrete afgørelser	55
10.	KLAGE OVER STERILISATIONSOPERATION (CLIPS PÅ LEDBÅND).....	57
10.1.	Baggrund	57
10.2.	Konkret afgørelse	57
11.	ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2007	59
11.1.	Indledning.....	59
11.2.	Anmodninger om tiltalerejsning i 2007	59
11.3.	Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning for læger, 1998-2007	60
11.4.	Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning for sygeplejersker, 1999-2007... ..	60
12.	RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET	61
12.1.	Indledning.....	61
12.2.	Sager anlagt af patienter/klagere	61
13.	KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2007.....	63
13.1.	Indledning.....	63
13.2.	Klage over nævnets afvisning på grund af forældelse	64
13.3.	Klage over nævnets sagsbehandlingstid og underretning	64
13.4.	Nævnets manglende oversendelse af klage til rette myndighed	66
14.	SAGSOVERSIGT	68

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. Reglerne for nævnets virksomhed findes i lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Loven kan læses på nævnets hjemmeside www.pkn.dk. 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, samt som ankeinstans for visse administrative afgørelser af kommuner og regioner.

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 eks. på et sygehus imidlertid påført patienten en skade, er der i visse tilfælde mulighed for erstatning efter reglerne om patientforsikring i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Efter disse regler 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. Patientforsikringen og Patientklagenævnet er således to adskilte institutioner med hver deres regelsæt. Afgørelser i Patientforsikringen kan ankes til Patientskadeævnet.

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

Patientklagenævnets virksomhed er detaljeret reguleret ved bekendtgørelse nr. 885 af 4. november 2003 om forretningsordenen for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Forretningsordenen kan læses på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenfor beskrives den sædvanlige sagsgang i nævnet.

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 den region, hvor behandlingen har fundet sted. Embedslægens opgave er at indhente de oplysninger, der kan belyse de enkelte klagepunkter. Har behandlingen foregået i flere regioner, da sendes klagen til den region, 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 regionen 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 driftsansvarlige myndigheder, 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.

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.

Et dårligt behandlingsresultat er ikke altid ensbetydende med, at den person, der er ansvarlig for behandlingen, har begået fejl. Selvom sundhedspersonen har handlet i overensstemmelse med 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.

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. Klager over sagsbehandlingen i nævnet kan rettes til Folketingets Ombudsmand (se kap. 13). En fuldstændig prøvelse af en afgørelse fra nævnet kan ske ved at indbringe sagen for domstolene på linie med afgørelser fra alle andre offentlige administrative myndigheder.

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 kompetencer efter autorisationsloven 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 kvalitets sikring 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 2007 er medtaget i denne årsberetning.

Patientklagenævnet offentliggør endvidere hver måned 20 afgørelser i *anonymiseret* form i fuld tekst på nævnets hjemmeside. De sager, som er offentliggjort i 2007, er samlet i en publikation: Offentliggjorte afgørelser i 2007, 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.

Endelig har Patientklagenævnet siden 1. januar 2006 offentliggjort visse afgørelser *uden anonymisering af sundhedspersonens navn*. Det er en forudsætning for offentliggørelsen, at afgørelsen er truffet efter den 1. januar 2006.

En afgørelse skal efter reglerne i lov om klage- og erstatningsadgang og bekendtgørelse nr. 1367 af 15. december 2005 om offentliggørelse af afgørelser i klage- og tilsynssager på sundhedsområdet offentliggøres uden anonymisering af sundhedspersonens navn, hvis den falder inden for ét eller flere af følgende 4 kriterier:

- 1) Hvis Patientklagenævnet finder, at der er mistanke om, at en sundhedsperson har gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed, og beslutter at sende sagen til politiet. Det bemærkes, at der ikke vil ske offentliggørelse af det forhold, at sagen sendes til politiet.
- 2) Hvis Patientklagenævnet finder grundlag for kritik og samtidig finder grundlag for at indskærpe sundhedspersonen at vise større omhu og samvittighedsfuldhed i sit fremtidige virke.
- 3) Hvis Patientklagenævnet finder grundlag for kritik af en sundhedsperson, og nævnet derved 3 gange inden for 5 år har tildelt denne sundhedsperson en afgørelse med kritik. Dette gælder uanset, hvilket forhold kritikken vedrører (behandling, information, samtykke, journalføring, aktindsigt, tavshedspligt mv.).
- 4) Hvis Patientklagenævnet finder grundlag for kritik af en sundhedsperson for virksomhed udøvet i forbindelse med kosmetisk behandling, herunder således også information, samtykke og journalføring.

Afgørelserne offentliggøres i 2 år på www.sundhed.dk og ligeledes på Patientklagenævnets hjemmeside www.pkn.dk.

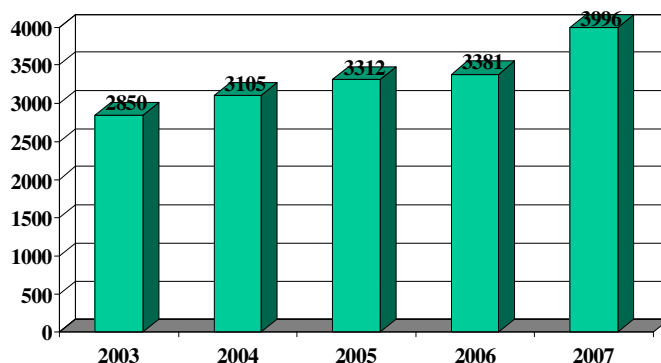
Afgørelsen offentliggøres med angivelse af titel, navn og autorisationsID/fødselsdato på den person, der kritiseres af nævnet. Alle andre navne i afgørelsen skal anonymiseres. Dette gælder også stednavne og navne på sygehuse og afdelinger mv. Bekendtgørelsen om offentliggørelse af afgørelser i klage- og tilsynssager på sundhedsområdet kan læses på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

I 2007 blev der offentliggjort 71 enkeltafgørelser uden anonymisering af sundhedspersonens titel og navn. De fordeler sig således: læger: 57, tandlæger: 6, sygeplejersker: 7 og fysioterapeuter: 1.

1.4. Patientklagenævnet i tal

I 2007 modtog Patientklagenævnet 3.996 nye klager. Antallet af nye klager er i 2007 steget med 18,2 % i forhold til 2006, hvor der kom 3.381 nye klager.

Antal nye klager



I forhold til antallet af patientkontakter i sundhedsvæsenet er der tale om et beskedent antal klager. I runde tal er der flere end 1.1 mio. udskrivninger fra sygehusene om året, 6,9 mio. ambulante behandlinger (inkl. skadestuebesøg), 36,7 mio. patientkontakter i almen praksis, 4,7 mio. kontakter i speciallægepraksis og 4,4 mio. kliniske undersøgelser hos tandlæger.

I 2007 afgjorde Patientklagenævnet 2.387 sager, hvilket var en stigning på 3,6 % i forhold til 2006. Alligevel steg antallet af verserende sager til 4.146 fra 3.372 i 2006.

Ca. hver fjerde afgørelse endte med kritik af en eller flere sundhedspersoner.

Knap halvdelen af afgørelserne blev truffet af formanden.

Sagsbehandlingstiden steg i 2007 til 15,9 måneder fra 14,3 måneder i 2006.

Patientklagenævnet har været takstfinansieret siden 1. januar 2006. Regioner og kommuner betaler en standardtakst pr. sag vedrørende sundhedspersoner ansat i regioner og kommuner og vedrørende sundhedspersoner, der drev privat praksis eller privat sygehus. Staten afholder udgifterne til behandling af klager over sundhedspersoner i staten og udgifter til en række nye administrative klagesager (pr. 1. januar 2007) fra regioner og kommuner.

Patientklagenævnet havde takstindtægter på 32,6 mio. kr. og modtog herudover en statslig bevilling på 1,9 mio. kr. Nævnets samlede omkostninger var 34,9 mio. kr. Udgifterne fordelte sig med 2,1 mio. kr. til honorar til nævnsmedlemmer, 6,6 mio. kr. til honorarer til sagkyndige konsulenter og 18,5 mio. kr. til aflønning af medarbejderne i sekretariatet i øvrigt. Udgifterne til drift af nævn og sekretariat udgjorde 7,7 mio. kr.

I 2007 havde Patientklagenævnets sekretariat 52 årsværk mod 44 årsværk i 2006.

Sekretariatet har i 2007 gennemført et LEAN-projekt m.h.p. at øge medarbejdertilfredshed og effektivitet.

Der er flere oplysninger om nævnets økonomi mm. i Årsrapporten for 2007, der kan læses på nævnets hjemmeside www.pkn.dk. På hjemmesiden er der i øvrigt mange flere oplysninger om Patientklagenævnet, herunder statistiske oplysninger.

2. KLAGER I FORBINDELSE MED AKTINDSIGT

Patientklagenævnet har i december 2007 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende klager i forbindelse med aktindsigt. Sammenfatningen omfatter afgørelser af klager truffet i perioden 1998 – 2007. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 5 og 6, som handler om klager i forbindelse med aktindsigt.

2.1. Indledning

Det fremgår af § 38, stk. 1, i sundhedsloven (tidligere PRL § 21, stk. 1), at afgørelsen om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne m.v. i sin besiddelse. Det fremgår af vejledningen, at afgørelser om aktindsigt for sygehusjournalers vedkommende træffes af den overlæge, der er ansvarlig for den pågældende sygehusafdeling eller af en anden sundhedsperson, som af overlægen er blevet bemyndiget hertil.

2.2. Hvordan gennemføres aktindsigten

I § 38, stk. 2, (tidligere PRL § 21, stk. 2) er det beskrevet, hvorledes imødekommelse af aktindsigt kan gennemføres. I bestemmelsen nævnes, at aktindsigten enten kan gennemføres ved, at patienten får adgang til at gennemse journalen på stedet, eller at der udleveres en afskrift eller kopi af journalen til patienten.

Patienten har krav på at få udleveret en afskrift eller kopi, hvis dette ønskes.

Sundhedspersonen kan således ikke stille krav om, at patienten møder til personligt gennemsyn af journalen på stedet, heller ikke hvis sundhedspersonen finder det betænkeligt at udlevere afskrift eller fotokopi til patienten uden lægelig vejledning.

Det fremgår af vejledning om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger, at gennemførelsen af aktindsigt ved gennemsyn rent praktisk kan ske ved, at patienten får lejlighed til at læse skærbilledet, såfremt journalen føres på edb. I de situationer, hvor sundhedspersonen må gå ud fra, at patienten har brug for hjælp til at forstå indholdet af journalen, skal der tilbydes hjælp og vejledning. Dette kan ske ved, at sundhedspersonen i fornødent omfang gennemgår journalen med patienten. Patienten har dog ret til at afslå dette tilbud.

Nedenstående afgørelse illustrerer, at en sundhedsperson ikke kan stille krav om, at en patient skal møde op til personligt gennemsyn af journalen på stedet, eller for at få udleveret en kopi af journalen.

Sag 1 Klage over manglende svar på anmodning om aktindsigt (0236109A)

En 78-årig kvinde anmodede ved breve af 7. og 21. november 2001 en øjenkirurg om aktindsigt i sin journal, idet hun skulle bruge journalen hos en anden øjenlæge den 28. november 2001.

Patienten fik dog ingen respons fra øjenkirurgen på sine breve.

Øjenkirurgen oplyste til sagen, at han aldrig udleverede journaler uden at have en personlig samtale med sine patienter, idet han så kunne forklare ord og udtryk, som måtte være vanskelige at forstå. Han sendte derimod journalen til egen øjenlæge, hvis dette ønskedes.

Der blev klaget over, at øjenkirurgen ikke imødekom patientens anmodninger om aktindsigt.

Patientklagenævnet fandt, at § 21, stk. 3, i lov om patienters retsstilling var overtrådt, idet øjenkirurgen ikke besvarede patientens anmodning om aktindsigt inden 10 dage efter modtagelsen af hendes breve af 7. og 21. november 2001.

Nævnet fandt i øvrigt anledning til at oplyse, at det fremgår af § 21, stk. 2, i lov om patienters retsstilling, hvorledes imødekommelse af aktindsigt kan gennemføres. Det fremgår her, at aktindsigten kan gennemføres ved, at patienten får adgang til at gennemse journalen på stedet, eller at der udleveres en afskrift eller kopi af journalen til patienten.

Nævnet oplyste videre, at patienten har krav på at få udleveret en afskrift eller kopi, hvis dette ønskes. Sundhedspersonen kan således ikke stille krav om, at patienten møder til personligt gennemsyn af journalen på stedet, heller ikke hvis sundhedspersonen finder det betænkeligt at udlevere afskrift eller fotokopi til patienten uden lægelig vejledning.

Nedenstående afgørelse illustrerer, at en patient som udgangspunkt har ret til at få udleveret kopi af sin journal, uanset at den er omfangsrig.

Sag 2 Klage over afslag på udlevering af kopi af omfangsrig journal (9910809A)

En 50-årig mand anmodede sin egen læge om aktindsigt og blev i første omgang tilbudt en gennemgang af journalen i lægehuset. Da patienten var utilfreds hermed, blev han

tilbudt at få dele af journalen udleveret i kopi, da lægen mente, at hele journalen var for omfangsrig til at kunne blive kopieret.

Der blev klaget over, at lægen ikke efterkom patientens anmodning om aktindsigt i sin journal.

Nævnet fandt, at patienten havde krav på fuld aktindsigt i form af en kopi af sin journal for perioden 1995 og fremefter, herunder aktindsigt i udskrivningsbreve m.v. Nævnet lagde vægt på, at patientens journal ifølge det oplyste var på 65 sider for perioden 1995 og fremefter.

Patientklagenævnet oplyste, at det af vejledning af 14. september 1998 om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger fremgår, at hvis patienten anmoder om fotokopi af journalen, eventuelt i uddrag, skal anmodningen normalt imødekommes, medmindre helt særlige forhold gør sig gældende. Helt særlige forhold kan f.eks. være dokumenternes antal, karakter eller form. Afslag på udlevering af kopi på grund af antallet af dokumenter vil dog normalt kun kunne gives, hvis antallet er overordentligt stort.

Det var herefter nævnets opfattelse, at der ikke kunne stilles krav om personligt gennemsyn af journalen på stedet, når der ikke gjorde sig helt særlige forhold gældende.

Når aktindsigten gennemføres, skal dette for patienten ske på en let forståelig måde, jf. § 37, stk. 1, 2. led (tidligere PRL § 20, stk. 1, 2. led).

2.3. Hvornår skal aktindsigten gennemføres

En sundhedsperson skal snarest tage stilling til en anmodning om aktindsigt jf. § 38, stk. 2 (tidligere PRL § 21, stk. 2). I § 38, stk. 3, (tidligere PRL § 21, stk. 3) er det præciseret, at såfremt en anmodning om aktindsigt ikke er imødekommet eller afslået inden 10 kalenderdage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal denne underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Nedenstående afgørelse illustrerer betydningen af 10-dages fristen.

Sag 3 Klage over for sen imødekommelse af anmodning om aktindsigt (0654716P)

En 71-årig kvinde anmodede ved brev af 13. juli 2004 et sygehus om aktindsigt i sin journal.

Ved brev af 26. juli 2004 fremsendte en overlæge på sygehuset kopi af journalen til patienten.

Der blev klaget over, at der ikke rettidigt blev givet svar på anmodningen om aktindsigt.

Patientklagenævnet fandt, at overlægen ikke rettidigt havde besvaret anmodningen om aktindsigt fra patienten, idet der forløb mere end 10 dage, før anmodningen om aktindsigt blev besvaret.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at en sundhedsperson snarest skal tage stilling til en anmodning om aktindsigt. Såfremt en anmodning om aktindsigt ikke er imødekommet eller afslået inden 10 kalenderdage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal denne underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Nedenstående afgørelse illustrerer, at såfremt en sundhedsperson imødekommer en anmodning om aktindsigt, skal vedkommende enten straks udlevere det ønskede materiale eller tilkendegive et specifikt fastsat tidspunkt for, hvornår aktindsigten senest gennemføres.

Sag 4 Klage over manglende imødekommelse af anmodning om aktindsigt (0337401P)

En 48-årig mand anmodede ved anbefalet brev af 24. oktober 2002 en administrerende overlæge på et hospital om aktindsigt i sin journal. Anmodningen blev ikke besvaret, hvorfor han den 11. november 2002 henledte opmærksomheden på sit brev af 24. oktober 2002 og gentog sin anmodning om aktindsigt. Samme dag klagede han til Patientklagenævnet

Den administrerende overlæge oplyste til sagen, at han ikke umiddelbart besvarede anmodningen om aktindsigt af 24. oktober 2002, idet han ønskede at imødekomme anmodningen ved at fremsende en samlet kopi af journaloptegnelserne fra samtlige de sengeafsnit, hvor patienten havde været indlagt. I den forbindelse forsøgte han blandt andet at indhente sygeplejefjournalen, hvilket var tidskrævende og som til sidst viste sig at være umuligt, idet disse notater var blevet destrueret. Derfor besvarede han først patientens anmodning om aktindsigt den 12. november 2002, da han modtog rykkerskrivelsen af 11. november 2002.

Patientklagenævnet fandt, at den administrerende overlæge havde overtrådt 10-dages fristen i § 21, stk. 3, idet han først den 12. november 2002 besvarede patientens anmodning om aktindsigt af 24. oktober 2002.

Det var nævnets opfattelse, at overlægen burde have besvaret anmodningen om aktindsigt og inden 10 dage efter modtagelsen have oplyst, at anmodningen var blevet imødekommet, men at selve effektueringen heraf først kunne ske medio november 2002, fordi indsamlingen af journalmaterialet fra andre afdelinger tog lang tid.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at det fremgår af § 21, stk. 3, at såfremt sundhedspersonen ikke finder det muligt at tage stilling til en anmodning om aktindsigt inden for de fastsatte 10 dage, skal patienten have underretning om, hvornår en beslutning herom vi foreligge. Underretningen om, hvornår beslutningen vil blive truffet, skal indeholde et specifikt fastsat tidspunkt, som ligger inden for en overskuelig fremtid.

2.4. Instruktion af medhjælp

Det fremgår af § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (tidligere eksempelvis lægelovens § 6), at en sundhedsperson har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sit virke. Denne bestemmelse omfatter også en forpligtelse for sundhedspersonen til bl.a. at sørge for, at der foreligger den fornødne instruktion, således at en medhjælp kan udføre delegerede opgaver i overensstemmelse med lovgivningen.

I sager, hvor der er anmodet om aktindsigt, vil det i praksis ofte være for eksempel en sekretær, der udfører arbejdet med at kopiere journalmaterialet og sørge for, at det bliver udsendt.

Nævnet har ved sine afgørelser ikke kompetence til at tage stilling til handlinger udført af faggrupper, der ikke er omfattet af bekendtgørelse om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed¹.

Såfremt det i forbindelse med en sags oplysning viser sig, at den person, der i praksis har håndteret en anmodning om aktindsigt, ikke tilhører en autoriseret persongruppe, har nævnet derfor kun mulighed for at tage stilling til, om den eller de instrukser, som den ansvarlige sundhedsperson har udfærdiget til brug for sin medhjælp, er udfærdiget i overensstemmelse med den gældende lovgivning.

En instruks kan være enten mundtlig eller skriftlig. Der stilles ingen formkrav til udfærdigelsen for så vidt angår instruks vedrørende håndtering af anmodninger om aktindsigt.

¹ Bekendtgørelse nr. 544 af 14. juni 2001.

Foreligger der således en mundtlig eller en skriftlig instruks om håndtering af aktindsigt, og er denne instruks i overensstemmelse med den gældende lovgivning, har nævnet ikke mulighed for at udtale kritik i sagen.

Nedenstående afgørelse illustrerer, at såfremt en sundhedsperson har udformet en instruks, skal denne instruks være i overensstemmelse med de gældende vejledninger på området.

Sag 5 Klage over at en hospitalsafdeling meddelte en patient ufuldstændig aktindsigt i hendes journal (0761716A)

En 44-årig kvinde var i en periode fra 2002 til 2003 i fertilitetsbehandling på en gynækologisk-obstetrisk afdeling, og hun anmodede skriftligt afdelingen om aktindsigt i samtlige dokumenter i sin journal. I den forbindelse fremsendte man fra afdelingen et sammendrag af journalen på to sider til patienten. Anmodningen om aktindsigt blev ekspederet af en lægesekretær.

Der blev klaget over, at man på afdelingen meddelte patienten ufuldstændig aktindsigt i hendes journal.

Det fremgik af den ledende overlæges udtalelse til sagen, at der af ressourcemæssige hensyn i forbindelse med en anmodning om aktindsigt kun blev fremsendt udskrivningskort samt stimulationskemaer til patienten. Afdelingens sekretærer havde på daværende tidspunkt instruks om at udlevere disse dele af journalen i forbindelse med en patients anmodning om aktindsigt i sin journal.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den ledende overlæge på afdelingen for hans udfærdigelse af instruks vedrørende behandlingen af anmodninger om aktindsigt.

Nævnet oplyste, at det ikke kan tage stilling til den pågældende sekretærs håndtering af anmodningen om aktindsigt, idet det falder uden for nævnets kompetence at tage stilling til denne persongruppe, jf. persongruppebekendtgørelsen.

Nævnet kunne derimod tage stilling til, om der for den pågældende lægesekretær forelå en tilstrækkelig omhyggelig udfærdiget instruks om håndteringen af anmodninger om aktindsigt.

Efter nævnets opfattelse var den pågældende instruks ikke i overensstemmelse med vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger, hvoraf det fremgik, at retten til aktindsigt omfatter hele journalen. Det er således nævnets opfattelse, at der som udgangspunkt skal gives fuld aktindsigt i de dokumenter, der findes i journalen.

Nævnet kunne hertil oplyse, at det fremgår af samme vejledning, at hvis patienten anmoder om fotokopi af journalen, eventuelt i uddrag, skal anmodningen om aktindsigt normalt imødekommes, medmindre helt særlige forhold gør sig gældende. Helt særlige forhold kan f. eks. være dokumenternes antal, karakter eller form. Afslag på udlevering af kopi på grund af antallet af dokumenter vil dog normalt kun kunne gives, hvis antallet er overordentligt stort.

Nævnet lagde vægt på, at patientens journal omhandlede et forløb på cirka ni måneder fra perioden fra 2002 til 2003, og journalen indeholdt på daværende tidspunkt cirka 40 sider. Et sådant antal gav efter nævnets opfattelse ikke grundlag for afslag på aktindsigt i form af en kopi.

2.5. Anmodning om aktindsigt flere gange i samme materiale

Det kan udledes af § 1, stk. 1, jf. § 2, i bekendtgørelsen, at en patient kan anmode om aktindsigt i det samme materiale flere gange, hvorfor en læge normalt ikke kan give afslag på aktindsigt med den begrundelse, at patienten tidligere har fået indsigt i det ønskede materiale. Der er imidlertid i henhold til bekendtgørelsen adgang til at kræve betaling herfor.

Nedenstående afgørelse illustrerer retsstillingen for en patient, der anmoder om aktindsigt i samme journalmateriale flere gange.

Sag 6 Klage over afslag på fuld aktindsigt (0019217B)

Den 20. september 1999 havde en 30-årig kvindes mor med fuldmagt fra datteren fået aktindsigt i datterens journal hos hendes tidligere praktiserende læge. Moderen var imidlertid af den opfattelse, at lægen ikke havde udleveret kopi af hele journalen, men bevidst havde tilbageholdt oplysninger.

Moderen anmodede herefter datterens nye læge om aktindsigt i datterens journal, idet hun vedlagde en fuldmagt fra datteren. Den nye læge sendte den 16. marts 2000 en udskrift til moderen af journalnotaterne fra den periode, datteren havde været tilmeldt hans praksis. Han sendte ikke kopi af de journalnotater, han havde modtaget fra den tidligere læge.

Efter at moderen havde klaget til Patientklagenævnet herover, sendte den nye læge hende tillige en kopi af den tidligere læges journal.

Ved brev af 12. maj 2000 gjorde moderen opmærksom på, at det var hendes opfattelse, at hun stadig ikke havde fået fuld aktindsigt i datterens journal, idet hun anførte, at der

manglede journalark fra den 14. januar 1999 og oplysninger om den tidligere praktiserende læges samarbejde med kommunen.

Der blev klaget over, at lægen ikke gav moderen aktindsigt i hele datterens journal, herunder i det journalmateriale han havde modtaget fra datterens tidligere praktiserende læge.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at moderen ved sin anmodning om aktindsigt bad lægen om en udskrift af datterens journal. Lægen anførte heroverfor, at han fra datterens tidligere praktiserende læge fik oplyst, at denne allerede to gange tidligere havde givet moderen aktindsigt i sin journal vedrørende datteren, og at han på denne baggrund skønnede det unødvendigt at udlevere dette materiale igen.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at der ifølge Sundhedsministeriets vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt i helbredsoplysninger efter anmodning skal gives aktindsigt i hele journalen. Retten til aktindsigt omfatter også ikke-optegnelsespligtige oplysninger, som måtte indgå i journalen, samt eventuel brevveksling med eksempelvis andre myndigheder eller pårørende, som er tilført journalen som bilag.

På denne baggrund fandt nævnet, at lægen burde have tilsendt moderen en kopi, ikke alene af den journal han selv havde ført, men også af de journalnotater m.v., han havde modtaget fra datterens tidligere praktiserende læge. Det forhold, at datterens tidligere praktiserende læge to gange før havde udleveret kopi af journalen, fandtes ikke at ændre herved.

2.6. Afslag på aktindsigt

Som tidligere nævnt har en patient som udgangspunkt ret til aktindsigt i sine helbredsoplysninger. Det fremgår dog af sundhedslovens § 37, stk. 2 (tidligere PRL § 20, stk. 2), at der er en undtagelse til patientens ret til aktindsigt. Det fremgår af bestemmelsen, at retten til aktindsigt efter sundhedsloven § 37, stk. 1, (tidligere PRL § 20, stk. 1) kan begrænses i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

Bestemmelsen er udformet som en såkaldt ”værdispringsregel”, idet der i hvert enkelt tilfælde, hvor det overvejes at begrænse adgangen til aktindsigt, skal foretages en konkret vurdering af, hvorvidt der foreligger tilstrækkeligt tungtvejende hensyn, der taler imod at imødekomme ønsket om aktindsigt. Der skal således foretages en afvejning af patientens interesse i at få de pågældende oplysninger over for hensynet til enten patienten selv eller andre private interesser, som taler imod at udlevere de ønskede oplysninger.

Ved afvejningen af, om aktindsigt skal imødekommes eller afslås, er det vigtigt at være opmærksom på muligheden for at give delvis aktindsigt. Det vil sige, at før afslag på aktindsigt gives, skal sundhedspersonen overveje, om der er mulighed for at gennemføre aktindsigten ved at udelade eller blænde de passager, som findes at være til skade for patienten selv eller andre private interesser.

Ved sundhedspersonens afvejning af om aktindsigten bør begrænses helt eller delvist, bør den omstændighed inddrages, at det kan give anledning til uro og ængstelse hos patienten at få oplyst, at anmodningen om aktindsigt afslås eller begrænses.

Det fremgår af vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger, at hvis anmodningen om aktindsigt kun imødekommes delvist, skal patienten i almindelighed gøres bekendt med, at der er dele af journalen, der er udeladt.

Endelig foreligger der et krav til sundhedspersonen om, at et afslag/delvist afslag på anmodning om aktindsigt skal ledsages af en begrundelse samt en klagevejledning.

Hvis der er grundlag for at antage, at det vil være til alvorlig skade for patienten at få kendskab til, at oplysninger tilbageholdes, kan sundhedspersoner undlade at give patienten oplysning om tilbageholdelsen. Det bør da fremgå af journalen, hvilke oplysninger, der ikke er givet aktindsigt i og med hvilken begrundelse, oplysningerne er undtaget. Denne journalpåtegning kan dog efter omstændighederne ligeledes undtages fra aktindsigt.

2.7. Afslag af hensyn til patienten

Afslag på anmodning om aktindsigt af afgørende hensyn til patienten selv kan primært gives, hvis det må antages at ville være til alvorlig skade for patienten, hvis denne på det pågældende tidspunkt eller i den pågældende situation gøres bekendt med oplysningerne.

Det forudsættes i vejledningen, at denne undtagelsesbestemmelse, kun anvendes i ganske få tilfælde.

Bestemmelsen er således tiltænkt at finde anvendelse i eksempelvis en situation, hvor en patient har en alvorlig, uhelbredelig og fremadskridende sygdom, og der er en nærliggende risiko for at patientens psykiske tilstand vil lide under at blive gjort bekendt med oplysningerne.

Videre kan undtagelsesbestemmelsen anvendes i forbindelse med behandlingen af patienter med psykiatriske lidelse, hvis der foreligger afgørende behandlingsmæssige hensyn, som taler imod at give aktindsigt.

Er adgangen til aktindsigt begrænset af hensyn til patienten selv, gælder begrænsningen selvsagt også for så vidt angår en eventuel fuldmagtshaver.

2.7.1. Afslag på aktindsigt inden for det psykiatriske område

Sundhedslovens § 37, stk. 2 (tidligere PRL § 20, stk. 2) finder primært anvendelse inden for det psykiatriske område, hvor visse sygdomstyper er af en sådan art, at aktindsigt i helbredsoplysninger, herunder diagnoser og behandlingsforslag, kan skade de fremtidige behandlingsmuligheder.

Det fremgår af vejledningen, at der inden for psykiatrien kan forekomme situationer, hvor et afslag på aktindsigt kan begrænses til kun at være midlertidigt, således at der for eksempel kun gives afslag på aktindsigt på det stadium i et behandlingsforløb, hvor aktindsigten skønnes at være særligt belastende for patienten.

Nedenstående afgørelser illustrerer muligheden for at give afslag på aktindsigt inden for det psykiatriske område.

Af den første afgørelse fremgår det, at lægerne ikke blev kritiseret for ikke at imødekomme anmodningen om aktindsigt på et senere tidspunkt. Nævnet fandt imidlertid, at det ville have været hensigtsmæssigt, hvis lægerne uopfordret havde givet aktindsigt på det tidspunkt, hvor der ikke længere var grundlag for at tvangstilbageholde patienten, fordi dennes tilstand blev vurderet til så stabil, at et samarbejde med vedkommende var realistisk.

Sag 7 Klage over manglende aktindsigt i journal på psykiatrisk afdeling (0658817A)

En 38-årig mand blev tvangstilbageholdt på behandlingsindikation og indlagt på en psykiatrisk afdeling.

Patienten var meget irriteret og ustabil, og han var truende overfor såvel personale som medpatienter ved den mindste stimulation. Dette gav flere gange anledning til fikseringsperioder.

Efter 14 dage bad patienten om at få aktindsigt i sin journal. Dette gav overlæge A afslag på. Afdelingslæge B meddelte dette til patienten og informerede samtidig om, at han kunne få aktindsigt på et senere tidspunkt, hvor han var mindre paranoid psykotisk.

Efter cirka 14 dage var der ikke længere grundlag for tvangstilbageholdelse, hvorfor patienten blev udskrevet. Der blev ikke ved denne lejlighed foretaget en journalgennemgang.

Der blev klaget over, at der blev givet afslag på aktindsigt.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge A og afdelingslæge B for deres håndtering af patientens anmodning om aktindsigt i sin journal.

Nævnet lagde herved vægt på, at hensynet til patienten selv vejede tungere end hans interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne.

Særligt lagde nævnet vægt på, at der var afgørende hensyn, som gav grundlag for at afslå anmodningen om aktindsigt, idet oplysningerne blev vurderet som særligt belastende for patienten, og at han befandt sig i en så labil tilstand, at aktindsigten kunne have forværret tilstanden.

Nævnet fandt dog, at selvom ønsket om aktindsigt ikke blev genfremsat på et senere tidspunkt, så havde det været hensigtsmæssigt, om afdelingslæge B havde foranlediget, at det blev tilbudt patienten, at denne kunne få en journalgennemgang inden udskrivelsen eller på et senere planlagt tidspunkt.

Nedenstående afgørelse illustrerer, at en sundhedsperson kun kan afslå en anmodning om aktindsigt, hvis det skønnes, at der foreligger afgørende behandlingsmæssige hensyn, som taler imod at give aktindsigt, men at det derimod ikke er nok, at en imødekommelse af aktindsigtsanmodningen vil kunne forstyrre den videre behandling af patienten.

Sag 8 Klage over afslag på aktindsigt (0125614A)

En 61-årig mand var blevet dømt til ambulant psykiatrisk behandling, og efter 3 måneders behandling anmodede han om aktindsigt i sin journal, hvilket han fik.

Senere i forløbet anmodede patienten atter om aktindsigt, hvilket den behandlende overlæge afslog, idet han fandt, at det ville forstyrre den videre behandling, fordi behandlingssamtalerne så ville komme til at dreje sig om journalens indhold. Imidlertid tilkendegav overlægen, at aktindsigten ville blive imødekommet ved behandlingens afslutning.

Der var klaget over, at overlægen ikke imødekom patientens anmodning om aktindsigt.

Patientklagenævnet kunne ikke tiltræde overlægens afslag på anmodning om aktindsigt og lagde herved vægt på, at afslaget var begrundet i, at det ville forstyrre den videre behandling, fordi behandlingssamtalerne så ville komme til udelukkende at dreje sig om journalens indhold.

Nævnet kunne oplyse, at det fremgår af § 20, stk. 2 i lov om patienters retsstilling, at retten til aktindsigt kan begrænses i det omfang patientens interesse i journalen findes at burde vige for afgørende hensyn til patientens selv eller andre private interesse.

Nævnet fandt efter gennemlæsning af journalen, at der ikke var forhold i journalen, der kunne begrunde, at aktindsigt ikke blev imødekommet, idet det kunne antages at være til alvorlig skade for patienten.

Den sidste afgørelse viser, at en sundhedsperson kun kan undslå aktindsigtsanmodningen, hvis det skønnes, at der foreligger afgørende behandlingsmæssige hensyn, som taler imod at give aktindsigt, mens der ikke er grundlag for at undslå aktindsigt, hvis sundhedspersonen ikke er bekendt med patientens helbredstilstand eller ikke er bekendt med, hvorvidt patienten er i behandling eller ej.

Sag 9 Klage over afslag på aktindsigt (0762220P)

En 67-årig mand havde skiftet læge, hvorefter han den 14. december 2004 anmodede sin tidligere læge om aktindsigt i sin journal.

Den 16. december 2004 noterede lægen i journalen, at patienten allerede den 5. april 2004 havde fået udleveret en udskrift af sin journal. Anmodningen blev derfor ikke imødekommet.

Den 29. januar 2005 anmodede patienten atter om en kopi af sin journal. Lægen meddelte ham, at materialet allerede var udleveret, og at dette ligeledes blev meddelt ham den 16. december 2004.

Der var klaget over, at lægen ikke imødekom patientens anmodninger om aktindsigt henholdsvis den 14. december 2004 og den 29. januar 2005.

Patientklagenævnet fandt, at lægen havde overtrådt § 20, stk. 2 i lov om patienters retsstilling ved sin håndtering af patientens anmodninger om aktindsigt.

Nævnet kunne oplyse, at det fremgår af § 1, stk. 1, jf. § 2 i bekendtgørelse nr. 664 af 14. september 1998 om betaling af afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter kap. 4 i lov om patienters retsstilling, at en patient kan anmode om aktindsigt i det samme materiale flere gange. En læge kan derfor normalt ikke give afslag på aktindsigt med den begrundelse, at patienten tidligere har fået indsigt i det ønskede materiale.

Lægen oplyste til sagen, at patienten havde en meget klagesøgende adfærd overfor sundhedsvæsen og socialvæsen, og at han til tider, når han var til konsultation hos lægen, medbragte meget store mængder papir blandt andet til brug for opsamling af

informationer i forbindelse med utilfredshed over systemet. Lægen oplyste videre, at patienten i perioder havde været fastlåst i et paranoidt mønster, hvor han blandt andet havde klaget over forskellige kommuners sagsbehandling samt truet kommuner med blandt andet at anlægge retssager og gå til ombudsmanden. Det var lægens opfattelse, at da patienten henvendte sig igen den 16. december 2004, hvor han ikke længere var tilknyttet hans praksis, med ønsket om at få aktindsigt i sin journal, kunne han ikke fagligt bedømme, om det for patienten blot ville bringe yderligere kaos i hans overblik i det omfattende arkiv af generelle klagepapirer som led i hans klager over systemet.

Lægen skønnede derfor, at patientens krav om gentagne udleveringer kunne bero i den psykiske uligevægt og et led i patientens fastlåsning og fiksering i det paranoide mønster, og at det kunne skade patienten at understøtte ham i hans mønster ved atter at give ham aktindsigt, da han allerede havde det omtalte journalmateriale i sin omfattende samling af papirer.

Det var nævnets vurdering, at der ikke forelå afgørende behandlingsmæssige hensyn, som talte imod at give patienten aktindsigt, idet han ikke længere var i behandling hos lægen. Det var endvidere nævnets opfattelse, at lægen på tidspunktet for sine afslag på patientens anmodninger om aktindsigt ikke havde et kendskab til hans aktuelle psykiske tilstand, da han ikke længere var patient hos ham.

Nævnet fandt på denne baggrund, at lægen ikke var berettiget til at afslå anmodningerne om aktindsigt den 14. december 2004 og den 31. januar 2005, idet han ifølge lovgivningen var forpligtet til at udlevere kopi eller afskrift af journalen til patienten, også selvom der tidligere var givet aktindsigt i det samme materiale.

3. KLAGER OVER SPINALHOVEDPINE

Patientklagenævnet har i december 2007 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende klager i forbindelse med rygmarsbedøvelse. Sammenfatningen omfatter afgørelser af klager truffet i perioden 2003 – 2007. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 9, som handler om klager over spinalhovedpine.

3.1. Indledning

Det kan indledningsvis oplyses, at spinalhovedpine i efterforløbet af en rygbedøvelse forekommer hos 1-5 % af de patienter, som har fået anlagt epiduralkateter. Hos hovedparten af disse patienter skyldes hovedpinen en utilsigtet punktur af den hårde hjernehinde, som afgrænser rygmarsven og rygmarsvæsken.

Det kan endvidere oplyses, at det oftest skyldes en hændelig komplikation til anlæggelsen, at der efterfølgende opstår hovedpine.

3.2. Konkret afgørelse

Følgende afgørelse belyser nævnets praksis vedrørende spinalhovedpine.

Sag 10 Klage over hovedpine i forbindelse med rygmarsbedøvelse (0342111P)

En 31-årig kvinde fik indsat en knæprotese i højre knæled. Indgrebet blev udført i kombineret spinalepiduralbedøvelse, således at epiduralkateteret skulle blive siddende med henblik på postoperativ smertebehandling.

Kort tid efter operationen fik patienten hovedpine, som var værst i siddende stilling, mens der var nogen lindring i liggende stilling.

Den følgende dag havde patienten fortsat hovedpine, og det blev vurderet, at der kunne være tale om spinalhovedpine, og der blev anbefalet fortsat smertebehandling via epiduralkateteret samt rigeligt med væske, Kodein og fladt sengeleje. Patienten ønskede imidlertid at få fjernet epiduralkateteret.

Patienten fik samme aften anlagt en blood patch, som havde god effekt på hovedpinen.

Der blev klaget over, at patienten efter operation i rygmarsbedøvelse udviklede kraftig hovedpine, og at hun først fik anlagt blood patch 1½ døgn efter.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet bedøvelsen og den efterfølgende primært konservative behandling af patientens hovedpine var i overensstemmelse med normen for almindelig faglig standard.

Nævnet oplyste, at der ved en spinalbedøvelse er risiko for, at der efter operationen kan opstå en såkaldt spinalhovedpine. Årsagen antages at være, at der gennem det fremkaldte hul i den hårde hjernehinde kan ske en lækage af rygmarsvæsken. Derved kan væsketrykket omkring rygmarsven og hjernen falde, hvilket kan fremkalde hovedpine. En mulig behandling af spinalhovedpine er at forsøge at lukke det opståede hul i den hårde rygmarsshinde ved at indsprøjte noget af patientens eget blod i epiduralrummet (en såkaldt epidural blood patch), idet der dannes et blodkoagel, som lukker hullet.

Nævnet oplyste endvidere, at det anses for karakteristisk for spinalhovedpine, at den forsvinder, når patienten ligger ned.

Nævnet oplyste endeligt, at spinalhovedpine kan være voldsomt generende for patienten, men i mange tilfælde er spontant forbigående med en varighed på højst 4-5 dage. Konservativ behandling af spinalhovedpine, bestående i sengeleje, rigelig væskeindgift og smertestillende stærk medicin, er derfor sædvane på mange anæstesiaafdelinger.

4. KLAGER OVER DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF MENINGITIS HOS BØRN

Patientklagenævnet har i december 2007 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende klager i forbindelse med meningitis. Sammenfatningen omfatter afgørelser af klager truffet i perioden 2000 – 2007. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 5, som handler om klager over diagnostik og behandling af meningitis hos børn.

4.1. Indledning

Diagnosticering af meningitis hos børn er mere kompliceret end hos voksne, og særligt er det vanskeligt at diagnosticere sygdomme hos mindre børn og spædbørn fra 0 til 1 år.

Der er flere årsager til dette. Helt små børn kan ikke give udtryk for symptomer som hovedpine, smerter i ører, hals og mave, ligesom deres symptomer er vage og uspecifikke. Derfor kan sygdomsbilledet ofte ikke klarlægges.

Derudover er infektionssygdomme med feber af forskellig art særligt hyppigt forekommende i barnealderen. Oftest er der tale om godartede tilstande, som går over af sig selv.

Spædbørn på under et år kan have meningitis uden at være nakke- og rygstive, hvorfor dette ellers meget karakteristiske tegn på meningitis ikke er anvendeligt ved diagnostik hos spædbørn.

På denne baggrund er undersøgelsen af børns almentilstand særlig vigtig. Den almene tilstand karakteriseres ved graden af påvirkning af kroppen som helhed, herunder niveauet af bevidsthed og kontaktbarhed ved tale og øjenkontakt, indtagelse af væske og føde, hudens farve, temperatur, kroppens muskelkraft eller slaphed, aktivitet og interesse i omgivelserne og øget vejrtrækningsfrekvens.

For helt små børn kan det bløde punkt på barnets kranie, den såkaldte fontanelle, blive spændt, hvilket kan være tegn på, at der er et forhøjet tryk i kraniet. Det øgede tryk kan skyldes øget væske i hjernen på grund af betændelse i hjernebinderne, en byld eller en hjerneblødning. Dog kan dehydrering på grund af opkast eller feber gøre fontanelen indsunket og dermed sløre det kliniske billede af trykket i kraniet.

Det er særligt vanskeligt at vurdere almentilstanden for spædbørn under 3 måneder, idet deres symptomer er meget vage og uspecifikke. Spædbørn under 3 måneder har antistoffer fra moderen, som beskytter mod de hyppigste infektionssygdomme. For disse børn kan selv en moderat temperaturforhøjelse være tegn på en bakteriel og muligvis alvorlig, akut infektionssygdom.

Spædbørn under 3 måneder har sjældent symptomer som feber og opkastninger, hvorfor der bør reageres hurtigere over for enkelte symptomer eller påvirket almentilstand.

På baggrund af ovenstående er det nævnets praksis, at akut syge børn og børn med feber bør ses af en læge, og dette er særligt påkrævet i barnets første leveår, hvor barnet bør tilses på vide indikationer. Derudover er det nævnets praksis, at spædbørn i de første levemåneder i vidt omfang og på vide indikationer bør henvises til vurdering på en pædiatrisk afdeling, herunder såfremt der opstår sløv- eller slaphed, grålig kulør, spisevægring eller opkastninger.

Der er forskellige opfattelser af, i hvilket omfang læger bør ordinere febernedsettende medicin, for eksempel indeholdende paracetamol til mindre børn og spædbørn. Paracetamol bruges meget hyppigt som lindrende behandling, også ved febrile tilstande. Fordelen ved febernedsettelsen og den milde smertelindring er en generel lindring af barnets tilstand. Problemet med febernedsettelsen er, at den hos små børn kan sløre et sygdomsbillede, således at symptomerne fremtræder mindre alvorlige. Samtidig forringes observationsmulighederne, hvilket er særligt problematisk, idet små febrile børn i forvejen er vanskelige at vurdere. Samlet set kan det således betyde en sværere og udsat diagnosticering af en alvorlig sygdom som meningitis.

Det er nævnets praksis, at der bør udvises tilbageholdenhed med ordination af febernedsettende medicin til børn, og at der alene bør gives febernedsettende medicin til børn under 1 år på baggrund af ordination fra en læge, der har tilset barnet. Der er endvidere sjældent grundlag for at give børn under 3 måneder febernedsettende medicin.

Febernedsettende medicin kan gives i tilfælde med feber og smerter i for eksempel ører eller hals, men der bør ikke gives børn febernedsettende medicin, hvis de samtidig har en påvirket almentilstand.

Har lægen vurderet, at der er tale om en almindelig influenza eller lignende, er det nævnets praksis, at denne vurdering bør ledsages af information til forældrene om, at de skal henvende sig til læge ved forværring af barnets tilstand. Lægen bør give oplysning om, hvilke forhold og symptomer forældrene skal være særligt opmærksomme på.

Fortsatte symptomer og manglende bedring trods en behandling skal foranledige en læge til at foretage yderligere undersøgelser af barnet for at afklare årsagen. Det er nævnets praksis, at

der ikke bør indstilles en behandling med for eksempel penicillin, hvis diagnosen er uafklaret, idet lægen bør foretages en ny undersøgelse af barnet inden indstilling af behandlingen.

4.2. Klager vedrørende praktiserende læger og vagtlæger

4.2.1. Sager med kritik

Nedenfor følger afgørelser, hvor nævnet har udtalt kritik. Der er primært tale om afgørelser, hvor en læge burde have tilset barnet eller burde have foretaget yderligere undersøgelser på baggrund af symptomer og forløb.

Sag 11 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse af og ordination af Panodil til et 5 uger gammelt barn (0234403A)

Forældrene til et barn på 5 uger kontaktede lægevagten, da barnet havde feber, havde udslæt, var klagende, sløv og svær at kontakte. Vagtlægen vurderede, at barnet havde en virusinfektion og ordinerede smertestillende behandling. Senere på dagen kontaktede forældrene atter lægevagten, der foranledigede akut indlæggelse. Under indlæggelsen blev det konstateret, at barnet havde meningitis. Barnet fik gentagne krampeanfald, vejrtrækningsproblemer og afgik ved døden.

Der blev klaget over, at vagtlægen ikke undersøgte og behandlede barnet korrekt, herunder at han ordinerede Panodil.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægens behandling af barnet, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen burde have indlagt barnet samt undladt ordinationen af Panodil.

Nævnet lagde vægt på, at høj feber og sløvhed ikke er almindelige symptomer for spædbørn, og at feber ledsaget af udslæt altid skal medføre overvejelser om en behandlingskrævende infektion.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at vagtlægen ordinerede Panodil til et barn på 5 uger med høj feber og udslæt og ikke foranledigede indlæggelse.

Sag 12 Klage over manglende aflæggelse af sygebesøg hos et 5 uger gammelt barn (0233119A)

Et barn på 5 uger havde 39 grader i feber og havde kastet op. Moderen kontaktede lægevagten, der på dette grundlag ikke fandt det nødvendigt at aflægge sygebesøg.

Der blev blandt andet klaget over, at der ikke blev iværksat undersøgelser på baggrund af henvendelsen.

Nævnet fandt grundlag for kritik af vagtlægen, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen ikke foretog en undersøgelse af barnet.

Nævnet lagde vægt på, at spædbørn med feber bør undersøges på meget vide indikationer også uden, at der foreligger andre sygdomstegn end feber.

Sag 13 Klage over undersøgelse af 2-årig pige med meningitis (0235626A)

En 2-årig pige blev den 22. november 2001 sat i behandling for mellemørebetændelse med antibiotika, og den 26. november 2001 fik hun punkteret venstre trommehinde samt fik yderligere behandling med antibiotika.

Den 4. december 2001 blev pigen undersøgt af sin praktiserende læge, som vurderede, at man skulle se tiden an. Den 6. december 2001 var pigens tilstand forværret, og efter undersøgelse hos den praktiserende læge blev hun indlagt akut på en børneafdeling. Undersøgelser viste, at pigen havde meningitis forårsaget af streptokokker.

Der blev blandt andet klaget over, at den praktiserende læge ikke foretog en tilstrækkelig behandling, undersøgelse eller diagnosticering af pigens symptomer den 4. december 2001, herunder ikke henviste pigen til indlæggelse på et sygehus eller tog blodprøver.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den praktiserende læge, idet det var nævnets opfattelse, at den praktiserende læge burde have foretaget en yderligere undersøgelse af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at den praktiserende læge burde have handlet aktivt for at belyse spørgsmålet om tilstandens karakter og mulige alvor. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at der forelå et sygdomsbillede, som var uklart, men præget af et 2-årigt barn med høj feber på anden uge, opkastninger og udslæt, og som på trods af 2 penicillinkure ikke var i bedring. Nævnet lagde endelig vægt på, at den tidligere påviste mellemøreinfektion gjorde det ekstra påkrævet, at lægen var opmærksom på eventuel spredning til blodbanen eller hjernehindrene.

Sag 14 Klage over at praktiserende læge overså tegn på meningitis hos et 5 måneder gammelt barn (0551907A)

En pige på 5 måneder havde været syg i 4 dage med feber op til 40 grader og opkastninger. Den 5. juli 2004 henvendte pigens mor sig derfor til den praktiserende læge med hende. Lægen fandt ikke tegn på specifik infektion i lunger, ører eller hjernebinder. Der blev ikke fundet positive tegn på meningitis. På grund af forhøjede infektionsparametre iværksatte lægen dog behandling med penicillin.

Den 9. juli 2004 henvendte moderen sig telefonisk til den praktiserende læge, og hun oplyste ved den lejlighed, at datteren ikke længere kastede op og var i stand til at drikke. Temperaturen var faldet. Lægen meddelte, at behandlingen med penicillin kunne ophøre. Moderen oplyste videre, at hun havde lagt mærke til, at det bløde punkt svarende til kraniet (fontanelen) var hævet, hvilket lægen fandt uden betydning. Der blev aftalt en konsultation 3 dage senere.

Den 11. juli 2004 blev barnet indlagt med meningitis forårsaget af pneumokokker, og hun afgik ved døden den 14. juli 2004.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke foretog en korrekt behandling af barnet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen for hans behandling af barnet, idet det var nævnets opfattelse, at den praktiserende læge ikke burde have indstillet behandlingen med penicillin uden fornyet undersøgelse.

Nævnet lagde vægt på, at moderens oplysning om en spændt fontanelle sammenholdt med den fortsatte feber, den uafklarede diagnose, blodprøverne og forældrenes usikkerhed burde have ført til en fornyet undersøgelse af barnet. Nævnet bemærkede i den forbindelse, at lægen havde påbegyndt en penicillinbehandling på et 5 måneder gammelt barn uden en sikker indikation. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at lægen indstillede behandlingen i en telefonsamtale uden en ny undersøgelse, selvom barnet fortsat havde feber og en spændt fontanelle.

Sag 15 Klage over vagtlæges manglende undersøgelse af pige på 5 år (0657630P)

En pige på 5 år havde haft høj feber et par dage og blev undersøgt i lægevagten den 2. oktober 2005. Vagtlæge A vurderede ud fra pigens symptomer, at der ikke var tegn på meningitis.

Dagen efter henvendte pigens mor sig telefonisk på ny til lægevagten med oplysning om, at pigen nu tillige havde opkastninger samt en temperatur på 39,7 grader. Vagtlæge B

fandt ikke grundlag for at foretage en klinisk undersøgelse af pigen, og han oplyste moderen om, hvilke forhold, der skulle observeres, samt at hun skulle henvende sig på ny, hvis pigens tilstand blev forværret.

Dagen efter blev pigen indlagt på en børneafdeling, og en undersøgelse af hendes rygmarvsvæske viste tegn på meningitis.

Der blev alene klaget over vagtlæge B's behandling den 3. oktober 2005.

Nævnet fandt grundlag for at udtale kritik af vagtlæge B, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen burde have henvist barnet til en klinisk undersøgelse.

Nævnet lagde vægt på, at et barn på 5 år med høj feber, nakke- og rygsmerter, og som noget nyt opkastninger både kan fejle noget almindeligt som influenza og noget mere alvorligt og behandlingskrævende. Oplysning om, at et sådant barn kan bøje hovedet eller dreje nakken frit, bør tages med forbehold og udelukker ikke, at der kan være tale om alvorlig sygdom.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at mindre børn som en klar hovedregel bør ses i sådanne tilfælde, og at dette også var tilfældet med en 5-årig pige med det beskrevne forløb.

4.2.2. Sager uden kritik

I de afgørelser, hvor Patientklagenævnet ikke fandt grundlag for at udtale kritik af lægen, har der primært været tale om tilfælde, hvor børn ikke havde symptomer, der var specifikke for meningitis, og hvor lægen samtidig foretog en relevant undersøgelse af symptomerne og almentilstanden uden at stille diagnosen meningitis.

Sag 16 Klage over vagtlæges og ørelæges manglende diagnosticering af meningitis (08F009P)

Et 1-årigt barn var den 13. september 2005 sat i behandling med penicillin for mellemørebetændelse. To dage efter kontaktede barnets mor sin praktiserende læge, idet barnets tilstand var forværret. Lægen henviste til en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme, hvor barnet fik en tid den 16. september 2005.

Barnets moder henvendte sig imidlertid om natten til den 16. september 2005 til en vagtlæge, idet barnet igen havde fået feber trods behandlingen for øreinfektionen samt havde opkastninger og tynd mave. Vagtlægen aflagde et besøg samme nat og vurderede, at der var tale om en virusinfektion.

Den 16. september 2005 om formiddagen blev barnet set i konsultationen hos speciallægen i øre-, næse- og halssygdomme. Moderen oplyste om barnets feber på 39 grader, og at hun var bekymret for meningitis. Speciallægen vurderede på baggrund af sin undersøgelse, at barnet ikke havde infektion i ører, næse eller hals eller havde symptomer på meningitis. Speciallægen oplyste, at den påbegyndte penicillinbehandling skulle fortsætte, at barnet skulle have rigeligt med væske, samt at egen læge eller lægevagt skulle kontaktes ved en forværring i barnets tilstand.

Den 17. september 2005 kontaktede moderen lægevagten, der indlagde barnet akut, idet barnet var slapt, blegt, nakke- og rygstiv samt havde petekkier.

Der blev blandt andet klaget over den første vagtlæges og speciallægens manglende diagnosticering af meningitis.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlægens eller speciallægens diagnosticering, idet det var nævnets opfattelse, at der ikke var symptomer på akut, alvorlig sygdom på tidspunktet for lægens undersøgelse.

Nævnet lagde vægt på, at barnet ved vagtlægens besøg havde en upåvirket almentilstand, og at der ikke var tegn på nakke- og rygstivhed. Vagtlægen fik oplysning om den påbegyndte penicillinbehandling og fandt ved sin undersøgelse af ører, lunger og hals, at der ikke var tegn på alvorlig infektion. Nævnet lagde således vægt på, at barnet ikke frembød symptomer, der gav særlig mistanke om meningitis.

Nævnet lagde videre vægt på, at barnet ved speciallægens undersøgelse havde en god almentilstand samt pæne farver. Nævnet lagde endvidere vægt på, at speciallægen foretog undersøgelser, der viste fri respiration og ingen tegn på akut betændelse i ørerne. Speciallægen undersøgte endvidere barnets mundhule, svælg og strubelåg og undersøgte hele barnets krop for petekkier, og alt blev fundet normalt. Der blev endvidere ikke fundet nakke- og rygstivhed.

Nævnet lagde således vægt på, at speciallægen foretog relevante undersøgelser og ikke fandt symptomer, der tydede på meningitis.

Sag 17 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse af 8 måneder gammelt barn (0020214A)

En dreng på 8 måneder havde haft tynd mave i 2-3 dage og fik en aften temperaturstigning til 40,7 grader ligesom han blev påfaldende bleg og sløv. Drengen blev undersøgt af vagtlægen om aftenen i konsultationen, der opfattede drengen som vågen uden at virke sløv, med normal hudfarve og uden udslæt. Vagtlægen undersøgte drengens ører, hjerte og lunger, der viste normale forhold. På grund af drengens feber undersøgte vagtlægen for nakke- og rygstivhed, hvilket der ikke var tegn på. Vagtlægen

fandt rødme i svælget og vurderede, at der var tale om en virusinfektion med rød hals og feber, og han rådgav forældrene om observation, væske samt henvendelse til læge ved forværring af drengens tilstand.

Næste morgen var drengen meget slap og havde udviklet udslæt på brystkassen, hvorefter hans vejrtrækning og puls forsvandt. Trods genoplivningsforsøg og behandling for mistænkt meningokoksygdom i ambulancen afgik drengen ved døden samme morgen.

En obduktion viste, at dødsårsagen sandsynligvis var blodforgiftning med meningokokbakterier.

Der blev klaget over, at vagtlægen foretog en mangelfuld undersøgelse af drengen, herunder ikke foretog temperaturmåling.

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik af vagtlægen, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen havde foretaget tilstrækkelige og relevante undersøgelser, og idet drengens symptomer og den kun lettere påvirkning af almentilstanden ved vagtlægens undersøgelse ikke burde have givet mistanke om mere alvorlig sygdom.

Nævnet lagde vægt på, at vagtlægen havde foretaget relevante undersøgelser og havde rådgivet forældrene om observation af drengen og om ny lægekontakt ved forværring. Med hensyn til temperaturmåling lagde nævnet vægt på, at vagtlægen konstaterede, at drengen var varm, og at han havde lagt forældrenes oplysninger om høj feber til grund. Det blev således ikke kritiseret, at vagtlægen ikke selv havde foretaget temperaturmåling.

Sag 18 Klage over manglende diagnosticering af meningitis hos 14 måneder gammelt barn (0235405A)

Den 16. december 2001 henvendte en moder sig til vagtlægen med sin 14 måneder gamle søn, der havde høj feber og hostede. Drengen havde symptomer fra de øvre luftveje med slimsekretion og hoste samt måske ondt i ørerne. Grundet rødme af højre trommehinde blev der ordineret penicillin. Den 17. december 2001 henvendte moderen sig telefonisk til egen læge om drengen, og læge A aflagde et sygebesøg i hjemmet. Lægen fandt drengen velhydreret, med normal vejrtrækning og med let rødmen på den ene trommehinde. Lægen stoppede penicillinbehandlingen på grund af diarré hos drengen og tilrådede, at moderen kontaktede en læge igen, hvis tilstanden blev forværret.

Den 18. december kl. 00.45 blev drengen undersøgt af vagtlæge B, der vurderede, at drengen var lidt mat og varm men noterede i øvrigt upåfaldende forhold ved

undersøgelse af drengen. Vagtlægen tilrådede væske, Panodil og kontrol hos egen læge samme morgen.

Den 19. december 2001 henvendte moderen sig igen telefonisk til egen læge, og der blev aftalt tid til fremmøde i konsultationen. En anden læge fra lægehuset indlagde drengen på en børneafdeling. Selvom intensiv behandling på børneafdelingen straks blev iværksat, afgik drengen ved døden 3 dage senere på grund af meningitis forårsaget af pneumokokker.

Der blev klaget over, at praktiserende læge A og vagtlæge B ikke undersøgte og behandlede drengen tilstrækkeligt.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik af den praktiserende læge for hans behandling den 17. december 2001, idet det var nævnets opfattelse, at lægen foretog relevante undersøgelser af patienten, der ikke udviste symptomer på akut, behandlingskrævende sygdom.

Nævnet lagde vægt på, at den praktiserende læge ved sygebesøget fik oplyst, at drengen havde høj feber og diarré, og at han stoppede denne behandling, da han vurderede, at penicillinen kunne være årsag til diarréen. Nævnet lagde videre vægt på, at den praktiserende læge tilrådede at kontakte læge igen, hvis der ikke var bedring i tilstanden.

Nævnet fandt desuden ikke grundlag for at kritisere vagtlægens behandling den 18. december 2001, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen foretog en relevant undersøgelse og rådgivning.

Nævnet lagde vægt på, at vagtlægen fandt drengen lidt mat og varm, men at der i øvrigt var upåfaldende forhold ved undersøgelse af ører, hjerte og lunger. Videre lagde nævnet vægt på, at patientens mave blev fundet blød, og at der ikke var nakke- og rygstivhed. Nævnet lagde endvidere vægt på, at vagtlægen tilrådede afklædning, væske, Panodil samt kontrol hos læge samme morgen.

4.3. Klager vedrørende læger på sygehuse

4.3.1. Sager med kritik

Sag 19 Klage over læges manglende diagnosticering af blodforgiftning med meningokokbakterier (0016206A)

En 5-årig pige havde høj feber, var sløv og havde ondt i nakken, hvorfor hun blev indlagt til observation på et sundhedscenter, hvor der var sygeplejersker men ingen læger. Pigen blev løbende vurderet af en læge via telefoniske oplysninger fra

personalet. Hun blev vurderet som ikke nakke- eller rygstiv og var klar i bevidstheden, men udviklede i løbet af indlæggelsesdøgnet petekkier. En læge vurderede telefonisk på baggrund af oplysninger om pigens tilstand, at der var tale om en allergisk reaktion i blodkarrene på grund af streptokokinfektion eller allergi, og lægen foranstaltede en undersøgelse af blod i urinen, der viste blod i urinen. Herefter blev petekkierne flere og større med væskeansamlinger, og hun fik ondt i leddene. Om natten havde hun opkastninger og var konfus men vågen og drak væske. Samme nat afgik hun ved døden. Det blev efterfølgende konstateret, at hun døde af blodforgiftning.

Der blev klaget over, at diagnosen blodforgiftning med meningokokbakterier ikke blev stillet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere lægen, idet det var nævnets opfattelse, at lægen burde have mistænkt meningitis på baggrund af patientens symptomer.

Nævnet lagde vægt på, at lægens diagnose om en allergisk reaktion godt kunne være relevant ud fra de foreliggende symptomer, men at forekomst af petekkier hos et højfebrilt barn mere relevant burde have ført til overvejelser om blodforgiftning med meningokokbakterier med følgende klar indikation for behandling med penicillin. Nævnet udtalte, at petekkier hos en tidligere rask person med feber bør mistænkes for blodforgiftning med meningokokbakterier, uanset alder, og at behandling med penicillin straks skal iværksættes.

Nævnet lagde videre vægt på, at der burde have været iværksat behandling for blodforgiftning i stedet for, at der var fokus på en sjælden og almindeligvis ikke livstruende lidelse som allergisk reaktion i blodbanen.

4.3.2. Sager uden kritik

Sag 20 Klage over fokus på infektion hos barn med hjerneskade (0551216P)

En pige på 7½ måned havde en hjerneskade og var tidligere blevet hjerteopereret. Pigen blev indlagt den 15. maj 2002 på grund af slappe muskler, dårlig kontaktbarhed og feber. Dagen efter havde pigen åndedrætsbesvær og blå tunge, selvom iltindholdet i blodet var normalt. Lægen ordinerede ilt til pigen og en røntgenundersøgelse af brystkassen. På grund af mistanke om en infektion blev der foretaget blodprøver, foretaget en sammenbøjning af pigen for at iagttage reflekser samt foretaget en undersøgelse for nakke- og rygstivhed. Der blev endvidere foretaget en rygmarvsprøve. Under foretagelsen af rygmarvsprøven fik pigen hjertestop, og trods genoplivningsforsøg og intensiv behandling afgik hun ved døden samme dag den 16. maj 2002.

Obduktionen viste ikke tegn på infektion, men tegn på inhalering af føde i luftvejene.

Der blev blandt andet klaget over, at det ikke blev opdaget, at pigen havde rester af føde i lungerne, samt at pigen blev bøjet sammen trods hendes vejrtrækningsbesvær.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de sygeplejersker, der var involveret i behandlingen af patienten, idet det var nævnets opfattelse, at sygeplejerskerne havde foretaget relevant observation og pleje af patienten.

Videre fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere den overlæge, der behandlede patienten, idet det var nævnets opfattelse, at det var relevant, at overlægen mistænkte en infektion på baggrund af patientens symptomer.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at børn i 1-års alderen kan have meningitis, selvom de ikke er nakke- og rygstive. Videre lagde nævnet vægt på, at patienten på grund af nedsat funktionsniveau på grund af en hjerneskade var vanskelig at bedømme, og at en hjerteoperation to måneder tidligere gjorde situationen yderligere vanskelig. Nævnet lagde hertil vægt på, at det var relevant, at overlægen foretog undersøgelser, herunder dyrkning af blodprøver og foretagelse af rygmarsprøve, i videre udstrækning end man sædvanligvis gør hos andre børn, for at opnå en god vurdering. Endelig lagde nævnet vægt på, at sammenbøjningen af pigen var begrundet i undersøgelsesmetoden Kernigs symptom, som i tilfælde af meningitis er en smertebetinget reflektorisk modstand mod udretning af knæet, når benet holdes stærkt bøjet i hoften.

Sag 21 Klage over behandling af meningitis og manglende vaccination (0763929P)

En 4-årig dreng blev i februar 2004 indlagt og behandlet for meningitis forårsaget af pneumokokbakterier. I forbindelse med indlæggelsen blev han undersøgt af en ørelæge, der fandt, at infektionen ikke stammede fra ørerne, og ved en efterfølgende undersøgelse blev hørelsen og de neurologiske forhold fundet normale.

I december 2005 fik patienten hoste, halssmerter, hovedpine og en enkelt opkastning. En vagtlæge konstaterede alene mellemørebetændelse, men patienten blev indlagt akut senere samme dag på grund af kramper. Patientens tilstand blev hurtigt forværret, og der opstod væskeansamling i hjernen med afklemning af hjernestammen. Hans tilstand blev vurderet som udsigtsløs, og han afgik ved døden som følge af meningitis dagen efter indlæggelsen.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling af meningitis i februar og marts 2004, herunder at det ikke blev overvejet at vaccinere ham mod meningitis efter behandlingen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandlingen for meningitis, eller at der ikke blev tilbudt vaccination mod meningitis efter behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at der ved indlæggelsen blev foretaget en rygmarsprøve og fundet pneumokokbakterier, samt at der blev givet relevant behandling herfor. Der blev endvidere foretaget en CT-skanning af hjernen, som viste normale forhold. Lægen planlagde derudover neurologisk opfølgning, EEG-undersøgelse af hjernen og en høreundersøgelse hos egen læge.

Endvidere lagde nævnet vægt på, at en ørelæge fandt normale trommehinder uden tegn på betændelse, og at lægen noterede, at pneumokokinfektionen ikke stammede fra en lidelse i mellemøret.

Med hensyn til manglende tilbud om vaccination lagde nævnet vægt på, at det ikke var dokumenteret, at infektionen skulle stamme fra ørerne, og at der ikke var erkendt en malformation af ørerne. Nævnet lagde endvidere vægt på, at vejledningen fra 2003 fra Dansk Pædiatrisk Selskab om pneumokokvacciner ikke indeholder en absolut indikation for vaccine af børn med tidligere invasiv pneumokokinfektion eller malformation af øret, idet det alene fremgår, at man kan overveje at vaccinere. Nævnet fandt på denne baggrund ikke grundlag for at kritisere, at patienten ikke var blevet tilbudt en vaccine.

5. KLAGER OVER UNDERSØGELSE AF HJERTETS KRANSPULSÅRER (KAG) OG OVER BALLONBEHANDLING (PCI)

Patientklagenævnet har i december 2007 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende klager i forbindelse med hjertesygdomme. Sammenfatningen omfatter afgørelser af klager truffet i perioden 2003 – 2007. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 4, som handler om klager over undersøgelse af hjertets kranspulsårer (KAG) og over ballonbehandling (PCI).

5.1. Indikation for udførelse af KAG

KAG er en undersøgelse af hjertets kranspulsårer, som har til formål at afsløre behandlingskrævende forsnævringer på kranspulsårerne. En forsnævring består bl.a. af kolesterolaflejringer, bindevæv og plakdannelse. Lejlighedsvis vil der samtidig blive foretaget en kontrastundersøgelse af venstre hjertekammers pumpekraft (ventrikulografi).

KAG-undersøgelser bliver udført hos 1) patienter med anstrengelsesudløste hjertekramper (typisk stabil angina pectoris), 2) patienter med mindsket blodforsyning til hjertet efter en blodprop (postinfarkt iskæmi), 3) patienter med svære hvilesmerter (ustabil angina), 4) patienter med non-ST-elevationsinfarkt (non-STEMI) og 5) patienter med ST-elevationsinfarkt (STEMI).

Non-STEMI er betegnelsen for patienter, som har en blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt), der er dokumenteret ved definitiv stigning i CKMB (enzym) og troponin I eller T (markører) i blodet. Patienten har ikke ST-elevation i elektrokardiogrammet, men derimod enten ST-depression eller negativisering af T-takkerne, eller i nogle tilfælde slet ingen ændringer i elektrokardiogrammet men alligevel troponin-stigning. Patienter, som indlægges med non-STEMI, har oftest en trombose i en koronararterie, som ikke er lukket fuldstændigt til. Patienter med non-STEMI bør have foretaget KAG indenfor 1-2 uger efter sygdomsdebut.

ST-elevationsinfarkt (STEMI) er defineret ved kliniske symptomer på en blodprop i hjertet og typisk ST-elevation i elektrokardiogrammet. Sådanne patienter bør snarest muligt have foretaget KAG med henblik på eventuel akut ballonbehandling.

5.1.1. Konkret afgørelse

Nedenstående afgørelse viser, at en KAG-undersøgelse generelt ikke bør foretages på patienter med feber, med mindre patientens samlede kliniske tilstand fordrer dette.

Sag 22 Klage over manglende udførelse af en KAG-undersøgelse (0655814P)

En 63-årig mand, der tidligere havde haft en blodprop i hjertet, blev indlagt på et sygehus med et ildebefindende, der blev vurderet som værende forårsaget af hurtig hjerterytme. Han blev overflyttet til et andet sygehus, hvor det blev vurderet, at tilstanden skyldtes en mindre blodprop i hjertet. Der blev bestilt en kranspulsåreundersøgelse til udførelse på et tredje sygehus, men overflytningen blev udsat på grund af, at patienten havde feber som følge af en stafylokokinfektion, som blev behandlet med antibiotika. Herefter fik han forstyrrelse af hjerterytmen, der blev behandlet med medicin og tre dage senere var hjerterytmen igen normal. Om natten fik han dog brystmerter og blev overflyttet til det tredje sygehus, hvor han afgik ved døden.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling på de to første sygehuse.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne på det første sygehus. Nævnet lagde herved vægt på, at patientens blodprøvesvar med let forhøjede markører for henfald af hjertemuskelvæv typisk ses ved mindre blodpropper i hjertet, men også kan ses ved andre hjertepåvirkninger, herunder visse tilfælde af meget hurtig hjerterytme, ofte med ledsagende besvimelsestilfælde eller ved sygdomsforløb med en kombination af mindre blodpropper i hjertet og meget hurtig hjerterytme. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det rent praktisk kan være vanskeligt med 100 % sikkerhed at afgøre, om det er det ene eller det andet forløb, der er det "rigtige".

Nævnet fandt videre ikke grundlag for at kritisere lægerne på det andet sygehus. Nævnet lagde herved vægt på, at det var relevant at give en henvisning til det tredje sygehus, hvor der var laboratoriefaciliteter til at foretage KAG. Nævnet lagde videre vægt på, at det var relevant at stille overflytningen i bero, idet en KAG ikke bør foretages på patienter med feber, med mindre patientens samlede situation fordrer dette. På det tidspunkt, hvor det blev bestemt at udsætte overflyttelsen til det tredje sygehus, var patientens hjertestatus stabil, hvorfor det vigtigste var at få årsagen til temperaturforhøjelsen afdækket og efterfølgende få påbegyndt den relevante behandling.

5.2. Proceduren for udførelse af KAG

En KAG-undersøgelse foregår via i en pulsåre i lysken. Der lægges først lokalbedøvelse i huden over og omkring pulsåren i lysken. Efter få minutter virker bedøvelsen, og lægen kan

efterfølgende uden smerter for patienten føre en kanyle gennem huden og ind i pulsåren i lysken. Dernæst føres en tynd metalwire via kanylen ind i pulsåren, hvorefter der over metalwiren ”trådes” et tyndt, blødt plasticrør (sheat). Til slut fjernes metalwiren og sheat’en ligger herefter med den ene ende inde i pulsåren og den anden ende ude i det fri. Herefter indsprøjtes røntgenkontrast i kranspulsårerne gennem et kateter (sonde), der er ført op til hjerte via den lagte sheath.. Der foretages samtidigt røntgenoptagelse af hjertet, og billederne gemmes digitalt, således at man efterfølgende har den optimale mulighed for at kunne se, hvor de eventuelt forsnævrede steder er lokaliseret.

Det er normal og anerkendt faglig standard at forsøge gennemførelse af undersøgelse af hjertets kranspulsårer via armen, hvis det i forbindelse med tidligere undersøgelser har været vanskeligt at opnå optimale undersøgelses- og behandlingsbetingelser via lysken. Ved at benytte en arterie fra armen opnår man typisk nogle andre ”vinklinger” af de katetre, der benyttes til undersøgelsen. Dette vil i bedste fald resultere i, at katetret lettere kan stabiliseres, hvorved der opnås bedre undersøgelses- og behandlingsbetingelser. Man kan benytte en arterie ved håndleddet eller en arterie ved albuebøjningen. Det beror på den enkelte læges skøn, hvilken arterie, der foretrækkes ved undersøgelsen.

5.2.1. Konkrete afgørelser

Sag 23 Klage over, at der flere gange blev stukket forkert ved en KAG-undersøgelse (0553116P)

En 62-årig mand, der tidligere havde fået konstateret forsnævninger på henholdsvis højre og venstre kranspulsåre ved KAG-undersøgelser via lysken, hvor adgangsforholdene havde vist sig vanskelige, fik foretaget en ny KAG, hvor katetret blev indført via en arterie i albuebøjningens inderside i højre arm. Efter undersøgelsen var hans højre underarm hævet og øm med blødninger i huden. Der blev dog fundet god puls, og den komprimerende forbindelse blev fjernet. Ni dage senere henvendte han sig med tiltagende smerter, og der blev konstateret en forbindelse mellem arterien i albuebøjningens inderside og venesystemet samt en udposning på arterien.

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

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen. Nævnet lagde herved vægt på, at det var relevant at vælge en arterie i armen som adgangsvej til undersøgelse af hjertets kranspulsårer, og at komplikationerne ikke skyldtes manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved udførelsen af undersøgelsen.

5.3. Smerter og risici ved KAG

KAG foretages rutinemæssigt via punktur af pulsåren i højre lyske. Venstre lyske kan også anvendes, eksempelvis hvis pulsen på venstre side er lettere at føle sammenlignet med den højre. Uanset hvor omhyggelig og erfaren den undersøgende læge måtte være, kan der i forbindelse med lokalbedøvelse lejlighedsvis og utilsigtet ske det, at der kommer en eller flere punkturer af pulsåren i lysken. Ved siden af pulsåren i højre lyske ligger den store nerve, der forsyner højre ben. Denne nerve kan den undersøgende læge hverken se eller føle. Lægen kan derfor utilsigtet komme til at ramme nerven med kanylespidsen, ligesom bedøvelsen påvirker følefølelse såvel i højre lyske, som i højre ben nedenfor det sted, hvor bedøvelsen er anlagt. Der er desuden en risiko for, at der ved indføring af en kanyle kan sive blod ud fra pulsåren, som efterfølgende medvirker til dannelse af en blodansamling i højre lyske.

Det er ikke ualmindeligt, at man hos patienter, hvor man i øvrigt vurderer en KAG-undersøgelse som ukompliceret, må stikke flere gange for at ramme ind i åren. Det er heller ikke ualmindeligt, at nogle patienter til trods for korrekt anlagt lokalbedøvelse i tilstrækkelig mængde oplever smerteubehag ved indførelse af kateter i lysken. De almindeligste årsager til smerter opstået efter KAG er udvikling af en større blodansamling i relation til eller i de første timer efter indgrebet. En kendt, men mere sjælden årsag til smerter i højre lyske efter KAG, er uforvarende læsioner af den store nerve til benet, som ligger umiddelbart op ad åren. Smerterne er oftest udstrålende og giver føleforstyrrelser i benet, men kan også give forstyrrelser af den motoriske funktion af benet. I meget sjældne tilfælde er der patienter, som har uforklarede smerter i længere tid efter KAG. I de fleste tilfælde vil smerterne dog svinde på et eller andet tidspunkt.

Store blodansamlinger i lysken er en kendt komplikation i forbindelse med KAG, men komplikationen optræder i mindre end to procent af alle tilfælde, og oftest får patienterne ingen varige følger. Typisk er der ømhed i de første dage samt misfarvning af huden, og forandringerne kan holde sig i 3-4 uger. Hos nogle patienter kan man observere dannelse af små (ærte- til hasselnødstore), hårde knuder i underhuden over indstiksstedet. Disse svinder oftest med tiden, men kan hos enkelte patienter forblive.

Risikoen for komplikationer i forbindelse med KAG er større hos patienter, som i forvejen har dokumenterede forkalkninger i arterierne til benene sammenlignet med patienter, der ikke har forkalkninger. Blødningskomplikationer ved og omkring indstiksstedet er, som anført, en risiko ved KAG, mens alvorlige blødninger er sjældent optrædende. Hos patienter med forkalkninger i arterierne til benene er risikoen imidlertid større end hos gennemsnittet, idet karvæggene hos disse patienter er mere hårde, ”skøre”, slyngede og snævre sammenlignet med personer uden forkalkninger. Når der tidligere er foretaget forskellige rekonstruerende indgreb på arterierne i lysken, stiger risikoen for komplikationer endnu mere.

I forbindelse med KAG kan der svarende til det sted, hvor kanylen har ”prikket hul” på arterien i sjældne tilfælde udvikles et pseudoaneurisme (”udposning”). For patienten er konsekvensen, at det oftest vil gøre mere ondt ved indstiksstedet end vanligt. Ved tryk på huden over pseudoaneurismet vil patienten typisk give udtryk for stærke smerter og ved en stetoskopi over indstiksstedet, kan lægen typisk høre en ”susen”. Ved en ultralydsundersøgelse kan pseudoaneurismet bekræftes. I sjældne tilfælde er pseudoaneurismet af en sådan sværhedsgrad, at en mindre operation på arterien er påkrævet. En sådan operation foretages af en karkirurg.

En KAG kan også kompliceres ved, at det kateter, som er ført op til kranspulsåren, beskadiger denne, således at patienten i princippet udvikler et akut myokardieinfarkt i relation til KAG'en. Dette kan man forsøge at forhindre ved gennemførelse af en akut ballonbehandling (PCI) eller en akut bypassoperation (CABG). Under KAG kan der også ske det, at kateteret på vejen fra lysken og frem til hjertet ”løsriver” eventuelle forkalkninger fra aortas inderside. Disse kan føres med blodstrømmen rundt i kroppen og i uheldige tilfælde sætte sig som en ”blodprop” i blodkarrene til andre organer, eksempelvis hjernen. Forekomsten af disse svære komplikationer er sjældne (samlet under ½ promille). Endelig kan en KAG kompliceres ved, at patienten får kortvarigt hjertestop under proceduren. I langt de fleste af disse tilfælde kan den normale hjerterytme hurtigt genoprettes, uden at patienten får nogen varige mén.

5.3.1. Konkrete afgørelser

Sag 24 Klage over en KAG-undersøgelse (04F032P)

En 83-årig kvinde blev henvist til undersøgelse af hjertets kranspulsårer, idet hun havde fået tiltagende tyngende brystubehag med ledsagende åndenød. Da hun var i behandling med blodfortyndende medicin, blev medicinen midlertidigt seponeret, og blodets evne til at størkne blev kontrolleret, hvorefter der blev foretaget KAG. Der blev trykket på indstiksstedet i lysken i mindst 10 minutter efter, at kanylen var trukket ud, men der blev efterfølgende konstateret et blå mærke. Efter undersøgelsen blev der ordineret sengeleje i 3 timer for at forebygge blødning fra indstiksstedet. Dagen efter var det blå mærke mere spredt med en tilladelig ømhed, og da hun havde bemærket en vattet fornemmelse i højre ben, blev hun undersøgt, og der blev fundet normal bevægelighed samt nedsat følsomhed svarende til trykpåvirkning fra det blå mærke. Hun blev derfor opfordret til at søge egen læge eller sygehuset, hvis symptomerne ikke svandt.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling, idet der blev stukket forkert i lysken.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne. Nævnet lagde herved vægt på, at der forudgående på relevant vis var holdt pause med blodfortyndende medicin i 2-3

dage, og at det på relevant vis var sikret, at blodets fortyndingsgrad på selve undersøgelsesdagen var i korrekt niveau.

Sag 25 Klage over skade indtruffet i forbindelse med en KAG-undersøgelse (08F003P)

En 71-årig mand, der tidligere havde haft en blodprop i hjertet samt efterfølgende iltmangelgener, blev indlagt på et sygehus, idet han gennem 6 måneder havde haft anstrengelsesudløste brystmerter. Der blev fundet indikation for KAG samt en eventuel ballonudvidelse. KAG-undersøgelsen blev udført via pulsåren til det ene ben. En CT-scanning viste efterfølgende en stor blodansamling, formentlig udgående fra venstre lyske. Da han om aftenen blev yderligere smertepåvirket, og man fornemmede tiltagende spændthed svarende til blodansamlingen, blev der foretaget ny CT-scanning, der viste, at blodansamlingen var beliggende foran blæren mellem de lodrette bugmuskler og blæren. Der blev derfor foretaget udtømning af blodansamlingen i underhuden ved en karkirurg.

Der blev klaget over, at KAG-undersøgelsen ikke blev korrekt udført.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne. Nævnet lagde herved vægt på, at lægen på relevant vis supplerede KAG'en med en aortografi og således sikrede sig, at patienten blev færdigundersøgt, så en konklusion vedrørende den fremtidige behandling kunne drages. Nævnet lagde videre vægt på, at patientens smerter i området over skambenet ud fra sygehistorien mest sandsynligt kunne forklares ud fra den mistænkte blødning i bugregionen.

Sag 26 Klage over stærke smerter efter udførelse af en KAG-undersøgelse (0660126P)

En 73-årig kvinde, der havde fået foretaget en KAG-undersøgelse, klagede tre dage efter undersøgelsen over smerter fra indstiksstedet, og der blev fundet en større, ældre blodansamling i huden og en hård blodansamling i dybden. Der var ikke mistanke om blødning eller udposning på stedet, hvorfor der blev ordineret smertestillende medicin. Dagen efter blev der konstateret udtalt hævelse omkring indstiksstedet, og hun var forpint af smerter, hvorfor hun blev behandlet med væske og blodtransfusion. Hun blev overflyttet til karkirurgisk afdeling, hvor der blev konstateret tegn på en blodprop i hjertet og fald i blodplader.

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

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne. Nævnet lagde herved vægt på, at tegn på en ældre blodansamling ikke er usædvanligt efter indstik i lårpulsåren, og at en ældre blodansamling ikke indikerer, at der er en aktuel blødning eller udposning på

pulsåren. Det kan derimod være tegn på aktuel blødning eller udposning, hvis der konstateres en pulserende udfyldning i lysken eller hævelse af låret.

Nævnet lagde videre vægt på, at lægen ved det første tilsyn foretog en relevant undersøgelse, som ikke gav anledning til mistanke om aktuel blødning eller udposning på pulsåren, og at situationen først ved det næste tilsyn havde ændret sig således, at der på det tidspunkt var klare tegn på pågående blødning fra indstiksstedet med blodtryksfald og en stor hævelse i lysken.

6. KLAGE OVER MANGLENDE OPFØLGNING PÅ PRØVESVAR EFTER PATIENTENS UDSKRIVELSE

Patientklagenævnet har i maj 2007 afgjort en sag, hvor der blev klaget over, at der efter patientens udskrivelse ikke blev fulgt op på resultatet af en røntgenundersøgelse, som viste suspekterede forandringer.

6.1. Baggrund

Patientklagenævnet kan oplyse, at det er hyppigt forekommende, at vagthavende læger på de kliniske afdelinger foretager en foreløbig bedømmelse af røntgenbilleder. Disse læger er efter autorisationslovens § 17 (tidligere lægelovens § 6) ansvarlige for de kliniske beslutninger, der træffes på denne baggrund. Røntgenbillederne vurderes efterfølgende af lægerne på røntgenafdelingerne. Hvis den endelige bedømmelse af røntgenbillederne fra røntgenafdeling afviger fra den foreløbige bedømmelse, som klinikerne har foretaget, er det klinikernes ansvar at følge op på dette.

Det er endvidere den ledende overlægens ansvar at sikre, at der er retningslinier for opfølgning af prøvesvar, herunder opfølgning af svar på prøver fra udskrevne patienter.

Nævnet kan endvidere oplyse, at retningslinier for opfølgning af prøvesvar, herunder opfølgning af svar på prøver fra udskrevne patienter, kan sikres ved, at den læge, der får forelagt et prøvesvar til gennemsyn, signerer og daterer originalsvaret.

6.2. Konkret afgørelse

Patientklagenævnet tilkendegav i afgørelsen, at den overlæge, der udfærdigede epikrisen, burde have fulgt op på en røntgenundersøgelse, idet overlægen i forbindelse med sin udfærdigelse af epikrisen undlod at sikre sig, at den skriftlige røntgenbeskrivelse blev fremskaffet og omtalt i epikrisen. Dette på trods af, at overlægen inden udskrivelsen beskrev i journalen, at røntgenbilledet ikke var normalt.

Patientklagenævnet tilkendegav desuden, at det er hensigtsmæssigt, at den læge, der får forelagt undersøgelsesresultater til gennemsyn, signerer og daterer originalsvarene, og at der stilles krav herom i proceduren for opfølgning af undersøgelsesresultater i tilfælde, hvor patienterne er udskrevet.

Sag 27 Klage over manglende opfølgning på røntgenundersøgelse (0762012A)

En 62-årig kvinde blev den 21. juni 2004 indlagt akut på medicinsk afdeling, hvor der blev indledt antibiotisk behandling af urinvejsinfektion. Ved lytteundersøgelse af lungerne blev der fundet unormale forhold, hvorfor der den 25. juni 2004 blev foretaget en røntgenundersøgelse af brystkassen. Lørdag den 26. juni 2004 blev røntgenbillederne set af overlæge A, som vurderede, at de fundne forandringer ikke gav anledning til en ændret behandling. Den 27. juni 2004 blev patienten udskrevet af overlæge B. Overlæge A udfærdigede en epikrise vedrørende indlæggelsen.

Mandag den 28. juni 2004 blev røntgenbillederne beskrevet af en radiolog, som anbefalede yderligere udredning med CT-scanning af brystkassen og maven. Røntgenbeskrivelsen blev samme dag fremsendt til den medicinske afdeling.

I september 2004 blev patienten igen indlagt, og de foretagne undersøgelser viste, at hun havde lungecancer med metastaser.

Der blev klaget over, at flere læger på røntgenbillederne overså tydelige tegn på lungekræft i højre lunge i forbindelse med indlæggelsen i juni 2004.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlæge A i forbindelse med opfølgning på røntgenundersøgelsen den 25. juni 2004, idet overlægen i forbindelse med sin udfærdigelse af epikrisen undlod at sikre sig, at den skriftlige røntgenbeskrivelse blev fremskaffet og beskrevet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge B, idet den endelige røntgenbeskrivelse først forelå efter hans udskrivelse af patienten, hvorfor han havde grund til at forvente, at den endelige beskrivelse i henhold til afdelingens procedure ville blive forelagt den læge, der skrev epikrisen.

Nævnet fandt herudover ikke grundlag for kritik af den ledende overlæge fra medicinsk afdeling for hans udfærdigelse af procedure vedrørende opfølgning på undersøgelsesresultater. Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, hvis der i proceduren blev stillet krav om, at den læge, der fik forelagt svaret til gennemsyn, signerede og daterede originalsvaret.

7. KLAGE OVER FEJL VED ORDINATION AF SMERTESTILLENDENDE MEDICIN

Patientklagenævnet har i marts 2007 afgjort en sag, hvor der blev klaget over, at der blev begået fejl i forbindelse med ordination af stærk smertestillende medicin.

7.1. Baggrund

Det fremgår af lægelovens § 6, at en læge under udøvelsen af sin gerning har pligt til at vise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette gælder blandt andet ved stillingtagen til ordination af smertestillende medicin, hvor det er vigtigt at sikre, at patienten har fået god information og forståelse for gennemførelsen af selve behandlingen.

Nedenstående sag illustrerer, at det er vigtigt, at den praktiserende læge har et godt kendskab til en patient, som gives stærk smertestillende medicin. Det er ligeledes vigtigt, at der foretages en forsigtig dosering fulgt op af god information om selve behandlingens forløb.

7.2. Konkret afgørelse

En ældre kvinde henvendte sig til en vikar for sin praktiserende læge. Patientklagenævnet tilkendegav i afgørelsen, at den praktiserende læge i en sådan situation, hvor den pågældende ikke har særligt kendskab til patienten, burde have foretaget en forsigtig ordination af smertestillende medicin samt have sikret, at der blev givet uddybende information om selve behandlingen.

Sag 28 Klage over ordination af stærk smertestillende medicin (0761608A)

En 73-årig kvinde henvendte sig til praktiserende læge, idet hun havde stærke smerter i ryg og ben. Lægen var bekendt med, at patienten var skrevet op til operation for spinalstenose. Lægen ordinerede anvendelse af plastre med smertestillende medicin (Durogecin 100 mikg) samt udleverede Ketogan tabletter.

Der blev klaget over den smertestillende behandling, idet patienten efterfølgende blev dårlig og måtte på hospital.

Nævnet fandt grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at lægen ifølge journalen havde udleveret Ketogan tabletter samtidig med, at der blev givet recept på smertestillende plastre.

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten ikke var tilmeldt hos lægen, og det var nævnets vurdering, at en læge bør udvise forsigtighed ved ordination af stærk smertestillende medicin til ældre patienter, og særligt til ældre patienter, som lægen ikke i forvejen har kendskab til.

Nævnet fandt endelig, at lægen ved at starte med høj dosering til en ældre, ukendt patient, der hidtil ikke havde anvendt denne medicin, uden at give omfattende information om anvendelsen, havde handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

8. KLAGE OVER SYGEPLEJERSKES MANGLENDE HENVISNING TIL EN LÆGE EFTER TELEFONISK KONSULTATION, HERUNDER JOURNALFØRING

Patientklagenævnet har i marts 2007 afgjort en sag, hvor der blandt andet blev taget stilling til to sygeplejerskers telefoniske rådgivning af en patient og i forbindelse hermed journalføring af samtalerne og henvisning til lægelig undersøgelse.

8.1. Baggrund

Det følger af autorisationslovens 17, at en sygeplejerske under udøvelsen af sin gerning er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.²

Nedenstående sag illustrerer, at en sygeplejerskes pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuld tillige omfatter en pligt til at videregive patientens henvendelse til en ansvarlig speciallæge med henblik på vurdering af, hvorvidt der var behov for en lægelig klinisk vurdering.

Nævnet kan oplyse, at der i lov om sygeplejersker ikke er en egentlig lovbestemmelse, der pålægger sygeplejefagligt personale en pligt til at føre journal. Det er dog nævnets opfattelse, at sygeplejerskers forpligtigelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed omfatter en pligt til at føre ordnede optegnelser om patientens tilstand, pleje- og observationsbehov, således at de efterfølgende sundhedspersoner kan udføre en forsvarlig sygepleje og behandling.

Nedenstående sag illustrerer i den forbindelse en sygeplejerskes forpligtelse til at journalføre en kontakt med en patient, når sygeplejersken giver råd og vejledning, og patienten oplyser om symptomer, der efterfølgende kan have betydning for den videre behandling og lægelige kontrol.

8.2. Konkret afgørelse

Sag 29 Klage over sygeplejerskers manglende henvisning til en læge efter telefonisk konsultation (0762003A)

En 57-årig mand fik på baggrund af en lille ansamling og ømhed i knæet d. 4. oktober 2004 foretaget en kikkertundersøgelse af knæet. Undersøgelsen viste store mængder af irriteret ledhinde, brusk på knæskallen, der var præget af slidgigt,

² Denne afgørelse er truffet i henhold til § 5, stk. 1, i lov om sygeplejersker, idet denne bestemmelse var gældende på tidspunktet, hvor behandlingen i sagen fandt sted. Det kan oplyses, at det fremgår af bestemmelsen, at en sygeplejerske under udøvelsen af sin gerning er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed

knogleuregelmæssigheder, og den inderste menisk blev fundet med en mindre læsion, der blev tilrettet. Patienten blev efterfølgende udskrevet samme dag, og der blev aftalt kontrol til d. 13. oktober 2004.

Den 7. oktober 2004 kontaktede patienten telefonisk hospitalet på grund af smerter og hævelse i knæet, hvor sygeplejerske A oplyste patienten om, at de beskrevne symptomer var helt normale, og at smerterne og hævelserne ville forsvinde i løbet af 1-2 uger.

Den 11. oktober 2004 kontaktede patienten igen telefonisk hospitalet på grund af de samme gener. Patienten talte ved henvendelsen med sygeplejerske B.

Patienten blev senere samme dag akut indlagt via vagtlægen på et andet sygehus på mistanke om infektion i knæet. Der blev ved indlæggelsen påvist hvide stafylokokker og efterfølgende foretaget flere knæpunkturner samt indgreb med fjernelse af ledhinden.

Der blev blandt andet klaget over, at de sygeplejersker, som patienten havde talt med ved sine henvendelser, ikke havde henvist patienten til en læge.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejerske A for hendes behandling af patienten i forbindelse med den telefoniske rådgivning af patienten. Nævnet fandt ikke grundlag at kritisere sygeplejerske B for hendes rådgivning af patienten i forbindelse med telefonsamtalen. Nævnet fandt derimod grundlag for at kritisere sygeplejerske B for hendes journalføring af telefonsamtalen.

Nævnet oplyste, at hævelse og mindre smerter ikke er usædvanligt efter en kikkertundersøgelse af knæ, men det kan også være de første symptomer på en eventuel infektion. Tegn på infektion kan være rødme, varme og temperaturstigning.

Det var nævnets opfattelse, at sygeplejerske A burde have spurgt patienten, om der var andre symptomer på infektion i form af rødme, varme og temperaturstigning. Det var videre nævnets opfattelse, at den pågældende sygeplejerske burde have videregivet patientens henvendelse til en ansvarlig speciallæge med henblik på vurdering af, hvorvidt der var behov for en lægelig klinisk vurdering.

Nævnet lagde ved vurderingen af sygeplejerske B vægt på, at sygeplejerske B gav patienten råd og vejledning, og der var efter nævnets vurdering tale om symptomer, som kunne have betydning for fjernelse af tråde og den lægelige ambulante kontrol, der var planlagt til den 13. oktober 2004. Disse informationer burde efter nævnets opfattelse have været journalført.

Nævnet lagde videre ved afgørelsen vægt på, at sygeplejerske B vejledte patienten om at kontakte egen læge eller skadestue. Nævnet lagde endvidere vægt på, at sygeplejerske B ved patientens henvendelse havde orienteret en af speciallægerne og forklaret situationen.

9. KLAGER I FORBINDELSE MED TRYKSÅR

Patientklagenævnet har truffet afgørelse i flere sager, hvor der er klaget over, at en patient har pådraget sig tryksår under indlæggelse på et sygehus. I dette nyhedsbrev redegøres for nævnets praksis i disse sager, og der refereres to konkrete afgørelser.

9.1. Indledning

Tryksår (decubitus) eller liggesår, er sår, som er fremkaldt ved langvarigt tryk mod huden hos bl.a. sengeliggende, især gamle og svækkede personer. Tryksår opstår på grund af utilstrækkelig blodforsyning til huden og underhuden, hvilket medfører, at vævet går til grunde. Hos immobile patienter (fast sengeliggende patienter) kan tryksår opstå meget hurtigt, grundet dårlig blodcirkulation. God hudpleje, hyppige lejringsforandringer, aflastning af det tryktruede område og evt. lejrning på trykaflastende madras er derfor vigtigt for en patient, der har et nedsat funktionsniveau. Tryksår kan ofte forlænge indlæggelsestiden og forringe eller udsætte genoptræningen.

9.2. Generelt om forebyggelse af tryksår hos immobile patienter

Nævnet har i flere afgørelser givet udtryk for, at det er under normen for almindelig anerkendt faglig standard ikke at observere for tryksår hos patienter, der er immobile. Der skal i den forbindelse rettes særlig opmærksomhed mod patienter, der er nyopererede, ældre og immobile. Tilstedeværelsen af én eller flere faktorer, herunder høj alder, akut indlæggelse og dårligt kredsløb, kan øge risikoen for udvikling af tryksår, og denne type patienter skal derfor være under skærpet observation.

Nævnet har videre anført som sin opfattelse, at der findes mange måder (forskellige scores), hvorpå plejepersonalet kan vurdere, om en patient er truet af tryksår, og det er derfor relevant at benytte en af disse. Det vigtigste er dog det kliniske blik og det faglige skøn.

Endvidere er det nævnets opfattelse, at et vigtigt princip i forebyggelsen af tryksår er at øge den trykfordelende overflade. Det sker mest effektivt ved anvendelse af særlige trykaflastende madrasser. Indtil en sådan madras er anskaffet, er det nævnets opfattelse, at det er almindelig anerkendt faglig standard, at plejepersonalet hos en svært immobil patient foretager lejringsændring hver anden time døgnet rundt, samt noterer dette i sygeplejjournalen eller eventuelt på et særligt skema, som er indrettet hertil.

Endelig har nævnet anført, at risikoen for tryk på hælene relevant kan formindskes ved, at hælene gøres fri af underlaget og dermed trykaflastes helt. Såkaldte ”tagrender” (skumgummirør) er særligt anvendelige hertil.

9.3. Særligt vedrørende patienter med hoftebrud

Det er som ovenfor beskrevet nævnets opfattelse, at tryksår primært forebygges ved trykaflastning. Det har vist sig, at forekomsten af tryksår på halebenet og hæle kan nedsættes eller helt forebygges, hvis patienter med hoftebrud anbringes på trykaflastende underlag ved indlæggelsen.

Nævnet har i sager vedrørende patienter med hoftebrud vurderet, at det er almindeligt anerkendt faglig standard ved behandling, pleje og genoptræning af en patient med hoftebrud at placere patienten på et trykaflastende underlag straks ved indlæggelsen.

9.4. Konkrete afgørelser

Sag 30 Klage over liggesår i forbindelse med hofteoperation (0656915A)

En 93 -årig kvinde blev opereret for brud på lårbenshalsen.

Efter operationen fik patienten et tryksår på venstre hæl og ankelkno, hvorefter hun blev lagt på en trykaflastende luftmadras. Senere fik hun en speciel trykaflastende madras, og man forsøgte at skabe en bedre blodgennemstrømning i benet ved en operation.

Det blev imidlertid nødvendigt at fjerne den indlagte karprotese. Senere var der indikation for amputation af benet, men patienten ønskede ikke dette. Hun afgik ved døden.

Der blev bl.a. klaget over, at patienten ikke modtog en tilstrækkelig pleje

Nævnet fandt grundlag for at kritisere afdelingssygeplejersken for behandlingen af patienten.

Nævnet lagde herved lagt vægt på, at patienten burde have været lagt på en trykaflastende madras allerede ved indlæggelsen, da dette anbefales ved alle patienter med hoftebrud.

Nævnet lagde særligt vægt på patientens høje alder, at det var kendt, at hun havde reduceret blodgennemstrømning i benene, og at hun af hjemmesygeplejersken var i behandling for et ankelsår.

Sag 31 Klage over at en patient udviklede tryksår under indlæggelse (0760504A)

En 47-årig mand, som efter en ulykke var lammet i både arme og ben, blev indlagt akut på mistanke om blodinfektion (rosen) i højre fod. En sygeplejerske anbragte ham på en trykaflastende madras af mærket "Nimbus", da patienten oplyste, at han havde let ved at få tryksår. Sygeplejersken udførte ikke en egentlig scoring af tryksårsrisiko.

Tre dage efter indlæggelsen blev det opdaget, at patienten havde store vabler under begge hæle.

Patienten blev herefter løbende anbefalet at mobilisere sig, ligesom han blev anbefalet at ændre stilling i sengen til aflastning. Hans fødder var placeret højt ifølge aftalen med lægen. Herudover havde fysioterapeuten udleveret nogle skråpuder, så hælene kunne være frie, uden at der kom øget tryk på underbenene.

Der blev klaget over, at patienten under indlæggelsen udviklede tryksår på begge hæle og fik store vabler.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, idet nævnet lagde vægt på, at patienten blev lejret på en særlig madras allerede ved indlæggelsen, og at den omstændighed, at han alligevel udviklede tryksår på hælene, var en hændelig komplikation.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten blev observeret tæt, samt løbende var under lægelig kontrol, og at de involverede sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter reagerede relevant, da det kunne konstateres, at patienten havde fået vabler på begge hæle.

Yderligere lagde nævnet vægt på, at patienten spiste og drak tilstrækkeligt, at patienten blev opfordret til at blive mobiliseret, og at patientens lejrning blev vurderet af en fysioterapeut.

10. KLAGE OVER STERILISATIONSOPERATION (CLIPS PÅ LEDBÅND)

Patientklagenævnet har i juni 2007 afgjort en sag med klage over en mangelfuld sterilisationsoperation.

10.1. Baggrund

Det fremgår af autorisationslovens § 17, at en læge under udøvelse af sin gerning har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette gælder blandt andet ved supervision af en operation, hvor den superviserende læge har et ansvar for, at operationen bliver udført korrekt.

10.2. Konkret afgørelse

Nedenstående sag, som er afgjort i henhold til den dagældende lægelovs § 6, illustrerer, at den superviserende læge under en operation ikke bør stille sig tilfreds med et resultat, som lægen er usikker på. I tvivlstilfælde bør man tilkalde en mere erfaren kollega.

Sag 32 Klage over sterilisationsindgreb (clips på ledbånd) (0763125A)

En 35-årig kvinde fik den 12. december 2005 foretaget en abort og efterfølgende en sterilisationsoperation. Patienten var ved forundersøgelsen den 9. december 2005 blevet informeret om ulemper og risici ved sterilisationsoperationen.

Operationen var en kikkertoperation og blev foretaget i fuld bedøvelse den 12. december 2005 af en reservelæge, som blev superviseret af en 1. reservelæge. Der var en del sammenvoksninger i underlivet, hvilket gjorde det vanskeligt at identificere æggelederne i hele deres udstrækning. Der blev sat clips på, hvad der blev opfattet som begge æggeledere. Patienten blev udskrevet samme dag.

Af udskrivningsbrevet fremgik, at det ikke havde været muligt at følge æggelederne i hele deres udstrækning.

Den 3. oktober 2006 blev det ved en undersøgelse på sygehuset konstateret, at patienten var gravid.

Ved en operation den følgende dag viste det sig, at der ved operationen i december 2005 ikke var blevet sat clips på æggelederne, men på ledbånd på livmoderen.

Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget en korrekt sterilisationsoperation.

Nævnt fandt grundlag for kritik af 1. reservelægens behandling af patienten.

Det fremgik af journalen, at 1. reservelægen den 12. december 2005 deltog i sterilisationsoperationen som supervisor. Ifølge operationsjournalen gjorde en del sammenvoksninger det vanskeligt at følge æggeledeerne i hele deres udstrækning. Det fremgik af epikrisen, at sammenvoksningerne gjorde det vanskeligt at tjekke æggeledeerne helt hen til frynserne i æggeledeerne, og at man derfor satte clips på noget, som man antog, var æggeledeerne, men at man ikke var 100 % sikker på, at det var æggeledeerne.

Af journalen fra reoperationen den 4. oktober 2006 fremgik, at clipsene fra operationen den 12. december 2005 ikke var sat på æggeledeerne, men i stedet var påsat ledbånd på livmoderen, og at æggeledeerne var fuldstændig normale.

Det fremgår af 1. reservelægens udtalelse til sagen, at sammenvoksningerne gjorde det vanskeligt at identificere æggeledeerne med 100 procents sikkerhed.

Patientklagenævnet oplyste, at det er en kendt risiko ved et sterilisationsindgreb, at clipsene sættes på de runde livmoderbånd, som ligner æggeledeerne i størrelse og placering.

Det var imidlertid Patientklagenævnets opfattelse, at man i tilfælde af tvivl om udførelsen af indgrebet må kalde på en mere erfaren kollega, for at denne enten kan af- eller bekræfte ens mistanke eller beslutte, at sterilisationen skal foregå ved åben operation. Det var endvidere nævnets opfattelse, at det er vigtigt, at den superviserende læge ikke stiller sig tilfreds med et resultat, som lægen er usikker på.

11. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2007

11.1. Indledning

I henhold til bekendtgørelse af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m. v. § 14 kan Patientklagenævnet give udtryk for sin opfattelse af sagen og eventuelt fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson, eller søge iværksat andre sanktioner.

I henhold til Bekendtgørelse om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn § 15 kan Patientklagenævnet som sanktion 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.

Patientklagenævnet har i tidligere årsberetninger udfærdiget resume af de afgørelser, hvor nævnet på mistanke om et strafbart forhold fandt grundlag for at oversende sagen til anklagemyndigheden.

Ved § 17 i klage- og erstatningsloven og bekendtgørelse nr. 1367 af 15. december 2005 om offentliggørelse af afgørelser i klage- og tilsynssager på sundhedsområdet er det med virkning fra 1. januar 2006 fastsat, at nævnet uden anonymisering af sundhedspersoners titel og navn skal offentliggøre afgørelser, hvor der er berettiget mistanke om, at en sundhedsperson har gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed.

Offentliggørelsen sker på www.sundhed.dk og www.pkn.dk.

Det fremgår af samme bekendtgørelse, at oplysningen om, at sagen skal sendes til politiet, ikke må offentliggøres.

Af denne grund vil der i dette kapitel fremover kun kunne resumeres denne type af afgørelser, som er afgjort før den 1. januar 2006.

11.2. Anmodninger om tiltalerejsning i 2007

Patientklagenævnet har i 2007 i 5 tilfælde besluttet at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale. 2 sager vedrørte læger og 3 sager sygeplejersker, og der var i alle tilfælde tale om grovere forsømmelse i forbindelse med faglig virksomhed.

11.3. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning for læger, 1998-2007

Nedenfor ses ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 9 i Patientklagenævnets årsberetning for 2006 om afgørelser vedrørende læger, der blev oversendt til anklagemyndigheden i perioden 1998-2006.

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra den 1. januar 1998 til den 31. december 2007 vedrørende læger, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	2	5	1	4	2	2	1	3	2	2	27
Straffesag verserende								1		2	3
Påtale opgivet		2		2		2	1	1			8
Bødeforlæg vedtaget	2	1	1	1	2			1	1		9
Dom, frifindelse		1		1							2
Dom, bøde		1							1		2

11.4. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning for sygeplejersker, 1999-2007

Nedenfor ses en ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 12.3.1 i Patientklagenævnets årsberetning for 2005 om afgørelser vedrørende sygeplejersker, der blev oversendt til anklagemyndigheden i 1999- 2004.

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra 1999 til 2007 vedrørende sygeplejersker, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	5	2	6	3	3	2	0	0	3	24
Straffesag verserende									2	2
Påtale opgivet		1	2	2	2	1			1	9
Bødeforlæg vedtaget	4	1	4		1	1				11
Dom, bøde	1			1						2

12. RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET

12.1. Indledning

Patientklagenævnet er en offentlig forvaltningsmyndighed, der træffer afgørelser i klage- og indberetningssager samt psykiatriske ankesager. Det følger af grundlovens § 63, stk. 1, at domstolene kan tage stilling til forvaltningsmyndigheders afgørelser.

Parterne i en sag, hvor nævnet har truffet afgørelse, kan således anlægge sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnet skal anerkende, at den pågældende afgørelse er forkert. Dette kaldes et anerkendelsessøgsmål.

I 2007 verserede der 1 retssag mod Patientklagenævnet. Denne retssag var anlagt af en klager. Retssagen blev afsluttet i 2007.

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

Verserende retssager

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Verserende retssager	12	14	10	7	7	6	6	3	3	1

Patientklagenævnet modtog ingen sagsanlæg i 2007, og nævnet havde således ved årets udgang ingen verserende retssager.

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 den retssag, der verserede i 2007.

12.2. Sager anlagt af patienter/klagere

Sag 33 Psykiatrisk ankesag vedrørende tvangsfiksering

Patientklagenævnet ved Københavns Overpræsidium (psykiatrisk patientklagenævn) fandt ved afgørelse af 15. april 2003, at der havde været grundlag for tvangsfiksering af en patient på en psykiatrisk afdeling på et sygehus i perioden fra den 27. oktober til den 8. november 2002. Samme nævn fandt, at der ikke havde været grundlag for tvangsfiksering af patienten i perioden fra den 8. november 2002 til den 8. januar 2003. Både patienten og sygehuset ankede dette nævns afgørelse til Sundhedsvæsenets

Patientklagenævn, som ved afgørelse af 18. februar 2004 tiltrådte det psykiatriske patientklagenævns afgørelse, for så vidt angik den første periode, men ændrede nævnets afgørelse, for så vidt angik perioden fra den 8. november 2002 til den 8. januar 2003. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt, at man på sygehuset ved tvangsfikseringen havde anvendt mindste middel i begge perioder.

Patienten anlagde den 7. november 2005 sag mod Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og sygehuset, blandt andet med påstand om, at nævnet skulle tilpligtes at anerkende, at tvangsfikseringen havde været uberettiget i hele perioden, idet patienten ikke havde været til fare for sig selv eller andre (psykiatrilovens § 14), og idet man havde anvendt tvang i videre omfang end nødvendigt (psykiatrilovens § 4).

Østre Landsret afsagde dom i sagen den 15. oktober 2007. Landsretten fandt, at patienten efter bevisførelsen havde været til akut og nærliggende fare for sig selv og andre i hele perioden fra den 27. oktober 2002 til den 8. januar 2003, idet patienten befandt sig i en svær psykotisk tilstand, som efter forskellige forsøg på behandling først bedredes ved iværksættelse af elektrostimulationsbehandling den 3. januar 2003. Patienten havde endvidere forsøgt at gøre skade på sig selv, og havde forårsaget fysisk og psykisk skade på plejepersonalet. Landsretten fandt endvidere, at der ikke havde været grundlag for tvangsmæssigt at behandle patienten med elektrostimulationsbehandling på et tidligere tidspunkt, end det skete, hvorfor tvangsfikseringen ikke af denne grund kunne have været undgået. Endelig fandt retten, at tvangsfikseringen ikke kunne have været bragt til ophør på et tidligere tidspunkt ved anvendelse af andre og mindre indgribende foranstaltninger.

På denne baggrund blev Patientklagenævnet frifundet.

13. KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2007

13.1. 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 2007 modtaget 59 henvendelser fra Ombudsmanden i forbindelse med klager over nævnets sagsbehandling.

I 19 af sagerne kom Ombudsmanden med en udtalelse. I 12 af disse sager havde Ombudsmanden ingen bemærkninger til nævnets sagsbehandling. I 7 af sagerne havde Ombudsmanden bemærkninger til sagsbehandlingen som beskrevet i kap. 13.3

I de resterende 40 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 2007, afventer Ombudsmandens beretning for 2007.

Nedenfor følger en oversigt over de 19 sager, som blev behandlet i 2007.

Klagen vedrørte	Antal sager	Bemærkninger	Ingen bemærkninger
Afgørelsen	12	0	12
Sagsbehandlingen	7	7	0
I alt	19	7	12

I det følgende beskrives nogle af sagerne.

Følgende emner vil blive belyst:

- Klage over nævnets afvisning på grund af forældelse
- Klage over nævnets sagsbehandlingstid og underretning
- Nævnets manglende oversendelse af klage til rette myndighed

13.2. Klage over nævnets afvisning på grund af forældelse

En 64-årig mand klagede over den behandling, han havde modtaget af sin praktiserende læge. Dele af behandlingen havde fundet sted før den 3. marts 2001. Klagen blev modtaget i nævnet den 2. marts 2006. Nævnet afviste at behandle denne del af klagen, da nævnet fandt, at klagen var indgivet for sent. Nævnet oplyste, at en klage skulle være indsendt inden to år efter det tidspunkt, hvor klageren var eller burde have været bekendt med det forhold, der klages over, dog senest fem år efter den dag, hvor det påklagede forhold har fundet sted. Dette fulgte af den dagældende lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv., § 22, stk. 1. Klagen var således modtaget i Patientklagenævnet mere end fem år efter, at det påklagede forhold havde fundet sted.

Ombudsmanden udtalte, at der gælder en absolut forældelsesfrist på fem år. Ombudsmanden kunne derfor ikke kritisere patientklagenævnets afgørelse.

13.3. Klage over nævnets sagsbehandlingstid og underretning

Patientklagenævnet har modtaget kritik fra Ombudsmanden i 7 sager på baggrund af nævnets sagsbehandlingstid. I flere af disse sager blev nævnet kritiseret for manglende sagsbehandlingsskridt, manglende besvarelse af rykkere og manglende underretning.

Ombudsmanden har udtalt følgende om vurderingen af sagsbehandlingstiden: ” Ved vurderingen af den generelt acceptable sagsbehandlingstid på et område kan der ikke tages hensyn til myndighedens (og medarbejdernes) subjektive forhold, idet vurderingen af hvor lang en samlet sagsbehandlingstid der i almindelig kan anses for acceptabel må hvile på et objektivt grundlag. At myndigheden således i almindelig har utilstrækkelige ressourcer, eller at der på et sagsområde kommer flere sager end forventet, kan således nok for myndighedens medarbejdere være subjektivt undskyldende momenter, men kan ikke bevirke en forlængelse af den tid, som må anses for en almindelig acceptabel sagsbehandlingstid”.

I det følgende gives der en kort beskrivelse af de 7 sager.

1. En 45-årig kvinde klagede over den behandling, hun havde modtaget på flere sygehuse. Klagen blev modtaget den 30. juni 2004 og først næsten to et halvt år efter den 22. januar 2007 traf nævnet afgørelse i sagen. Patienten klagede herefter til Ombudsmanden over sagsbehandlingstiden samt over tilsidesættelse af underretningspligten.

Ombudsmanden udtalte blandt andet, at selv om nævnet anså sagen for kompliceret, så var det kritisabelt at sagen lå uekspereret hen i flere måneder, og at den samlede sagsbehandlingstid kom til at strække sig over mere end to et halvt år. Endvidere fandt Ombudsmanden det kritisabelt, at nævnet ikke havde underrettet klageren, da det stod klart, at nævnet ikke kunne

overholde den daværende gennemsnitlige sagsbehandlingstid på ni måneder. Endvidere var det kritisabelt, at nævnet ikke havde besvaret en rykker fra klageren før fire måneder efter henvendelsen. Endvidere indeholdt nævnets breve ikke en tilstrækkelig redegørelse for sagens status eller nærmere oplysning om hvornår sagen kunne forventes afsluttet.

2. En 68-årig mand klagede over den behandling, han havde modtaget hos en speciallæge. Klagen blev modtaget i Patientklagenævnet den 18. juli 2005. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var på det tidspunkt tolv måneder. Den 2. januar 2006 sendte patienten en ny klage over speciallægens information i forbindelse med den samme hændelse. Ved en fejl, lå denne klage uekspederet hen i syv måneder. Den 3. maj 2007 klagede patienten til Ombudsmanden, og sagen var på dette tidspunkt ikke færdigekspederet.

Ombudsmanden udtalte blandt andet, at den samlede sagsbehandlingstid på hen ved to et halvt år var kritisabel. Endvidere var det kritisabelt, at nævnet burde have fremskyndet sagen da nævnet opdagede den administrative fejl vedrørende modtagelsen af den nye klage, da.

3. En 86-årig kvinde klagede over den behandling, hun havde modtaget under indlæggelse på sygehus. Klagen blev modtaget i Patientklagenævnet den 27. oktober 2004. Den 21. april 2007 klagede patienten til Ombudsmanden over nævnets sagsbehandlingstid. Den foreløbige sagsbehandlingstid var på det tidspunkt to år og seks måneder.

Ombudsmanden udtalte blandt andet, at en sagsbehandlingstid på over to år og seks måneder overskrider det rimelige og acceptable. Endvidere var det kritisabelt, at sagen havde ligget uekspederet hen i længere perioder, og at patienten ikke var blevet underrettet, da det blev nævnet bekendt, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ikke kunne overholdes.

4. En 68-årig mand klagede over den behandling, han havde modtaget under indlæggelse på sygehus. Klagen blev modtaget i Patientklagenævnet den 14. marts 2005. Nævnet traf afgørelse i sagen den 11. oktober 2007. Patienten klagede herefter til Ombudsmanden over nævnets sagsbehandlingstid på ét år og syv måneder.

Ombudsmanden udtalte blandt andet, at der var tale om en beklagelig lang sagsbehandlingstid på trods af, at nævnet vurderede, at der var tale om en kompliceret sag. Endvidere fandt Ombudsmanden det beklageligt, at nævnet ikke i tilstrækkeligt omfang havde underrettet patienten om den forlængede sagsbehandlingstid.

5. En 37-årig mand klagede over den behandling, han havde modtaget som dreng under indlæggelse på sygehus. Patientklagenævnet modtog klagen den 20. september 2002.

Den 17. maj 2006 traf nævnet afgørelse i sagen. Den 10. og den 23. oktober 2006 klagede patienten til Ombudsmanden over nævnets sagsbehandlingstid.

Ombudsmanden udtalte, at en samlet sagsbehandlingstid på næsten tre år og otte måneder overskrider klart det rimelige og acceptable på trods af, at nævnet vurderede sagen som meget kompliceret. Sagsbehandlingstiden var derfor meget kritisabel. Endvidere var det kritisabelt, at nævnet ikke i tilstrækkeligt omfang havde underrettet patienten, da det stod nævnet klart, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ikke kunne overholdes.

6. En 57-årig kvinde klagede over, at hendes bror ikke kunne få aktindsigt i journalmateriale vedrørende hans indlæggelse på sygehus. Patientklagenævnet modtog klagen den 30. marts 2004. Først den 31. maj 2004 forelå der en gyldig fuldmagt fra broderen, således at nævnet kunne behandle klagen. Nævnet traf først afgørelse i sagen den 31. marts 2007. Kvinden klagede herefter til Ombudsmanden over sagsbehandlingstiden.

Ombudsmanden udtalte, at den samlede sagsbehandlingstid på knap tre år klart overskrider, hvad der er acceptabelt. Den samlede sagsbehandlingstid var meget kritisabel. Endvidere var det kritisabelt, at sagen lå uekspederet hen i 26 måneder, og at kvinden ikke var blevet underrettet, hvorpå sagen beroede.

7. Den samme kvinde klagede over, at en behandlingsinstitution ikke havde imødekommet hendes anmodning om at få aktindsigt i hendes afdøde broders journal. Klagen blev modtaget i Patientklagenævnet den 10. maj 2006. Den 27. november 2006 klagede kvinden til Ombudsmanden over nævnets sagsbehandlingstid. Ombudsmanden oversendte kvindens klage til Patientklagenævnet som en anmodning om, at nævnet skulle fremskynde sagen. Patientklagenævnet oplyste, at klagen ikke var blevet behandlet, idet klagen ved en beklagelig fejl var blevet journaliseret på en af kvindens andre sager ved nævnet.

Ombudsmanden udtalte, at det var beklageligt, at kvindens klage ikke var blevet behandlet og at sagsbehandlingstiden derfor trak ud. Det var endvidere beklageligt, at kvinden ikke var blevet underrettet hvorpå sagen beroede.

13.4. Nævnets manglende oversendelse af klage til rette myndighed

Ombudsmanden har af egen drift rettet henvendelse til Patientklagenævnet vedrørende nævnets håndtering af klager, som ikke kan behandles af nævnet.

I en sag havde en patient klaget over den behandling, som patienten havde modtaget hos en privat praktiserende tandlæge. Tandlægen havde overenskomst med sygesikringen.

Nævnet afviste at behandle sagen, idet der over for disse privat praktiserende tandlæger er foreskrevet en særlig klageadgang. Nævnet henviste patienten til at kontakte Region Hovedstaden, som havde kompetence til at behandle klagen.

Ombudsmanden udtalte, at efter forvaltningsloves § 7, stk. 2 har en myndighed pligt til at videresende modtagne henvendelser til rette myndighed, i det omfang myndigheden med rimelig sikkerhed kan afgøre hvilken anden myndighed, der er den relevante modtager af henvendelsen. Der kan dog efter omstændighederne være grund til ikke at videresende henvendelsen. I disse tilfælde bør myndigheden vejlede borgeren, hvilken myndighed der i stedet er rette modtager af henvendelsen. Det fremgår, at nævnet tilsyneladende baserer sig på det modsatte synspunkt, idet nævnet kun undtagelsesvis videresender klager, der falder uden for nævnets kompetence. En sådan praksis er efter Ombudsmandens opfattelse ikke i overensstemmelse med praksis. Ombudsmanden har anmodet nævnet om at tage sin praksis op til overvejelse og underrette Ombudsmanden herom.

14. SAGSOVERSIGT

Sag 1 Klage over manglende svar på anmodning om aktindsigt (0236109A).....	14
Sag 2 Klage over afslag på udlevering af kopi af omfangsrig journal (9910809A)	14
Sag 3 Klage over for sen imødekommelse af anmodning om aktindsigt (0654716P).....	15
Sag 4 Klage over manglende imødekommelse af anmodning om aktindsigt (0337401P)	16
Sag 5 Klage over at en hospitalsafdeling meddelte en patient ufuldstændig aktindsigt i hendes journal (0761716A).....	18
Sag 6 Klage over afslag på fuld aktindsigt (0019217B)	19
Sag 7 Klage over manglende aktindsigt i journal på psykiatrisk afdeling (0658817A)	22
Sag 8 Klage over afslag på aktindsigt (0125614A).....	23
Sag 9 Klage over afslag på aktindsigt (0762220P)	24
Sag 10 Klage over hovedpine i forbindelse med rygmarvsbedøvelse (0342111P).....	26
Sag 11 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse af og ordination af Panodil til et 5 uger gammelt barn (0234403A)	30
Sag 12 Klage over manglende aflæggelse af sygebesøg hos et 5 uger gammelt barn (0233119A)	30
Sag 13 Klage over undersøgelse af 2-årig pige med meningitis (0235626A)	31
Sag 14 Klage over at praktiserende læge overså tegn på meningitis hos et 5 måneder gammelt barn (0551907A)	32
Sag 15 Klage over vagtlæges manglende undersøgelse af pige på 5 år (0657630P)	32
Sag 16 Klage over vagtlæges og ørelæges manglende diagnosticering af meningitis (08F009P).....	33
Sag 17 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse af 8 måneder gammelt barn (0020214A)	34
Sag 18 Klage over manglende diagnosticering af meningitis hos 14 måneder gammelt barn (0235405A)	35
Sag 19 Klage over læges manglende diagnosticering af blodforgiftning med meningokokbakterier (0016206A)	36
Sag 20 Klage over fokus på infektion hos barn med hjerneskade (0551216P).....	37
Sag 21 Klage over behandling af meningitis og manglende vaccination (0763929P).....	38
Sag 22 Klage over manglende udførelse af en KAG-undersøgelse (0655814P)	41
Sag 23 Klage over, at der flere gange blev stukket forkert ved en KAG-undersøgelse (0553116P).....	42
Sag 24 Klage over en KAG-undersøgelse (04F032P)	44
Sag 25 Klage over skade indtruffet i forbindelse med en KAG-undersøgelse (08F003P)	45
Sag 26 Klage over stærke smerter efter udførelse af en KAG-undersøgelse (0660126P).....	45
Sag 27 Klage over manglende opfølgning på røntgenundersøgelse (0762012A).....	48
Sag 28 Klage over ordination af stærk smertestillende medicin (0761608A)	49
Sag 29 Klage over sygeplejerskers manglende henvisning til en læge efter telefonisk konsultation (0762003A).....	51
Sag 30 Klage over liggesår i forbindelse med hofteoperation (0656915A).....	55

Sag 31 Klage over at en patient udviklede tryksår under indlæggelse (0760504A)	55
Sag 32 Klage over sterilisationsindgreb (clips på ledbånd) (0763125A).....	57
Sag 33 Psykiatrisk ankesag vedrørende tvangsfiksering.....	61