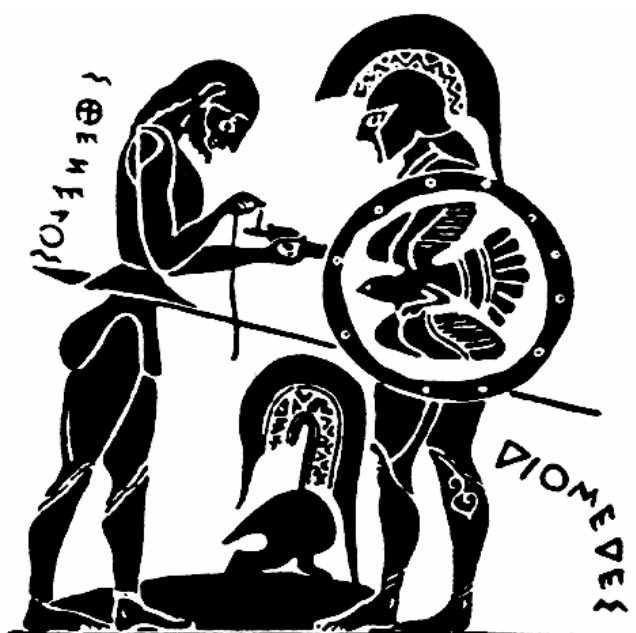


SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

AFGØRELSER OG PRAKSIS

Årsberetning 2008



SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

AFGØRELSER OG PRAKSIS 2008

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
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 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 rygmærvsbedøvelse. 2003-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med Meningitis. 2000-2007. December 2007
- Informeret samtykke og journalføring heraf. 1998-2008. November 2008
- Tyktarmstumorer. 1997-2007. December 2008

ISBN: 87-987400-1-6

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 nævnets hjemmeside www.pkn.dk under: /Nyhedsbreve og publikationer/Årsberetninger. Alle resumerede afgørelser i publikationen kan læses i fuld tekst i den elektroniske udgave.

Det kan oplyses, at der pågår en revision af klagesystemet, således at patienterne får én indgang, bedre klagemuligheder og mulighed for en hurtigere reaktion på klager. Regeringen vil som led heri oprette en ny patientombudsmandsinstitution, der kan bistå patienter, som ønsker at klage eller udtrykke deres utilfredshed over for systemet. Patientklagesystemet skal endvidere bidrage til, at sundhedsvæsenet i højere grad bruger patienternes klager til at lære af sine fejl.

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 INFORMERET SAMTYKKE	13
2.1. Indledning.....	13
2.2. Hvem kan give samtykke	16
2.2.1. Mindreårige, der er fyldt 15 år	16
2.2.2. Mindreårige, der er under 15 år	17
2.2.3. Patienter, der varigt mangler evnen til at give samtykke	18
2.2.4. Øjeblikkeligt behandlingsbehov	24
2.2.5. Patientens inddragelse	26
2.2.6. Sultestrejke	26
2.2.7. Afvisning af at modtage blod.....	26
2.2.8. Behandling af uafvendeligt døende	29
2.2.9. Livstestamenter	29
2.3. Tidspunkt for afgivelse af samtykke	30
2.4. Samtykkets rækkevidde.....	35
2.5. Samtykkets form	39
3. KLAGER I FORBINDELSE MED TYKTARMSTUMORER.....	42
3.1. Tyktarmstumorer	42
3.2. Klager over utilstrækkelige undersøgelser	43
4. KLAGER I FORBINDELSE MED HUDSYGDOMME.....	50
4.1. Antallet af klager og fordeling af disse	50
4.1.1. Resultater fra hudafdelinger	50
4.1.2. Resultater fra speciallægepraksis	51
4.1.3. Sagernes indhold.....	51
4.2. Konklusion	52
5. PLIGT TIL ORIENTERING AF FORÆLDRE, SOM IKKE HAR DEL I	
FORÆLDREMYNDIGHEDEN	53
5.1. Baggrund	53
5.2. Konkrete afgørelser	54
6. EN FULDMAGTS RÆKKEVIDDE VED ANMODNING OM AKTINDSIGT I	
EN PATIENTJOURNAL	58
6.1. Baggrund	58

6.2.	Konkret afgørelse	58
7.	KLAGE OVER MANGLENDE DIAGNOSTICERING AF MENINGITIS	60
7.1.	Baggrund	60
7.2.	Symptomer	60
7.3.	Diagnosticering	61
7.4.	Behandling	61
7.5.	Konkret afgørelse	61
8.	KLAGE I FORBINDELSE MED UFRIVILLING, LANGVARIG REJSNING. 62	
8.1.	Baggrund	62
8.2.	Behandling	62
8.3.	Konsekvenser af behandling uden effekt eller manglende behandling.....	62
8.4.	Konkret afgørelse	63
9.	KLAGE I FORBINDELSE MED BEDØVELSE AF ET 3½ -ÅRIGT BARN 64	
9.1.	Baggrund	64
9.2.	Konkret afgørelse	64
10.	KLAGE OVER LYSBEHANDLING, FORBRÆNDING	66
10.1.	Baggrund	66
10.2.	Konkret afgørelse	66
11.	PATIENTKLAGENÆVNETS KOMPETENCE I PSYKIATRISKE ANKESAGER.....	68
11.1.	Blodprøve taget med tvang	68
11.1.1.	<i>Baggrund.....</i>	<i>68</i>
11.2.	Patient tilbageholdt på sin stue, dørhåndtaget holdt udefra	71
11.2.1.	<i>Baggrund.....</i>	<i>71</i>
11.2.2.	<i>Konkret afgørelse</i>	<i>72</i>
11.2.3.	<i>Behandling af sagen hos Folketingets Ombudsmand.....</i>	<i>73</i>
11.2.4.	<i>Genoptagelse af sagsbehandlingen af nævnets afgørelse af 14. juni 2006.....</i>	<i>74</i>
12.	ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2008.....	75
12.1.	Indledning.....	75
12.2.	Anmodninger om tiltalerejsning i 2008	75
12.4	Anmodninger om tiltalerejsning for sygeplejersker, 1999-2008	76
13.	RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET I 2008	77
14.	KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2008.....	78
14.1.	Indledning.....	78
14.2.	Tre klager, som blev realitetsbehandlet af Folketingets Ombudsmand	79
14.3.	Sager behandlet af Folketingets Ombudsmand af egen drift	81
15.	SAGSOVERSIGT	84

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, d.v.s om den pågældende har levet op til almindelig anerkendt faglig standard

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

I nogle tilfælde kan bivirkninger og komplikationer ikke undgås, selvom sundhedspersonen handler med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed. Har behandling på et sygehus imidlertid påført patienten en skade, er der i visse tilfælde mulighed for erstatning efter reglerne om patientforsikring i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Efter denne lov tilkendes man erstatning efter objektive kriterier, og der kan efter disse regler 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. Endelig skal det nævnes, at sundhedspersonalet efter sundhedsloven skal indrapportere utilsigtede

hændelser lokalt og til Sundhedsstyrelsen mhp. at indkredse hændelser, som man skal give øget opmærksomhed i forbindelse med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

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 med henblik på præcisering af, hvilke klagepunkter man ønsker behandlet.

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

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

Patientklagenævnets afgørelser er endelige. Det er derfor ikke muligt at klage over nævnets afgørelse til andre administrative myndigheder. Sagen kan dog genoptages, hvis nævnet modtager nye oplysninger. De skal være så væsentlige, at der er sandsynlighed for, at sagen ville have fået et andet udfald, hvis oplysningerne havde foreligget ved nævnets oprindelige afgørelse af sagen. Afgørelsen kan dog indbringes for Folketingets Ombudsmand, som påser, om forvaltningslovens regler er overholdt i forbindelse med behandling af sagen, men han

tager ikke stilling til de sundhedsfaglige skøn. Nævnets afgørelser kan også indbringes for domstolene.

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 kan 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 manglende faglige kompetencer.

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

Nævnets medarbejdere deltager i en ret omfattende undervisningsvirksomhed o. lign. med henblik på at udrede kendskab til nævnets virksomhed og afgørelser. Denne årsberetning med de mange resuméer af afgørelser er et andet eksempel herpå. Nævnet udsender tillige løbende nyhedsbreve og offentliggør artikler i fagtidskrifter. 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 2008 er medtaget i denne årsberetning.

Patientklagenævnet offentliggør endvidere årligt 200 afgørelser i *anonymiseret* form i fuld tekst på nævnets hjemmeside.

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. Der er siden ordningens indførelse og til udgangen af 2008 offentliggjort 181 afgørelser med sundhedspersonens navn.

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.

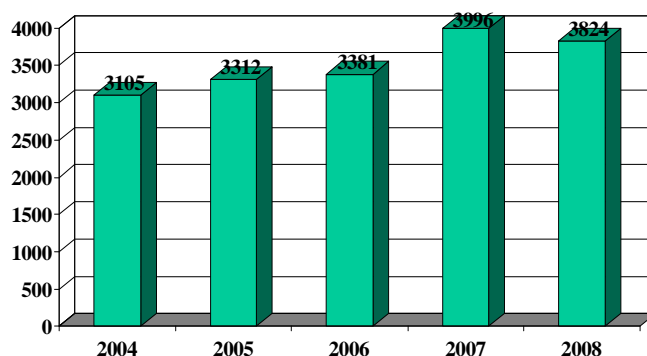
I 2008 blev der offentliggjort 96 afgørelser uden anonymisering af sundhedspersonens titel og navn. Der var i alt 136 enkeltafgørelser, og de fordelte sig således på persongrupper: 80 afgørelser vedr. læger, 35 vedr. tandlæger, 12 vedr. sygeplejersker, 3 vedr. sygehjælpere, 5 vedr. social- og sundhedsassistenter og 1 ambulancebehandler.

De 136 enkeltafgørelser indebærer ikke, at der er offentliggjort 136 sundhedspersoners navne, idet nogle sundhedspersoners navne er offentliggjort mere end én gang. De 136 afgørelser omfattede således i alt 59 sundhedspersoner, heraf 31 læger, 8 tandlæger og 11 sygeplejersker. For de øvrige sundhedspersongrupper svarede antallet af sundhedspersoner til antallet af afgørelser.

1.4. Patientklagenævnet i tal

I 2008 modtog Patientklagenævnet 3.824 nye klager. Antallet af nye klager er i 2008 faldet med 4,3 % i forhold til 2007, hvor der kom 3.996 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. udskrivelser fra sygehusene om året, 7,2 mio. ambulante behandlinger (inkl. skadestuebesøg), 38,5 mio. patientkontakter i almen praksis, 4,8 mio. kontakter i speciallægepraksis og 4,4 mio. kliniske undersøgelser hos tandlæger (alle tal er fra 2007).

I 2008 afgjorde Patientklagenævnet 3.940 sager, hvilket var en stigning på 65 % i forhold til 2007, hvor der blev afgjort 2.387. Antallet af verserende sager faldt fra 4.146 i 2007 til 3.190 ved udgangen af 2008.

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

Sagsbehandlingstiden faldt fra 15,9 måneder i 2007 til 15,1 måneder i 2008.

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 i 2008 takstindtægter på 40,1 mio. kr. og modtog herudover en statslig bevilling på 4,2 mio. kr. Nævnets samlede omkostninger var 45,7 mio. kr. Udgifterne fordelte sig med 3,0 mio. kr. til honorar til nævnsmedlemmer, 8,1 mio. kr. til honorarer til sagkyndige konsulenter og 26,7 mio. kr. til aflønning af medarbejderne i sekretariatet i øvrigt. Udgifterne til drift af nævn og sekretariat udgjorde 7,9 mio. kr.

I 2008 havde Patientklagenævnets sekretariat 62 årsværk mod 52 årsværk i 2007.

Der er flere oplysninger om nævnets økonomi mm. i Årsrapporten for 2008, 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 INFORMERET SAMTYKKE

Patientklagenævnet har i november 2008 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende informeret samtykke samt journalføring heraf. Sammenfatningen omfatter afgørelser af klager truffet i perioden 1. oktober 1998 til 2007. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 3, som handler om regler og nævnets praksis vedrørende kravene til samtykke.

2.1. Indledning

I sundhedslovens kapitel 3 er det understreget, at alle patienter har selvbestemmelsesret. Dette betyder, at ingen behandling kan indledes eller fortsættes uden et informeret samtykke fra patienten, jf. sundhedslovens § 15, stk. 1 (tidligere PRL § 6, stk. 1). Som udgangspunkt hviler al medicinsk behandling på frivillighed.¹

I nedenstående sag fandt nævnet, at der ikke var indhentet informeret samtykke fra patienten selv, idet behandlingen blev indledt via samleveren.

Sag 1 Klage over ordination af antipsykotisk medicin, som samlever skulle give (2005) (0552708A)

En 40-årig kvinde henvendte sig sammen med sin samlever hos en speciallæge i psykiatri, idet de havde problemer med opdragelsen af deres barn, der var et halvt år gammelt. Konsultationen var aftalt af samleveren, og patienten havde haft den opfattelse, at der var tale om en konsultation hos en psykolog. Da det gik op for patienten, at konsultationen var hos en psykiater, forlod hun klinikken. Patienten kom herefter ikke i klinikken.

Patientens samlever fortsatte med at konsultere speciallægen og ved en efterfølgende konsultation, hvor også patientens far var til stede, blev det oplyst, at patienten tidligere havde været i behandling med det antipsykotiske lægemiddel Cisordinol. På baggrund af oplysninger fra patientens samlever og far fandt speciallægen grundlag for at ordinere Cisordinol til patientens samlever med henblik på, at han skulle tilbyde patienten denne medicin.

¹ Jf. vejledningen pkt. 2.2.

Der blev blandt andet klaget over, at speciallægen ordinerede Cisordinol på et utilstrækkeligt grundlag.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægen, idet denne havde handlet i strid med § 6 i lov om patienters retsstilling ved at ordinere medicin uden patientens informerede samtykke.

Nævnet lagde vægt på, at speciallægen iværksatte behandling med Cisordinol, som er et lægemiddel, der har ikke uvæsentlige bivirkninger, uden patientens samtykke, selv om speciallægen var klar over, at patienten ikke ønskede psykiatrisk behandling.

Det forhold, at speciallægen indskærpede patientens samlever at give medicinen ”åbent” ændrede ikke nævnets opfattelse, idet en læge ikke kan overlade til en pårørende at give den information og indhente samtykke, som kræves i henhold til lov om patienters retsstilling.

Ifølge sundhedslovens § 15, stk. 3 (tidligere PRL § 6, stk. 3), skal informeret samtykke forstås som et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side.² Endvidere skal der være tale om et frivilligt samtykke, som er afgivet af en habil patient.

Sundhedspersonen har pligt til at sikre sig patientens samtykke, inden den påtænkte behandling iværksættes.³ Forud for indgribende behandlinger bør samtykket indhentes i god tid. I tilfælde, hvor patienten er omtåget, f.eks. på grund af medicinindtagelse, bør det overvejes at udsætte informationen og behandlingen, til patienten bedre er i stand til at forholde sig til behandlingssituationen.⁴ Der henvises nærmere til afsnit 2.3.

Såfremt en patient i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende ikke vil behandles, er der ikke hjemmel til at gennemføre behandlingen med tvang.⁵

I nedenstående afgørelse ville patienten ikke give sit samtykke til en indlæggelse, som lægen anbefalede.

Sag 2 Klage over manglende indlæggelse – patienten gav ikke samtykke (2002)

(0236026A)

En 60-årig mand havde i 1990 haft et slagtilfælde. Siden sommeren 2001 havde han haft smerter i ryggen, og den 23. februar 2002 blev han undersøgt af vagtlæge A, som

² Se afsnit 2.5 om informationens indhold

³ Jf. vejledningen pkt. 2.3.

⁴ Jf. bemærkninger til PRL § 6

⁵ Jf. vejledningen pkt. 2.1.2.1.

fandt, at der ikke neurologisk var tilkommet noget nyt ud over de stærke smerter i ryggen. Senere samme aften blev patienten tilset af vagtlæge B. På mistanke om et nyt slagtilfælde indlagde vagtlæge B ham akut på en medicinsk afdeling. Den 24. februar 2002 klokken 1.09 blev han sendt hjem.

Den 24. februar 2002 blev patienten på ny tilset af vagtlæge B. Vagtlægen fandt patientens sygdom fagligt uafklaret og ville have ham indlagt på sygehus igen, hvilket patienten modsatte sig, og vagtlægen fandt, at han ikke kunne indlægge ham mod hans ønske. Vagtlæge B behandlede med en smertestillende indsprøjtning og en indsprøjtning mod kvalme og fik etableret pleje i hjemmet via hjemmeplejen. Han valgte at lade al videre medicinering ske via henvendelse til lægevagten, så der var mulighed for, at situationen kunne blive lægeligt vurderet, når der skulle medicineres og samtidig have mulighed for at få indtryk af, om patienten skulle indlægges. Senere den 24. februar 2002 viste MR-scanning, at patienten havde en akut afbrydelse af rygmarven i hele dens tværsnit. De patologiske forandringer viste sig at være kræftudsæd stammende fra kræft i blærehalskirtlen.

Der blev klaget over, at vagtlæge B den 24. februar 2002 ikke fandt grundlag for at indlægge patienten til trods for, at han havde stærke smerter, opkastning, manglende vandladning samt føleforstyrrelser i benene.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlæge B's behandling, da han tilbød indlæggelse i den foreliggende uafklarede situation.

Nævnet bemærkede, at det fremgår af lov om patienters retsstilling § 6, stk. 1, at en læge ikke må indlede en behandling af legemlig sygdom uden patientens samtykke, hvorfor vagtlæge B ikke kunne gennemtvinge en indlæggelse af patienten mod dennes vilje.

Nedenstående afgørelse er et eksempel på et tilfælde, hvor patienten ikke ønskede behandling.

Sag 3 Klage over manglende behandling og udredning af 91-årig (2004) ([0447214A](#))

En 91-årig kvinde blev den 29. september 2003 indlagt på grund af væskeunderskud og konfusion. Patienten boede på plejehjem og havde været blind siden barndommen. Hun led af nedsat stofskifte, knogleskørhed, åreforkalket hjerte og blodmangel, og modtog derfor forskellige medikamenter samt blodtransfusioner.

Ved indlæggelsen var hun forvirret og urolig. Hun havde normal puls, blodtryk og temperatur samt normalt iltindhold i blodet. Den kliniske undersøgelse var vanskelig på grund af dårlig medvirken, men der blev konstateret normale forhold ved undersøgelse af hjerte, lunger og mave. Der blev ordineret væskebehandling, men patienten ønskede

ikke anlæggelse af drop, og hun blev udskrevet til plejehjemmet den 1. oktober 2003.

Imidlertid blev patienten genindlagt samme dag, den 1. oktober 2003, idet hun angiveligt var blevet dårligere på plejehjemmet og var konstant råbende. Ved indlæggelsen fandt en reservelæge, at patientens tilstand stort set var som ved tidligere indlæggelser. Patienten var kronisk medtaget men ønskede ikke undersøgelse og behandling. Den 3. oktober 2003 blev patienten udskrevet til plejehjemmet. Hun afgik ved døden den 3. oktober 2003.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke modtog en tilstrækkelig undersøgelse, behandling, observation eller pleje.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten på direkte forespørgsel ved den primære indlæggelse om hun ønskede behandling, svarede nej, og at hun ikke ønskede, at der blev anlagt intravenøs adgang og strittede imod, når sundhedspersonalet ville yde hjælp. Der blev endvidere lagt vægt på, at hun var relevant og ikke udviste tegn på psykose. Det var nævnets opfattelse, at lægerne sikrede sig, at hun forstod konsekvenserne af sin stillingtagen.

Det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 2 (tidligere PRL § 6, stk. 2), at patienten på ethvert tidspunkt kan tilbagekalde sit samtykke. Såfremt det er tilfældet, skal patienten i det omfang det er muligt, informeres om, hvilke konsekvenser en manglende behandling kan få.⁶

2.2. Hvem kan give samtykke

Hovedreglen er, at det er patienten, der skal give samtykke til behandling. Et gyldigt samtykke kræver, at patienten er habil, det vil sige i stand til at overskue konsekvenserne af den pågældende undersøgelse eller behandling, som patienten skal give samtykke til.⁷ Samtykket skal endvidere være frivilligt. Herudover skal patienten være fyldt 15 år.

I det følgende beskrives en række situationer, hvor andre end patienten undtagelsesvis skal give samtykke til behandling. Der tales her om stedfortrædende samtykke.

2.2.1. Mindreårige, der er fyldt 15 år

Det fremgår af sundhedslovens § 17, stk. 1 (tidligere PRL § 8, stk. 1), at en patient, der er fyldt 15 år, som hovedregel selv kan give samtykke til behandling. Dog skal indehaveren af

⁶ Jf. vejledningen pkt. 2.2

⁷ Jf. vejledningen pkt. 2.

forældremyndigheden tillige informeres og inddrages i den mindreåriges stillingtagen, jf. afsnit 2.1.2.

Såfremt sundhedspersonen skønner, at en patient, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan indehaveren af forældremyndigheden give samtykke, jf. sundhedslovens § 17, stk. 2 (tidligere PRL § 8, stk. 2). I disse særlige situationer overtager indehaveren af forældremyndigheden således kompetencen til at give samtykke.

2.2.2. Mindreårige, der er under 15 år

Såfremt barnet er under 15 år, er det forældremyndighedens indehaver, der skal give samtykke, men barnets tilkendegivelser skal i det omfang, de er aktuelle og relevante, tillægges betydning, jf. sundhedslovens § 20 (tidligere PRL § 11). Et stedfortrædende samtykke skal sædvanligvis være udtrykkeligt, men i sjældne tilfælde vil et stiltiende samtykke være tilstrækkeligt.

I nedenstående sag fandt nævnet, at moderen havde givet samtykke, idet hun deltog i undersøgelsen ved at holde sin søn fast.

Sag 4 Klage over at undersøgelse af et 6½-årigt barn blev gennemført uden samtykke (2006) ([0654922P](#))

En 6½-årig dreng blev indlagt på børneafdelingen med henblik på en kapselvævsprøve, som skulle foretages på grund af mistanke om en sygdom i tyndtarmen.

Ved undersøgelsen, som foregik på røntgenafdelingen, kunne drengen ikke sluge kapslen med tilhørende slange, og hans moder og afdelingslægen forsøgte at overtale ham til at synke kapslen, men han kunne ikke. Efterfølgende blev drengen lagt på en briks, hvor blandt andet hans moder holdt ham, mens afdelingslægen forsøgte at tvinge drengen til at synke kapslen, hvorved han kastede op.

Der blev blandt andet klaget over, at undersøgelsen blev gennemført uden informeret samtykke.

Nævnet fandt ikke, at der var grundlag for at kritisere afdelingslægen.

Det var nævnets opfattelse, at drengens moder havde givet samtykke til undersøgelsen, ligesom hun ved sin deltagelse under selve undersøgelsen ligeledes måtte anses for at have samtykket til at undersøgelsen kunne fortsætte, idet hun selv var med ved undersøgelsen, samt at hun holdt drengen fast. Nævnet fandt herefter, at der var givet informeret samtykke til, at afdelingslægen kunne forsøge at få drengen til at sluge kapslen.

I nedenstående sag fandt nævnet, at det ikke kunne kritiseres, at speciallægen ikke var opmærksom på, at faderen ikke mere havde del i forældremyndigheden.

Sag 5 Klage over behandling af 6-årigt barn uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren (2005) ([0553008A](#))

En 6-årig dreng var til konsultation hos en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme sammen med sin fader. På det pågældende tidspunkt havde moderen alene forældremyndigheden over drengen.

Der blev klaget over, at speciallægen behandlede drengen uden moderens samtykke.

Nævnet fandt ikke, at der var grundlag for at kritisere speciallægen.

Nævnet fandt, at lov om patienters retsstilling var blevet overtrådt, idet barnet var blevet behandlet uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Nævnet fandt dog, at speciallægen ikke kunne kritiseres herfor. Nævnet lagde herved vægt på, at speciallægen ikke vidste, at faderen ikke havde del i forældremyndigheden, og at han ikke havde nogen nærmere anledning til at spørge faderen, om han fortsat havde del i forældremyndigheden.

2.2.3. Patienter, der varigt mangler evnen til at give samtykke

Varig mangel på evne til at give samtykke foreligger, når evnen til at handle fornuftmæssigt er varigt fraværende, eksempelvis på grund af manglende udvikling eller på grund af alderssvækkelse. Ifølge vejledningen drejer det sig blandt andet om personer med nedsat psykisk funktionsevne, kronisk sindslidende og sindslidende med langvarige sygdomsforløb. Det afgørende er, om patienten kan overskue konsekvenserne af et behandlingsforslag i en behandlingssituation.⁸

Det fremgår af sundhedslovens § 18 stk. 1 (tidligere PRL § 9, stk. 1), at for en patient, der varigt mangler evnen til at give samtykke, kan de nærmeste pårørende give samtykke til behandling. Samtykke kan dog gives af værgen i de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold.

Nævnet fandt i nedenstående sag, at der skulle gives kritik til den ene vagtlæge, idet der ikke var indhentet informeret samtykke fra den varigt inhabile patients legale repræsentanter. Afgørelsen illustrerer også, at det i sjældne tilfælde er tilstrækkeligt med et stiltiende samtykke.

⁸ Jf. vejledningen pkt. 2.1.2.1.

Sag 6 Klage over indsprøjtning med beroligende medicin til 17-årig psykisk handicappet dreng uden forældrenes samtykke (2002) ([0233915A](#))

En 17-årig dreng, der var psykisk handicappet, svært retarderet og autist, var meget urolig og udviste aggressiv adfærd overfor personalet i den institution, hvor han boede. Institutionens personale kontaktede derfor den visiterende vagtlæge. Denne henviste vagtlæge A til at aflægge besøg på institutionen. Da vagtlægen fandt, at patienten var meget urolig, ordinerede han beroligende medicin (Nozinan). Forældrene blev ikke involveret i vurderingen af behovet for behandling og gav ikke samtykke til denne. På denne medicin faldt patienten nogenlunde til ro, men næste morgen var han atter urolig, og lægevagten blev på ny kontaktet af personalet. Vagtlæge B kom først på sygebesøg hos patientens forældre, da denne adresse stod opført som folkeregisteradresse. Vejledt af forældrene kørte han imidlertid videre til institutionen, hvor patienten boede. Vagtlægen fandt, at patienten var urolig, voldelig og seksuelt aggressiv overfor personalet, hvorfor han behandlede med en indsprøjtning med Nozinan 25 mg.

Der blev klaget over, at vagtlægerne havde givet patienten en indsprøjtning med Nozinan, uden at have fået forældrenes samtykke.

Nævnet fandt, at vagtlæge A havde overtrådt lov om patienters retsstilling § 6 ved ikke at indhente forældrenes samtykke, hvorimod nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere vagtlæge B. Nævnet lagde på baggrund af, at patienten var psykisk handicappet, svært retarderet og autist, til grund, at han måtte anses for varigt at mangle evnen til at give informeret samtykke. For så vidt angår vagtlæge A lagde nævnet vægt på, at han ikke havde draget omsorg for, at det fornødne informerede samtykke blev forsøgt indhentet fra forældrenes side, idet de som nærmeste pårørende havde kompetencen til at give informeret samtykke. For så vidt angik vagtlæge B lagde nævnet vægt på, at patientens forældre af vagtlægen var blevet orienteret om, at han var meget urolig, og at det formentligt kunne komme på tale at gentage den behandling, der var givet dagen før.

Der blev afgivet dissens i sagen.

I nedenstående sager fandt nævnet, at patienten ikke kunne anses for at være varigt inhabil.

Sag 7 Klage over manglende samtykke (2007) ([0656423A](#))

En 20-årig mand kørte galt i bil og blev indlagt. Patienten udviklede som følge af traumat lammelse af tarmene, og det blev besluttet at foretage operation herfor. Patienten havde forud herfor fået smertestillende medicin.

Der blev blandt andet klaget over, at der ikke forud for operationen blev indhentet informeret samtykke fra patienten, da patienten ikke var klar nok til at give samtykke til informationen, da der var givet morfin.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, idet nævnet lagde vægt på, at patienten var ved fuld bevidsthed og var i stand til at forstå informationen om operationen, og på denne baggrund var i stand til at give sit informerede samtykke til operationen.

Sag 8 Klage over, at de pårørende først kort tid inden dødens indtræden blev informeret om tilstanden (2006) (0655116P)

En 58-årig kvinde blev indlagt på hospitalet med rosen (betændelse) i højre ben samt høj feber. Hun blev behandlet med penicillin i venen for rosen, ligesom hun blev behandlet for hjerteflimmer og astma/bronchitis. Hun fik under indlæggelsen aftagende nyrefunktion, og der blev ordineret dialysebehandling.

I forbindelse med forberedelserne til dialysebehandlingen fik patienten hurtig hjerterytmeforstyrrelse efterfulgt af hjertestop. Trods intensiv hjertestopsbehandling lykkedes det ikke at genoplive hende.

Der blev blandt andet klaget over, at lægen ikke informerede patientens pårørende om hendes kritiske tilstand før ganske kort inden hendes død.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen for ikke at have informeret de pårørende tidligere, idet det ikke fandtes godtgjort, at patienten var ukontaktbar før forværringen i hendes tilstand cirka en time før, hun afgik ved døden. På baggrund deraf var det nævnets opfattelse, at patienten først kunne anses for varigt inhabil meget kort tid før, hun døde, og de læger, der var involveret i behandlingen, var først på dette tidspunkt forpligtet til at informere patientens pårørende om udviklingen i hendes tilstand.

Det beror på en konkret vurdering, hvem der hører til kredsen af patientens nærmeste pårørende. Ved nærmeste pårørende forstås dog først og fremmest patientens samlevende ægtefælle/registrerede partner eller samlever, slægtninge i lige linie og, alt efter de konkrete forhold, søskende. I tilfælde, hvor der ikke er ægtefælle, samlever eller børn, kan slægtninge, som patienten er nært knyttet til eller nært besvognet med, også betragtes som nærmeste pårørende. Familiebåndet behøver dog ikke altid at være eneafgørende. En nær ven, patientrådgiver, bistandsværge mv. kan også være omfattet af begrebet ”nærmeste pårørende”, såfremt der ikke er tvivl om, at vedkommende er den nærmeste.⁹

⁹ Jf. vejledningen pkt. 2.1.2.1.

Såfremt patienten ingen nærmeste pårørende har, kan sundhedspersonen gennemføre den påtænkte behandling, hvis en anden sundhedsperson giver sin tilslutning hertil. Dette kræver, at den pågældende sundhedsperson har faglig indsigt på området og ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af den pågældende patient, jf. sundhedslovens § 18, stk. 2 (tidligere PRL § 9, stk. 2). Der må ikke eksistere et over-/underordningsforhold mellem de to sundhedspersoner. I den konkrete situation kan der blive tale om en udefra kommende sundhedsperson, eksempelvis en overlæge fra en anden afdeling.¹⁰

Sundhedspersonen kan dog gennemføre en påtænkt behandling uden inddragelse af en anden sundhedsperson, såfremt behandlingen er af mindre indgribende karakter med hensyn til omfang og varighed, jf. sundhedslovens § 18, stk. 3 (tidligere PRL § 9, stk. 3). Ved udtrykket mindre indgribende karakter forstås eksempelvis temperaturtagning, skiftning af bind på sår og lignende.¹¹

I særlige tilfælde kan de nærmeste pårørendes samtykkekompetence tilsidesættes. Det fremgår således af sundhedslovens § 18, stk. 4 (tidligere PRL § 9, stk. 4), at såfremt sundhedspersonen skønner, at de nærmeste pårørende eller værger forvalter samtykket på en måde, der åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan sundhedspersonen gennemføre behandlingen, såfremt Sundhedsstyrelsen (tidligere embedslægeinstitutionen) giver sin tilslutning hertil.

Sag 9 Klage over, at medicinsk behandling til dement blev iværksat trods de pårørendes manglende samtykke, tilslutning fra embedslægeinstitutionen til behandling (2006) (0657116A)

En 80-årig kvinde flyttede i 2000 i en ældrebolig for demente, da hun var meget generet af hukommelsesbesvær, og da hun havde svært ved at klare sig selv. Hendes datter var beskikket som værge for hende vedrørende personlige og økonomiske forhold.

Efterfølgende blev der foretaget en CT-scanning som sammenholdt med patientens sygehistorie tydede på, at hun led af Alzheimer demens. Der blev derfor ordineret behandling med Aricept.

I de følgende år blev patienten løbende fulgt, der blev foretaget forskellige undersøgelser samt tests af hendes kognitive funktion. Hun blev gradvist dårligere, og behandlingen med Aricept blev flere gange diskuteret. Hver gang besluttede lægerne dog, at behandlingen skulle fortsætte.

¹⁰ Jf. vejledningen pkt. 2.1.2.1.

¹¹ Jf. bemærkninger til PRL § 9.

I sommeren 2003 var patienten blevet meget dårlig. Hun havde forfølgelsesvanvid, kastede med maden, havde giftfrygt og var synshallucineret. En overlæge foreslog derfor behandling med antipsykotisk medicin i form af Zyprexa, som de pårørende imidlertid ikke ville acceptere. Overlægen anmodede derfor i henhold til lov om patienters retstilling § 9, stk. 4, embedslægeinstitutionen om at tilslutte sig behandling med antipsykotisk medicin. En måned senere tilsluttede embedslægen sig den foreslåede behandling, men da familien havde modsat sig Zyprexa, blev der ordineret behandling med Seroquel 12,5 mg dagligt. Familien blev orienteret herom.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten blev behandlet med Seroquel.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for at ordinere behandling med Seroquel, idet patienten efter nævnets opfattelse var behandlingskrævende, og idet det var nødvendigt at behandle hende, idet undladelse af behandling åbenbart ville skade behandlingsresultatet af hende. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten i kraft af sin demenstilstand havde udviklet psykotiske symptomer i form af såvel vrangforestillinger som hallucinationer, og at hun var forpint af denne tilstand. Det var nævnets opfattelse, at behandlingen med Seroquel var velegnet, og at der var tale om en beskeden dosis. Videre var det nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at overlægen anmodede embedslægeinstitutionen om at tilslutte sig behandlingen, idet hun forinden forgæves havde forsøgt at indhente værgens samtykke hertil.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at det af lov om patienters retsstilling § 6, stk. 1, fremgår, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, med mindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller §§ 8-10.

Videre oplyste nævnet, at det af lov om patienters retsstilling § 9, stk. 1, fremgår, at for en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling. I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsmæssige forhold, jf. værgemålslovens § 5, kan informeret samtykke dog gives af værgeren.

Endelig oplyste nævnet, at det af samme lovs § 9, stk. 4, fremgår, at sundhedspersonen, såfremt denne skønner, at de nærmeste pårørende eller værger, jf. stk. 1, forvalter samtykket på en måde, der åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan gennemføre behandlingen, såfremt vedkommende embedslægeinstitution giver sin tilslutning hertil.

I nedenstående sag fandt nævnet grundlag for at kritisere to praktiserende læger, idet de ikke indhentede embedslægeinstitutionens tilslutning til at opretholde medicinbehandling mod de nærmeste pårørendes ønske.

Sag 10 Klage over manglende ophør af medicin til varigt inhabil patient (2006)

(0657325P)

I september 1999 fik en 87-årig kvinde udført en CT-scanning af hjernen, der viste forandringer forenelige med Alzheimer. I juli 2002 blev patienten vurderet af gerontopsykiatrisk afdeling i sit hjem, og der blev startet behandling med Risperdal. På grund af patientens uro, vrede og aggressivitet blev dosis af Risperdal (antipsykotikum) øget i august 2002.

I februar 2003 blev dosis af Risperdal reduceret, idet der ikke kunne udelukkes at være bivirkninger ved medicinen. I marts 2003 anmodede patientens to døtre praktiserende læge A om at overtage behandlingen af patientens demens. De ønskede, at hun kom helt ud af behandlingen med Risperdal. Efter konference med en gerontopsykiatrisk overlæge og distriktspsykiatrisk sygeplejerske frarådede praktiserende læge A at nedsætte dosis af Risperdal.

I juni og juli 2003 kontaktede patientens ene datter praktiserende læge B to gange for at få dosis af Risperdal reduceret. Praktiserende læge B afviste dette.

I december 2003 meddelte patientens datter, at hun havde stoppet behandlingen med Risperdal. En måned senere telefonerede datteren til praktiserende læge A, idet hun var utilfreds med, at han ikke havde standset den medicinske behandling. Praktiserende læge A fastholdt, at det var til gavn for patienten at få en lille dosis Risperdal.

Nævnet fandt grundlag for at udtale kritik til de to praktiserende læger, idet de ikke havde indhentet tilslutning fra embedslægeinstitutionen efter lov om patienters retsstilling § 9, stk. 4 med henblik på, at Risperdal-behandlingen blev opretholdt mod de nærmeste pårørendes ønske.

Nævnet lagde ved sin afgørelse til grund, at patienten var varigt inhabil på de tidspunkter, hvor personer fra den nærmeste familie ønskede, at Risperdal-behandlingen blev seponeret.

Nævnet fandt, at det umiddelbart fremstod som åbenbart sandsynligt, at seponering af præparatet Risperdal, ordineret af speciallæger i ældres psykiske sygdomme ikke ville være i patientens interesse, hvorfor der var en klar risiko for åbenbart at skade patienten ved at følge familiens ønske om helt at stoppe den pågældende behandling.

2.2.4. Øjeblikkeligt behandlingsbehov

Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge, jf. sundhedslovens § 19 (tidligere PRL § 10).

Midlertidig mangel på evne til at give informeret samtykke foreligger i tilfælde, hvor patienten er bevidstløs, eksempelvis som følge af ulykke eller forgiftning.¹²

I nedenstående afgørelse fandt nævnet, at der forelå et øjeblikkeligt behandlingsbehov.

Sag 11 Klage over behandling uden samtykke fra en patient med øjeblikkeligt behandlingsbehov (2007) ([0764208A](#))

En 84-årig mand blev den 22. januar 2006 indlagt på kirurgisk afdeling på grund af smerter i maven, kvalme, opkast og afføringsstop.

De følgende døgn blev han observeret, og det blev gennemført diverse undersøgelser med henblik på udredning af tilstanden. Den 23. januar 2006 blev hans tilstand forværret, og der var mistanke om blindtarmsbetændelse og manglende/svækket blodforsyning til tarmen.

Han blev derfor opereret den 24. januar 2006 kort efter midnat af en 1. reservelæge og en overlæge. Ved operationen blev der fundet, at tolvfingertarmen var bristet to steder med udtalt irritation og henfald af vævet, ligesom et stykke af tyndtarmen var truet i forhold til blodforsyningen. Det dårlige stykke af tyndtarmen blev bortopereret, og de øvrige defekter blev syet sammen.

Patientens tilstand forværredes gradvist efter operationen, og han afgik ved døden den 25. januar 2006.

Der blev klaget over, at patienten blev opereret uden at have givet sit informerede samtykke hertil.

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere 1. reservelægen og overlægen for ikke at have indhentet informeret samtykke fra patienten forud for operationen. Nævnet lagde vægt på, at 1. reservelægen og overlægen ikke ud fra det foreliggende havde grund til at tro, at patienten ikke ønskede behandling, idet der hverken forelå oplysning

¹² Jf. vejledningen pkt. 2.1.2.3.

herom fra ham eller fra hans familie. Nævnet lagde endvidere vægt på, at øjeblikkelig behandling var påkrævet for patientens overlevelse, idet han umiddelbart før operationen blev beskrevet som bevidstløs med påvirket vejrtrækning og med tegn på cirkulationssvigt, hvorfor de involverede læger kunne indlede behandlingen uden at der forelå et informeret samtykke hertil.

I nedenstående afgørelse fandt nævnet, at patienten havde et øjeblikkeligt behandlingsbehov, men at lægerne efterfølgende burde have informeret patientens forældre om den iværksatte behandling.

Sag 12 Klage over manglende samtykke fra forældre (2002) ([0235401P](#))

En 7-årig pige, der var blevet født med en hjerneskade (cerebral parese), var i perioden fra sin fødsel til foråret 2001 jævnlige indlagt på børneafdelingen.

Den 27. februar 2001 havde patienten ved leg pådraget sig et brud i højre ankel og havde mange smerter som følge heraf, hvorfor hun fik Panodil.

Den 5. marts 2001 blev patienten indlagt på børneafdelingen, og i løbet af natten til den 6. marts 2001 fik hun svær muskelspænding, hvorfor hun blev behandlet med Kloralhydrat (præparat til standsning af kramper). Den 6. marts 2001 om dagen blev det vurderet, at krampeanfaldene var fremkaldt af smertepåvirkning, hvorfor der blev iværksat øget dosis Panodil. Om eftermiddagen var patienten fortsat anspændt, og supplerende smertebehandling med Ibuprofen (smertestillende middel) blev iværksat.

Den 7. marts 2001 om morgenen blev anspændtheden karakteriseret som næsten konstant anfaldsoptræden. For at begrænse muskelanspændtheden blev der påbegyndt behandling med Stesolid. Kl. 9.15 blev temperaturen målt til 42,8. Umiddelbart herefter blev det konstateret, at patienten var afgået ved døden.

Der blev klaget over, at patientens forældre ikke blev tilstrækkeligt informeret i forbindelse med behandlingen af patienten, herunder at de ikke blev informeret om medicinordinationerne.

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik, idet det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at der ikke forud for iværksættelsen af behandlingen med Kloralhydrat og Ibuprofen blev indhentet samtykke. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægerne efterfølgende havde informeret patientens forældre om den iværksatte behandling med Kloralhydrat og Ibuprofen. Dette blev meddelt til den administrerende overlæge på afdelingen, idet det er denne, som skal forestå instrukser for, hvordan det sikres, at patienten/pårørende bliver informeret efterfølgende.

Nævnet fandt, at behandlingen med henholdsvis Kloralhydrat og Ibuprofen ville være blevet unødigt forsinket, såfremt lægerne først skulle have indhentet samtykke fra patientens forældre.

2.2.5. Patientens inddragelse

Af sundhedslovens § 20 (tidligere PRL § 11) fremgår det, at en patient, der ikke selv kan give informeret samtykke, skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen. Dette fraviges dog i tilfælde, hvor det kan skade patienten at blive inddraget. Såfremt patientens tilkendegivelser er aktuelle og relevante, skal de tillægges betydning.

Nævnet har ikke truffet afgørelser om inddragelse af den inhabile patient i behandlingsforløbet.

2.2.6. Sultestrejke

Det fremgår af sundhedslovens § 23 (tidligere PRL § 14), at en sundhedsperson ikke må afbryde en sultestrejke, hvis en patient utvivlsomt har iværksat en sultestrejke, og patienten er informeret om sultestrejkens helbredsmæssige konsekvenser.

Ifølge bemærkningerne til loven betyder dette, at sundhedspersonen ikke må gribe ind, hvis der er tale om en velovervejede handling fra patientens side.¹³

Nævnet har ikke truffet afgørelser vedrørende patienters ret til at sultestrejke.

2.2.7. Afvisning af at modtage blod

Det fremgår af sundhedslovens § 24, stk. 1 (tidligere PRL § 15, stk. 1), at en behandling, der indebærer transfusion med blod eller blodprodukter, ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke.

Af sundhedslovens § 24, stk. 2 (tidligere PRL § 15, stk. 2), fremgår det, at patientens afvisning af at modtage blod skal være givet i forbindelse med den aktuelle sygdomssituation, og at afvisningen skal være baseret på information fra sundhedspersonen om de helbredsmæssige konsekvenser, som afvisning af blod kan få.

Såfremt det strider mod sundhedspersonens etiske opfattelse, er sundhedspersonen ikke forpligtet til at udføre en behandling uden anvendelse af blod eller blodprodukter, jf.

¹³ Jf. bemærkninger til PRL § 14.

sundhedslovens § 24, stk. 3 (tidligere PRL § 15, stk. 3). Patienten må da henvises til en anden sundhedsperson, medmindre der foreligger et tilfælde af påtrængende nødvendig lægehjælp, jf. autorisationslovens § 42 (tidligere § 7, stk. 1 i lægeloven).

Ifølge lov om social service § 44 kan børne- og ungeudvalget træffe beslutning om at gennemføre en undersøgelse eller behandling af et barn, hvis forældremyndighedsindehaveren undlader at lade barnet undersøge eller behandle for en livstruende sygdom eller en sygdom, der udsætter barnet for varig eller betydelig invaliditet.

Af bemærkningerne til sundhedsloven (tidligere PRL) fremgår det, at lægen, såfremt forældrene til et barn under 15 år ønsker, at behandlingen af barnet skal ske uden blod ved en livstruende sygdom, om nødvendigt har pligt til at underrette kommunalbestyrelsen med henblik på, at børne- og ungeudvalget kan træffe beslutning om, at den nødvendige lægelige undersøgelse eller behandling af barnet gennemføres med anvendelse af blod.¹⁴

I nedenstående sag havde forældrene til et mindreårigt barn nedlagt forbud mod behandling med blod, og situationen var livstruende for barnet. Patientklagenævnet fandt, at lægerne ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling, idet der havde været tale om et akut behandlingsbehov.

Sag 13 Klage over manglende samtykke fra forældrene til blodtransfusion (2000)

(0020801P)

Ved kejsersnit den 8. juli 1999 kl. 0.35 blev en pige født ved en graviditetslængde på ca. 27 uger. Barnet, der vejede 790 gram og var 37 cm langt, blev samme dag overflyttet til et andet sygehus.

Den 9. juli 1999 havde en overlæge en samtale med barnets forældre, hvorefter han i journalen noterede, at forældrene tilhørte Jehovas Vidner, og at de var modstandere af blodtransfusion, hvilket man var indstillet på at respektere i størst muligt omfang. Man ville dog, såfremt man kom i en situation, hvor blodtransfusion alligevel skulle blive nødvendig for liv og førlighed, give blod.

I perioden fra den 9. juli til den 12. juli 1999 faldt barnets blodprocent fra 13 til 6,2, og barnets blodstørkningsevne var væsentligt nedsat (0,11-0,14, hvor blødninger opstår ved værdier under 0,25-0,30), hvorfor behandlinger uden blod ikke hjalp.

Der blev klaget over, at lægerne på børneafdelingen gav barnet friskfrossent plasma én gang den 10. juli 1999, to gange den 11. juli 1999 samt én gang den 12. juli 1999, når

¹⁴ Jf. bemærkninger til PRL § 15.

forældrene havde frabedt sig blodtransfusion, og børne- og ungeudvalget først traf beslutning om behandling mod forældrenes ønske den 13. juli 1999.

Patientklagenævnet fandt, at de læger, som var involveret i ordinationen af friskfrosset plasma til barnet i perioden fra den 10. til den 12. juli 1999, ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling, idet behandlingen af barnet med plasma var nødvendig både på grund af lavt blodtryk og på grund af nedsat blodstørkningsevne i blodet med blødning fra lunger eller luftveje, samt at der intet reelt alternativ var til plasmabehandling, idet kun få af de proteiner, som har betydning for blodets størkningsevne, findes tilgængelige i rensset eller syntetisk form.

Det var endvidere nævnets opfattelse, at de fire behandlinger med plasma i dagene fra den 10. til den 12. juli 1999 var indiceret af hensyn til barnets overlevelse, herunder overlevelse uden alvorlige følgetilstande, især for at hindre hjerneblødning, hvilket et så præmaturt barn med respirationsproblemer efter nævnets opfattelse har høj risiko for at få.

Nævnet oplyste, at børne- og ungeudvalget ifølge lov om social service § 44 kan træffe beslutning om at gennemføre en undersøgelse eller behandling af et barn, hvis forældremyndighedsindehaveren undlader at lade barnet undersøge eller behandle for en livstruende sygdom eller en sygdom, der udsætter barnet for varig eller betydelig invaliditet. I hastesituationer kan beslutningen træffes i medfør af en særlig hasteprocedure, som er nærmere reguleret i § 45 i lov om social service.

Endelig var det nævnets opfattelse, at situationen i det konkrete tilfælde var akut og vital, hvorfor hurtig behandling var påkrævet, og at manglende behandling kunne have alvorlige følger. Der var således i det konkrete tilfælde ikke tale om en forudsigelig situation, idet der var tale om et meget lille præmaturt barn, hvor tilstanden kan ændre sig over minutter, og man kunne forestille sig et forløb, hvor det ikke blev nødvendigt at bruge plasma. Nævnet fandt ikke, at det i den konkrete situation var forsvarligt at afvente en beslutning fra de sociale myndigheder, før man gav plasma.

Nævnet var af den opfattelse, at det i tilfælde som det foreliggende, hvor det er forældrene, der varetager patientens tarv, og hvor de ikke ønsker at give samtykke til konkret behandling, der vil kunne afhjælpe den livstruende situation, er overladt den behandlende læge at vurdere, om det inden for rimelig tid ville kunne lade sig gøre at få samtykke fra de sociale myndigheder. I de tilfælde, hvor lægen skønner, at det ikke ville være forsvarligt at afvente de sociale myndigheders stillingtagen, kan lægen iværksætte behandling, der kan afværge den livstruende situation. Dette følger af § 10 i lov om patienters retsstilling om et øjeblikkeligt behandlingsbehov.

2.2.8. Behandling af uafvendeligt døende

Det fremgår af sundhedslovens § 25, stk. 1 (tidligere PRL § 16, stk. 1), at en uafvendeligt døende patient kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden.

Det fremgår af bemærkningerne til sundhedsloven (tidligere PRL), at en patient er uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde indenfor dage til uger trods anvendelsen af de – ud fra den tilgængelige viden om grundsygdommen og den eventuelle følgetilstande – foreliggende behandlingsmuligheder.¹⁵

Af sundhedslovens § 25, stk. 2 (tidligere PRL § 16, stk. 2), fremgår det, at en sundhedsperson kan undlade at indlede eller fortsætte en livsforlængende behandling, såfremt en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret. Dette er en lægefaglig vurdering.

En uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet, jf. sundhedslovens § 25, stk. 3 (tidligere PRL § 16, stk. 3).

Nævnet har ikke truffet afgørelser vedrørende behandling af uafvendeligt døende patienter.

2.2.9. Livstestamenter

Sundhedslovens § 26 (tidligere PRL § 17) giver en person, der er myndig, mulighed for at oprette et livstestamente, hvor den pågældende kan udtrykke sine ønsker med hensyn til behandling, hvis vedkommende skulle komme i en situation, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af vedkommende. I livstestamentet kan optages bestemmelse om, at livsforlængende behandling ikke ønskes i tilfælde, hvor patienten er uafvendeligt døende eller varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt på grund af svær invaliditet.

Nedenstående afgørelse illustrerer dette.

Sag 14 Klage over at behandling var i strid med livstestamente (2005) ([0551315A](#))

En 72-årig kvinde havde den 17. oktober 2002 fået indopereret en ny hjerteklap. Den 4. november 2002 fik hun hjertestop, og hun var uden åndedræt og puls. Lægerne begyndte kunstigt åndedræt og hjertemassage. Brystkassen blev herefter åbnet, og et hul i legemspulsåret blev syet sammen, og der blev givet intern hjertemassage, som medførte, at hjertet kunne pumpe af sig selv, og brystkassen blev syet sammen igen. Nogle timer senere svigtede hjertet igen, og patienten døde.

¹⁵ Jf. bemærkninger til PRL § 16.

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

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

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

2.3. Tidspunkt for afgivelse af samtykke

Et samtykke kan gives straks eller efter betænkningstid. Sundhedspersonen må i den konkrete situation vurdere, hvor lang betænkningstid, der bør gives. Længere betænkningstid kan komme på tale i tilfælde, hvor det drejer sig om komplicerede og alvorlige indgreb.¹⁶ Dette betyder, at informationen skal gives i så god tid, at patienten får tid til at overveje, om patienten skal give samtykke til det pågældende indgreb.¹⁷

Ved kosmetisk behandling kan samtykke først afgives efter udløbet af en nærmere angivet betænkningstid, se herom afsnit 5.3.

Nedenstående sag er et eksempel på, at patienten fik en længere betænkningstid.

Sag 15 Betænkningstid i forbindelse med samtykke (2001) ([0126422P](#))

En 45-årig kvinde blev den 9. januar 2001 indlagt på gynækologisk/obstetrisk afdeling med henblik på operativ fjernelse af livmoderen (supravaginal hysterektomi) på grund af en muskelknode (fibrom). Kvinden var første gang blevet undersøgt den 26. september 2000, hvor der blev aftalt en betænkningstid, idet patienten ikke havde besluttet sig helt for, om hun ønskede indgrebet. Den 2. november 2000 var hun blevet informeret om indgrebet og havde besluttet sig for operation. Operationen blev udført den 10. januar 2001, og under indgrebet blev livmoderen og æggestokkene fjernet.

Der blev klaget over, at lægen under indgrebet den 10. januar 2001 fjernede patientens æggestokke uden forudgående samtykke.

¹⁶ Jf. bemærkninger til PRL § 6.

¹⁷ Jf. bekendtgørelsens § 5, stk. 2.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere afdelingslægen i forbindelse med indhentelse af samtykke til sin behandling af patienten og lagde herved vægt på, at patienten den 26. september 2000 blev undersøgt på gynækologisk/obstetrisk afdeling, hvor en læge foreslog fjernelse af livmoderen. Der blev aftalt en betænkningstid, idet patienten ikke havde besluttet sig helt for, om hun ønskede indgrebet. Den 2. november 2000 informerede afdelingslægen ifølge journalen patienten om indgrebet, og at hun besluttede sig for operation. Den 9. januar 2001 informerede afdelingslægen endvidere patienten om, at hvis muskelknuden gik ned i livmoderhalsen, eller hvis det teknisk var mere hensigtsmæssigt, ville hun også fjerne livmoderhalsen. Det fremgik desuden af journalen, at afdelingslægen informerede om, at hun ville efterlade æggestokkene, hvis de var normale, men fjerne dem, hvis hun fandt sygelige forandringer, såsom endometriosecyster.

Nævnet oplyste, at endometriose er livmoderslimhinde udenfor livmoderen. Det kan findes i livmoderens muskulatur og udenfor livmoderen. Således kan man have endometriose på æggestokkene, i blæren, bughinden og tarmen. Det kan til og med ses længere væk fra livmoderen for eksempel i navlen eller i operationsar. Endometriosevæv undergår forandringer i slimhinden i livmoderen og medfører typisk smerter i forbindelse med menstruation. I visse tilfælde kan det medføre dannelse af cyster og sammenvoksninger.

Ifølge operationsbeskrivelsen fandt afdelingslægen under indgrebet en stor muskelknude i livmoderen på ca. 10 centimeter i diameter. Muskelknuden gik langt ned og skubbede livmodermunden over i højre side. Afdelingslægen fandt endvidere, at venstre æggestok var indlejret i betydelige sammenvoksninger til tarm og bækkenvæg, og at der var to blodfyldte cyster på venstre æggestok, og en blodfyldt cyste på højre æggestok. Hun tilkaldte herefter en overlæge, og de vurderede i fællesskab, at begge æggestokke var sæde for endometrioseforandringer. De konkluderede derfor, at der var indikation for fjernelse af æggestokkene. Mikroskopisvaret fra det fjernede væv bekræftede, at der var tale om endometriose.

På baggrund af ovenstående fandt nævnet, at der forud for indgrebet den 9. januar 2001 forelå et informeret samtykke fra patienten til operativ fjernelse af livmoderen, herunder fjernelse af æggestokkene, såfremt der var tegn på sygelige forhold.

I de følgende sager blev der klaget over, at samtykket blev indhentet på et forkert tidspunkt.

Sag 16 Klage over manglende information i forbindelse med operation (2007)

(0761515A)

En 50-årig mand henvendte sig den 16. december 2004 akut hos en praktiserende læge på grund af mavesmerter. Lægen mente ud fra symptomer og sygehistorie, at der var tale om irriteret tyktarm og anbefalede kostomlægning og ophør med indtagelse af alkohol. Den 17. december 2004 tilså lægen igen patienten, men fandt stadig ikke grund til at indlægge ham. Senere samme dag blev patienten indlagt på et sygehus på grund af sine smerter.

På sygehuset blev der på en konference den 22. december 2004 truffet beslutning om, at patienten skulle have foretaget en koloskopi og derefter en operation for tyktarmslyng. Fremgangsmåden måtte dog ændres, og operatøren informerede patienten om dette umiddelbart efter koloskopien og lige før operationen.

Under operationen, hvor der fandtes en tumor på venstre bækkenvæg, blev venstre urinleder læderet, og der blev anlagt et kateter fra urinblæren til nyrebækkenet. Der blev endvidere foretaget en stomi af tyktarmen.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke var blevet informeret om, at han skulle opereres, og at han ikke var informeret om risikoen for en stomi.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere operatøren for sin indhentelse af informeret samtykke fra patienten, idet han ikke havde informeret om risikoen for anlæggelse af en stomi forud for foretagelse af koloskopien og for, at operatøren ikke havde informeret om risikoen for akut operation, men valgte at give denne information til en patient, der var under påvirkning af bedøvelse.

Sag 17 Klage over, at livmoderen blev fjernet, uden at der var givet samtykke hertil

(2006) (0654706P)

En 47-årig kvinde blev den 10. maj 2004 undersøgt på gynækologisk afdeling. På baggrund af undersøgelsen fandt overlæge A, at patienten enten havde en dermoidtumor på venstre æggestok eller en muskelknode på livmoderen, og han fandt herefter, at der var indikation for en operation.

Overlæge B fandt ved operationen, at der var flere bindevævsknuder på livmoderens bagside og venstre side, og han besluttede at fjerne livmoderen.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten fik fjernet sin livmoder uden at have givet samtykke hertil.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlæge B for dennes indhentelse af informeret samtykke fra patienten.

Nævnet lagde vægt på, at overlæge B lige umiddelbart inden operationen informerede patienten om, at der kunne være tale om en muskelknode, der sad på livmoderen, og at det var muligt, at man ikke ville kunne fjerne den uden samtidig at fjerne livmoderen.

Nævnet oplyste, at det fremgår af § 5, stk. 2 i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger, at information om et behandlingstilbud skal gives på et sådant tidspunkt, at der er tid til spørgsmål og fornøden overvejelse.

Det var nævnets opfattelse, at det umiddelbart før et indgreb som udgangspunkt var for sent at informere en patient om et alvorligt indgreb. Der gives herved ikke patienten tilstrækkelig tid til at overveje operationen og afgive et informeret samtykke.

Nævnet bemærkede, at det aktuelle indgreb var af en sådan karakter, at det kunne have været udsat.

Sag 18 Klage over indhentelse af samtykke (2004) ([0444125A](#))

En 29-årig kvinde fik den 2. maj 2003 foretaget en celleprøve hos en speciallæge. Prøven viste celleforandringer, og det blev aftalt, at der skulle tages vævsprøver fra livmoderhalsen.

Den 3. juli 2003 mødte patienten til det planlagte indgreb. Det viste sig imidlertid, at det ikke var muligt at tage biopsier på grund af livmoderhalsens størrelse og lejrning, hvorfor speciallægen i stedet valgte at foretage et lille keglesnit i lokalbedøvelse.

Der blev blandt andet klaget over, at speciallægen ikke informerede patienten i tilstrækkeligt omfang, både før og efter indgrebet den 3. juli 2003.

Nævnet fandt grundlag for at udtale kritik af speciallægen, idet denne havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved sin information og indhentelse af samtykke.

Nævnet vurderede blandt andet, at det ikke var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at speciallægen informerede og søgte at opnå samtykke fra patienten, da hun lå i gynækologisk leje med blottet underkrop.

Sag 19 Klage over indsættelse af net under brokoperation uden patientens samtykke hertil (2004) ([0656708A](#))

En 68-årig mand blev i oktober 2002 undersøgt af en sygehuslæge for venstresidigt brok. Patienten var 30 år tidligere opereret for højresidigt brok uden følger.

Sygehuslægen fandt, at der var grundlag for at foretage brokoperation (herniotomi) og informerede om fordele og ulemper ved indsættelse af net. Patienten ønskede imidlertid ikke net, hvilket blev noteret i journalen.

Den 2. december 2004 blev patienten opereret for venstresidigt brok af en overlæge med indsættelse af net.

Den 22. december 2004 noterede overlægen i journalen, at patienten havde ringet, idet han var ked af, at der var indlagt net. Overlægen noterede, at der ganske vist stod i journalen, at der ikke skulle lægges net ind, men at patienten havde sagt til ham før operationen, at han måtte gøre det, hvis han fandt det nødvendigt.

Der blev klaget over, at overlægen uden patientens samtykke indsatte et såkaldt net i forbindelse med en operation for brok.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen for dennes indhentelse af informeret samtykke fra patienten.

Nævnet lagde til grund, at der forelå modstridende oplysninger fra patienten og overlægen, om hvorvidt patienten kort før operationen gav samtykke til, at der måtte blive sat net ind. I et sådant tilfælde gælder et almindeligt retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode. På denne baggrund fandt nævnet ikke grundlag for at fastslå, at patienten ikke kort før indgrebet over for overlægen gav samtykke til, at der måtte indsættes net, hvis det blev anset for nødvendigt.

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

Det var nævnets opfattelse, at det umiddelbart før en operation som udgangspunkt er for sent at informere en patient om en væsentlig ændring eller udvidelse af et forud bestemt aftalt indgreb. Der gives herved ikke patienten tilstrækkelig tid til at overveje operationen og afgive et informeret samtykke.

Det var i den sammenhæng nævnets opfattelse, at disse betragtninger har særlig vægt i tilfælde som den pågældende sag, hvor patienten tidligere udtrykkeligt har tilkendegivet ikke at ønske en bestemt type behandling, og denne behandling må anses for en væsentlig ændring eller udvidelse af det forud aftalte indgreb.

Nævnet lagde derudover til grund, at akut behandling i patientens tilfælde ikke var bydende nødvendigt.

Det var ud fra disse samlede omstændigheder nævnets opfattelse, at informationstidspunktet og omstændighederne ikke var egnede til, at patienten på operationsgangen blev informeret om ændringen af indgrebet.

Hvis der kort før et planlagt operativt indgreb findes indikation for en væsentlig udvidelse af dette var det i øvrigt nævnets opfattelse, at en umiddelbar foretagelse af et sådant ændret indgreb under alle omstændigheder må forudsætte, at den involverede sundhedsperson på behandlingstidspunktet journalfører sine faglige overvejelser over nødvendigheden af, at det ændrede indgreb foretages umiddelbart.

2.4. Samtykkets rækkevidde

Det fremgår af § 3, stk. 1, i bekendtgørelsen, at en patient skal give samtykke til en konkret behandling i forbindelse med den aktuelle behandlingssituation. Såfremt der kommer nye oplysninger, eller der sker ændringer i behandlingsplanen, skal der indhentes fornyet samtykke, jf. § 3, stk. 2, i bekendtgørelsen.

Ifølge vejledningen skal samtykket være konkretiseret i den forstand, at det er klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter. Det skal altså være klart, hvilken behandling/behandlingsmetode der må foretages, og hvad der er formålet med behandlingen. Samtykket skal også være aktuelt, hvilket betyder, at det skal være givet til en behandling, der skal foretages i den nærmeste fremtid og ikke på et uvist tidspunkt i fremtiden.¹⁸ Det beror på en konkret vurdering af alle omstændigheder i den enkelte sag, om den gennemførte behandling kan anses for omfattet af samtykket eller ej.

Det fremgår videre af vejledningen, at sundhedspersonen har pligt til at sikre sig et samtykke fra patienten til behandling, inden behandlingen iværksættes. Dette er særlig relevant i forbindelse med operative indgreb, hvor man ikke løbende kan indhente samtykke fra patienten. Såfremt der er tvivl om samtykkets rækkevidde, bør sundhedspersonen undlade at

¹⁸ Jf. vejledningen pkt. 2.3.

behandle, medmindre der foreligger en situation, hvor behandling er absolut nødvendig, jf. sundhedslovens § 19 (tidligere PRL § 10) om øjeblikkeligt behandlingsbehov.¹⁹

I det følgende refereres fire sager, hvor nævnet fandt, at samtykket ikke omfattede den gennemførte behandling.

Sag 20 Klage over manglende samtykke til amputation over knæet (2006) ([0656705P](#))

En 86-årig kvinde blev informeret om, at der på grund af dårligt blodomløb i højre ben, som havde medført sår og fare for koldbrand, var indikation for amputation. Patienten blev informeret om, at benet ville blive amputeret under knæet, og hun tilkendegav over for overlægen, at hun var indstillet herpå.

Fire dage senere blev operationen udført i fuld bedøvelse af en overlæge på ortopædkirurgisk afdeling, som foretog amputation over knæet.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere overlægen for hans indhentelse af informeret samtykke, idet nævnet lagde til grund, at overlægen ikke havde informeret patienten om, at det i forbindelse med indgrebet kunne være nødvendigt at amputere over knæet i stedet for under knæet.

Sag 21 Klage over manglende samtykke til kirurgisk indgreb på en knude i leveren (2006) ([0553510A](#))

En 34-årig kvinde skulle opereres på gynækologisk afdeling på grund af en knude i livmoderen. Det blev forud for operationen aftalt, at der under denne tillige skulle foretages en vurdering af knude i leveren. Under operationen vurderede en afdelingslæge fra kirurgisk afdeling, at det ville være hensigtsmæssigt at foretage forsøg på fjernelse af knuden, idet det ikke kunne udelukkes, at der var tale om en kræftknude. Han lagde derfor et snit med henblik på fjernelse af knuden, men på grund af dennes forbindelse til leveren blev selve fjernelsen udskudt til senere foretagelse på andet sygehus.

Der blev klaget over, at patienten fik foretaget et indgreb, der ikke var givet samtykke til.

Nævnet fandt grundlag for kritik af afdelingslægen, idet nævnet fandt, at det samtykke, der var givet til fjernelse af knude i livmoderen samt undersøgelse af knude i leveren, ikke tillige omfattede kirurgisk indgreb på knuden i leveren.

¹⁹ Jf. vejledningen pkt. 2.3.

Sag 22 Klage over manglende samtykke til amputation af det yderste fingerled (2004)

(0444814A)

En 44-årig kvinde blev behandlet på en ortopædkirurgisk afdeling, da hun med en rundsav var kommet til at save i højre pegefingers yderled, der næsten blev skåret helt af. Knoglen blev sat sammen med metaltråde.

Halvanden måned senere vurderede en afdelingslæge på ortopædkirurgisk afdeling, at såret ikke kunne heles. Patienten blev tilbudt operation, så der kunne dannes huddække over knoglen, formentlig ved at afbide et lille stykke af yderstykket. En 1. reservelæge foretog den planlagte operation. Under indgrebet fandt 1. reservelægen det nødvendigt at amputere hele det yderste knoglestykke for at opnå huddække. 1. reservelægen talte ikke med patienten før operationen, da patienten allerede var bedøvet ved hans ankomst.

Der blev klaget over, at patienten ved operationen fik fjernet det yderste led af højre pegefinger, selv om der ikke havde været givet samtykke hertil.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere 1. reservelægen. Nævnet lagde herved vægt på, at det fremgår af § 6 i lov patienters retsstilling, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lovens §§ 8-10, anden lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov. Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af en fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. lovens § 7. Af denne sidstnævnte bestemmelse fremgår det blandt andet, at informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal ligeledes gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Nævnet lagde herunder vægt på, at det tydeligt fremgik af journalen, at der var planlagt et betydeligt mindre indgreb, end det som 1. reservelægen fandt grundlag for. Det var nævnets opfattelse, at 1. reservelægen derfor burde have afbrudt operationen med henblik på sikre sig, at patienten blev informeret om, at det var blevet vurderet, at hele yderstykket skulle amputeres, så denne kunne tage stilling til, om der kunne gives samtykke hertil.

Sag 23 Klage over indhentelse af informeret samtykke i forbindelse med laserbehandling (2003) (0445819A)

En 45-årig kvinde fik som barn konstateret en kronisk hudlidelse med knuder, vorter og hård hud. Svulsterne kan være godartede, men kan også udvikles til hudkræft. I 1980 blev det anslået, at patienten havde haft mere end 550 svulster. Gennem årene modtog

patienten behandlinger under lokalbedøvelse for sin sygdom på en dermatologisk afdeling. Den 13. november 2001 blev patienten behandlet med laser for sin sygdom af en overlæge på denne afdeling.

Den 5. marts 2002 blev patienten indlagt på et andet hospital på grund af sår dannelse i hovedbunden efter laserbehandling. Lægerne fandt her et 2 x 3 cm stort dødt hudområde i hårbunden.

Der blev klaget over, at patienten ikke forud for laserbehandlingen blev informeret om, at overlægen ville fjerne mere end 30-40 knuder, vorter og hård hud, og at hun ikke var blevet tilstrækkeligt informeret om narkosens varighed. Der blev endvidere klaget over, at overlægen ikke udførte laserbehandlingen korrekt.

Nævnet fandt grundlag for kritik af overlægens information til patienten, idet nævnet fandt, at patienten havde samtykket til at få fjernet 30-40 elementer fra kroppen, mens der ifølge journalen faktisk blev fjernet flere hundrede elementer.

Efter omstændighederne kan samtykke til ét indgreb fortolkes som samtykke til også et andet indgreb, hvis det andet indgreb er et mindre end det indgreb, der primært blev givet samtykke til. I de to nedenstående sager fandt nævnet, at sådanne særlige omstændigheder gjorde sig gældende.

Sag 24 Klage over ændring af én type operation til en anden uden forudgående informeret samtykke (2002) ([0232909A](#))

En 44-årig kvinde havde efter fjernelse af galdeblæren fået et brok i operationsarret. Hun blev derfor indstillet til brokoperation med indsættelse af net i bugvæggen. Operationen foregik i fuld bedøvelse og omfattede frigørelse af brokket fra brokporten, tilbageskubning af brokket til bughulen og sammensyning af brokporten uden indsættelse af net i bughulen. Operationen forløb uden komplikationer, og patienten blev kort efter udskrevet. Imidlertid gendannede brokket sig mindre end 1/2 år efter operationen.

Der blev klaget over, at lægerne fandt grundlag for at foretage en anden operation end den planlagte, og at dette skete uden forinden at have indhentet patientens informerede samtykke hertil.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af de læger, som var involveret i operationen. Nævnet fandt, at da brokket var noget mindre end først antaget, og da lukningen kunne foregå uden stramning af vævet, var det relevant, at lægerne valgte den mindst risikofyldte operationstype og derfor undlod at indsætte en netforstærkning. På

denne baggrund fandt nævnet endvidere, at den mindre indgribende operation lå inden for det af patienten givne samtykke.

Sag 25 Klage over manglende samtykke til fjernelse af æggestokke (2001) ([0126422P](#))

En 45-årig kvinde blev den 9. januar 2001 indlagt på gynækologisk/obstetrisk afdeling med henblik på operativ fjernelse af livmoderen (supravaginal hysterektomi), på grund af en muskelknude (fibrom). Patienten var første gang blevet undersøgt den 26. september 2000, hvor der blev aftalt en betænkningstid, idet patienten ikke havde besluttet sig helt for, om hun ønskede indgrebet. Den 2. november 2000 var hun blevet informeret om indgrebet og besluttet sig for operation. Operationen blev udført den 10. januar 2001, og under indgrebet blev livmoderen og æggestokkene fjernet. Operationen foregik ukompliceret.

Der blev klaget over, at lægen under indgrebet den 10. januar 2001 fjernede patientens æggestokke uden forudgående samtykke.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen i forbindelse med indhentelse af samtykke til sin behandling af patienten den 9. januar 2001. Patienten var således blevet informeret om, at hvis muskelknuden gik ned i livmoderhalsen, eller hvis det teknisk var mere hensigtsmæssigt, ville hun også fjerne livmoderhalsen. Det fremgår endvidere, at lægen informerede om, at hun ville efterlade æggestokkene, hvis de var normale, men fjerne dem, hvis hun fandt sygelige forandringer såsom endometriosecyster.

Det fremgik af journalen den 10. januar 2001, at lægen tilkaldte en overlæge, og at de i fællesskab vurderede, at begge æggestokke var sæde for endometrioseforandringer. De konkluderede derfor, at der var indikation for at fjernelse af æggestokkene.

På baggrund af ovenstående fandt nævnet, at der forud for indgrebet den 10. januar 2001 forelå et informeret samtykke fra patienten til operativ fjernelse af livmoderen, herunder fjernelse af æggestokkene, såfremt der var tegn på sygelige forhold.²⁰

2.5. Samtykkets form

Det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 4 (tidligere PRL § 6, stk. 4), at et informeret samtykke kan være skriftligt, mundtligt eller stiltiende.

Som udgangspunkt skal samtykket være udtrykkeligt.²¹ Et udtrykkeligt samtykke foreligger, hvis patienten eksplicit giver udtryk for, at patienten er indforstået med den pågældende

²⁰ Se også afsnit 3.1.

²¹ Jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 2.

behandling. Det er tilstrækkeligt med et mundtligt samtykke. Sundhedspersonen kan dog anmode om et skriftligt samtykke, såfremt der er tale om et større indgreb og komplicerede behandlinger, eller hvis der er formodning for, at der kan blive rejst tvivl om samtykkets afgivelse og omfang.²² I særlige tilfælde skal samtykket være skriftligt. Dette gælder for eksempel andet i forbindelse med sterilisation og abortindgreb.²³

Sag 26 Klage over manglende indhentelse af samtykke til oplæggelse af spiral (2006)
(0658728A)

En 18-årig kvinde skulle have foretaget abortindgreb. Forud herfor blev spørgsmålet vedrørende spiral drøftet med patienten. I forbindelse med aborten fik patienten oplagt en spiral. Patienten fik først kendskab til, at hun havde fået en spiral opsat, da hun 2 måneder senere henvendte sig på grund af langvarig menstruation med mange smerter i underlivet.

Der blev klaget over, at patienten ikke havde givet samtykke til oplægning af spiral.

Nævnet fandt grundlag for kritik af lægen, idet nævnet vurderede, at en tilføjelse til journalen om, at spiral havde været drøftet med patienten, ikke var tilstrækkeligt til, at patienten kunne anses for at have givet samtykke til oplægningen af spiral.

Sag 27 Klage over manglende skriftligt samtykke til behandling for cyste i æggestok
(2000) (0018828P)

En 43-årig kvinde blev af en speciallæge i gynækologi henvist til nærmere undersøgelse på et sygehus, idet en underlivsundersøgelse med ultralydsscanning havde påvist en cyste i højre æggestok. Ved en kikkertundersøgelse på sygehuset var forholdene vanskeligt overskuelige, og overlægen åbnede derefter til bughulen gennem arret efter kejsersnittet.

Der blev klaget over, at patienten ikke havde givet skriftligt samtykke til det udførte indgreb.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af, at der ikke forud for operationen blev indhentet skriftligt samtykke fra patienten. Patientklagenævnet oplyste, at der i henhold til lov om patienters retsstilling § 6, stk. 4, ikke er pligt til at indhente skriftligt samtykke til behandling.

²² Jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 3.

²³ Jf. bekendtgørelse om sterilisation og kastration nr. 1131 af 13/12/1996 samt bekendtgørelse nr. 1125 af 13/12/1996.

Et stiltiende samtykke kan efter omstændighederne være tilstrækkeligt, såfremt patienten uden tvivl er enig i behandlingen. Et stiltiende samtykke foreligger, hvor den enkelte patients signaler og opførsel må tolkes således, at der foreligger et samtykke på baggrund af den givne information. Et stiltiende samtykke bør kun accepteres, hvis der ikke er tvivl om, at patienten samtykker, eller hvis det i den aktuelle situation vil være ”kunstigt” at afkræve patienten et samtykke – eksempelvis hvor patienten henvender sig til den praktiserende læge til de almindelige undersøgelser, som foregår ved en sådan konsultation. I et sådant tilfælde må lægen kunne gå ud fra, at patienten stiltiende har samtykket. Et stiltiende samtykke hertil vil som regel kun være aktuelt i forbindelse med enkelte delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb.²⁴

Sag 28 Klage over manglende samtykke til injektion (2001) ([0124504P](#))

En 41-årig kvinde blev den 20. april 1998 af egen læge indlagt på en reumatologisk afdeling på grund af mistanke om en diskusprolaps. En overlæge behandlede patienten med en blokade ved injektion af 40 mg Depomedrol og 8 ml Lidokain givet i nedre del af ryggen over leddet mellem hofte- og halebenet.

Der blev blandt andet klaget over, at overlægen ikke forudgående indhentede patientens samtykke til injektionen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik af overlægen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at fastslå, at behandlingen af patienten foregik uden hendes samtykke, idet patienten overværede forberedelserne til blokaden og selv lagde sig på maven for at modtage blokaden i ryggen. Der var således heller ikke i journaloptegnelserne noget, der tydede på, at behandlingen skulle være foregået, uden at patienten havde givet samtykke hertil.

Nævnet lagde vægt på, at det af en udtalelse til sagen fra overlægen fremgik, at der var lette kommunikationsproblemer med patienten, men at han forsøgte at informere hende omkring hendes sygdom, hvad angår symptomer og behandling, herunder også blokadebehandlingen.

²⁴ Jf. vejledningen pkt. 2.4.

3. KLAGER I FORBINDELSE MED TYKTARMSTUMORER

Patientklagenævnet har i december 2008 offentliggjort en sammenfatning af nævnets praksis vedrørende tyktarmstumorer. Sammenfatningen omfatter afgørelser af klager truffet i perioden 1999-2007. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 2.2 og 3.1, som indeholder henholdsvis en generel gennemgang af tyktarmstumorer og klager over utilstrækkelige undersøgelser.

3.1. Tyktarmstumorer

Tyktarmstumorer er en af de mest almindelige former for cancer, og jo tidligere man opdager den og kan starte en behandling, jo større er chancen for at blive rask. Det er hovedsageligt ældre personer, der får tyktarmstumorer, og det er meget usædvanligt, at sygdommen rammer personer under 30 år. Det kan dog ske, hvis man er arveligt disponeret (til polyppdannelse) eller har forstyrrelser i reparationen af ens arvemateriale.

Det er ikke altid, at symptomerne ved tyktarmscancer er tydelige, d.v.s. at de kan komme snigende. Almindelige symptomer og gener ved tyktarmscancer kan være:

- Blødning fra tarmen (rent blod eller blod blandet med afføring)
- Slim i afføringen
- Ændrede afføringsvaner
- Blodmangel – typisk bliver man træt og bleg, og om man har meget lav blodværdi kan man føle sig svimmel, have hjertebanken og sus i ørene
- Vægttab.

Symptomer på kræft i tyktarmen afhænger i stor udstrækning af, hvor i tarmen tumoren sidder.

Sidder tumoren højt oppe i tarmen, er der ofte tale om svagere fornemmelser såsom trykkende smerter og måske en følelse af, at der sidder en lille knude. Hvis der er tale om en højtsiddende tumor, er der sjældent påvirkning af afføringen, men i stedet træthed, vægttab og blodmangel på grund af blødning fra svulsten. 25% af cancerne er placeret i endetarmen og i alt 70 % er placeret i venstre halvdel af tyktarmen

Jo længere nede i tarmen tumoren sidder, jo tydeligere kan symptomerne være, og man kan hyppigt se afførings symptomer. Typisk ser man blod og slim i afføringen, og man oplever kolikagtige smerter, der lindres ved afgang af luft og afføring.

Sidder tumoren helt nede i endetarmen, er blødning og slim fra tarmen det mest typiske symptom, ligesom det er typisk at føle en øget og smertefuld trang til afføring.

3.2. Klager over utilstrækkelige undersøgelser

Når man skal undersøge tyktarmen på mistanke om kræft eller polypper, så er en kikkertundersøgelse af tyktarmen eller en del heraf (koloskopi eller sigmoideskopi) den gængse diagnostiske metode. Hvis undersøgelsen ikke kan gennemføres, eller der er mistanke om, at hele tarmen ikke er blevet eftersat, vil man almindeligvis supplere med en røntgenundersøgelse eller en CT-skanning af tyktarmen.²⁵

Følgende 3 afgørelser belyser nævnets praksis vedrørende klager, hvor nævnet fandt, at der var foretaget utilstrækkelige undersøgelser.

Sag 29 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af endetarmen i forbindelse med blodig afføring ([0763909P](#))

En 42-årig kvinde blev den 23. januar 2006 undersøgt af en speciallæge i kirurgisk gastroenterologi på grund af frisk blod i afføringen. Hun havde en hæmoglobinværdi på 6,7, og hun følte sig noget træt. Hun havde endvidere altid haft en tendens til forstoppelse, men hun havde gennem den sidste måned følt en forværring, og hun havde tillige haft moderate afføringsmerter.

Speciallægen forsøgte i første omgang at foretage en undersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen med et sigmoideoskop, men måtte opgive på grund af tynd afføring. Der blev herefter planlagt en ny undersøgelse efter bedre udtømning af tarmen.

3 dage senere blev der udført en ny kikkertundersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen (sigmoideoskopi). Undersøgelsen blev udført indtil 40 cm fra endetarmsåbningen, og speciallægen fandt ved undersøgelsen normal slimhinde.

4 måneder senere blev patienten akut indlagt for fortsat blod i afføringen, og det blev ved efterfølgende undersøgelser konstateret, at hun havde tyktarmskræft.

²⁵ Se nærmere i afsnit 2.3 om undersøgelsesmetoder.

Der blev herefter blandt andet klaget over, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig undersøgelse af endetarmen.

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægen.

Nævnet oplyste, at ved tegn på blødning fra tyk- og endetarm er der lavet anbefalinger, der sikrer, at de fleste tumorer i tyktarmen identificeres. Programmet består i en gennemgang af den nederste del af tyktarmen med et sigmoideoskop samt en endetarmsundersøgelse. Dette antages at være tilstrækkeligt, hvis ikke der foreligger andre tegn på tyktarmssvulster, som eksempelvis blodmangel, træthed, familiær sygehistorie for kræft i tarmen eller samtidige afføringsændringer. Hvis dette er tilfældet skal der foretages en fuld kikkertundersøgelse af tyktarmen eller denne skal fremstilles på anden vis eksempelvis med røntgenfotografering eller CT-scanning.

Nævnet lagde vægt på, at speciallægen på baggrund af den lave blodprocent, det friske blod fra tarmen samt oplysningerne om træthed og ændrede afføringsvaner burde have foretaget en fuld tyktarmsundersøgelse.

Det var nævnets opfattelse, at det forhold, at speciallægen ikke kunne komme forbi et knæk 40 cm oppe i tarmen hos patienten, burde have medført røntgenfotografering af tyktarmen eller henvisning til yderligere udredning på et sygehus.

Sag 30 Klage over utilstrækkelig undersøgelse ved symptomer på forstoppelse og blødning fra tarmen ([0446016P](#))

En 55-årig kvinde henvendte sig til en speciallæge den 6. august 2002 på grund af fornyede symptomer fra tarmen i form af forstoppelse og blødning fra tarmen. Hun havde gennem årene haft tilbagevendende problemer af denne art, og der var blevet foretaget flere kikkerundersøgelser, hvor det i alle tilfælde kun var lykkedes at komme fra 30 til 50 cm op i tyktarmen. Der var endvidere i 1994 og 1996 blevet foretaget røntgenundersøgelser af tyktarmen, hvor den første var normal, mens den anden var mangelfuld.

Speciallægen foretog herefter en fornyet kikkertundersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen (sigmoideoskopi), men kunne kun komme 30 cm op i tarmen. Speciallægen fandt ved undersøgelsen ikke nogen forklaring på blødningen og symptomerne, og da der ved en tidligere ultralydsundersøgelse var fundet fortykket tarm, vurderede han, at symptomerne var forårsaget af betændelse, og der blev ikke foretaget yderligere udredning.

I november 2002 fik patienten ved en operation i Frankrig konstateret kræft i venstre side af tyktarmen.

Der blev herefter blandt andet klaget over, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig undersøgelse.

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægen.

Det var nævnets opfattelse, at patienten havde nyttilkomne symptomer fra tarmsystemet i form af oppustethed og smerter, og der var derfor indikation for kikkertundersøgelse af endetarmen og den nederste del af tyktarmen.

Nævnet oplyste, at såfremt denne undersøgelse ikke kunne gennemføres, så var der efter nævnets opfattelse endvidere indikation for undersøgelse af endetarmen og tyktarmen med anden relevant teknik som eksempelvis CT-skanning (virtual colonoscopy) eller røntgenundersøgelse.

Nævnet lagde ved afgørelsen af sagen vægt på, at undersøgelsen ikke var tilstrækkelig, idet der ikke kunne påvises en årsag til symptomerne, og speciallægen burde derfor have foranstaltet supplerende undersøgelser i form af røntgenundersøgelse af tyktarmen eller CT-skanning ved henvisning til sygehuset.

Sag 31 Klage over overset kræftknode i forbindelse med kikkertundersøgelse (0230216P)

En 63-årig kvinde henvendte sig den 13. juli 2001 til en speciallæge, idet hun var blevet anbefalet at lade sig nærmere undersøge, idet hun gennem nogen tid havde været træt, samtidig med at hun havde fået påvist blodmangel og forhøjede værdier for flere leverenzzymer.

Den 19. juli 2001 fik hun foretaget en kikkertundersøgelse af den nederste del af tyktarmen (sigmoideoskopi). Der blev samme dag sendt besked til hendes praktiserende læge om, at der var foretaget kikkertundersøgelse af hele tarmen (koloskopi), og at der ikke var fundet nogen blødningskilde. Speciallægen anbefalede på den baggrund kontrol af hæmoglobin i august måned og herefter eventuelt videre undersøgelser.

Ved efterfølgende undersøgelser fik patienten konstateret tyktarmskræft i den opadstigende del af tyktarmen.

Der blev klaget over, at speciallægen overså en kræftsvulst ved tyktarmen og ikke iværksatte yderligere undersøgelser.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere speciallægen.

Nævnet lagde vægt på, at speciallægen burde være gået videre i udredningen med kikkertundersøgelse af den resterende del af tyktarmen, idet patienten havde symptomer i form af træthed og en ret udtalt blodmangel.

Nævnet oplyste, at den hyppigste årsag til blodmangel ved patienter i den aldersgruppe er en blødning fra mave-tarm kanalen. Netop træthed og blodmangel er ikke sjældent de eneste symptomer på kræft i den første del af tyktarmen. Der behøver således ikke at være afføringsændringer i disse tilfælde.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at speciallægen kunne have overladt den videre undersøgelse af patienten til dennes praktiserende læge, men han burde i så fald have givet udtryk for, at videre udredning var påkrævet, og at denne udredning burde foregå relativt hurtigt (indenfor få uger).

Nævnet lagde endelig vægt på. At det var faktisk forkert, at speciallægen skrev, at der var foretaget koloskopi, idet den praktiserende læge derved blev efterladt i den tro, at hele tyktarmen var blevet undersøgt og fundet normal.

Følgende 3 afgørelser belyser nævnets praksis vedrørende klager, hvor nævnet fandt, at der var foretaget tilstrækkelige undersøgelser af patienterne.

Sag 32 Klage over at hele tarmen ikke blev gennemgået i forbindelse med kikkertundersøgelse ([08F001P](#))

En 53-årig mand blev den 11. november 2004 indlagt på grund af periodevise smerter i den nederste del af maven gennem 3 uger. Der blev ved den kliniske undersøgelse ikke fundet noget unormalt, og han blev udskrevet til fortsat ambulant undersøgelse.

Den 18. november 2004 blev han imidlertid indlagt igen, fordi der udover smerterne var tilkommet feber. Han havde desuden kvalme og havde tabt 1 kg i løbet af den forgangne uge og var tiltagende træt. Der blev på den baggrund foretaget ultralydsundersøgelse, som viste fortykkelse af tarmvæggen svarende til den nederste del af tyndtarmen. Han blev efterfølgende sat i behandling med antibiotika, og en efterfølgende CT-skanning af maven gav mistanke om en byld. En punktur fra bylden viste, at den indeholdt stafylokokker, hvorfor behandlingen med antibiotika fortsatte. Patienten blev herefter informeret om, at der ikke var holdepunkter for at mistænke ondartet sygdom, men at man ville foretage en kikkertundersøgelse.

Den 5. januar 2005 fik patienten succesfuldt foretaget kikkertundersøgelse af hele tyktarmen (koloskopi), hvorved der blev fjernet en lille polyp, som senere viste sig at være godartet.

I efterforløbet havde han fortsat gener fra maven, og der blev herefter foretaget fornyet ultralydsskanning samt røntgenundersøgelse.

I januar 2006 fik han konstateret en kræftknode i tarmen på overgangen mellem tyndtarmen og tyktarmen.

Der blev klaget over, at hele tarmen ikke blev gennemgået ved kikkertundersøgelsen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den undersøgende læge.

Det var nævnets opfattelse, at afdelingens arbejdsdiagnose (byld omkring endetarmen) var relevant.

Nævnet oplyste, at en anden mulig diagnose var en svulstdannelse i den første del af tyktarmen, hvorfor det er normal standard, at man tilbyder patienter over 40 år en supplerende undersøgelse af tyktarmen i en rolig fase, hvilket vil sige, når sygdommen er faldet til ro på konservativ terapi. Undersøgelsen foretages enten som kikkertundersøgelse af hele tyktarmen eller som røntgenundersøgelse af tyktarmen.

Nævnet lagde vægt på, at kikkertundersøgelsen måtte betragtes som fuldstændig, idet det havde været muligt at identificere overgangen mellem tyk- og tyndtarm.

Sag 33 Klage over manglende iværksættelse af yderligere undersøgelser efter kikkertundersøgelse ([0447707P](#))

En 80-årig mand konsulterede den 18. juli 2001 sin praktiserende læge på grund af smerter og ubehag i maven. Han havde i flere år lidt af tilbagevendende mavegener, som relateredes til tidligere påviste udposninger på tyktarmen. Da smerterne denne gang var beliggende højere i maveregionen, blev han henvist til kikkertundersøgelse af mavesækken, som viste normale forhold.

På grund af mistanke om blødning blev patienten den 19. september 2001 igen henvist til fornyet undersøgelse med henblik på udredning for kræft i tyktarmen. Der blev efterfølgende foretaget en kikkertundersøgelse af tyktarmen (koloskopi), men undersøgelsen kunne ikke gennemføres fuldstændig på grund af tarmens slyngning, og patienten blev herefter henvist til en supplerende røntgenundersøgelse af hele tyktarmen.

Der blev efterfølgende blandt andet klaget over, at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig undersøgelse i forbindelse kikkertundersøgelsen, idet der burde have været foranlediget yderligere undersøgelser, da man stødte på noget hårdt.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den undersøgende læge.

Nævnet oplyste, at der efter en ufuldstændig undersøgelse af tyktarmen med fleksibel kikkertsystem ikke er andre undersøgelsesmuligheder end røntgen af tyktarmen.

Nævnet lagde vægt på, at denne ordinationsrækkefølge var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Sag 34 Klage over afbrudt kikkertundersøgelse af tyk- og endetarm ([0447818P](#))

En 58-årig kvinde fik den 18. februar 2002 foretaget en kikkerundersøgelse af tyktarmen (koloskopi) på grund af rumlen og smerter i maven med vekslende afføringsmønster uden blod. Den undersøgende overlæge forsøgte at foretage en kikkertundersøgelse af tyktarmen, hvilket kun lykkedes indtil midt i den tværgående del af tyktarmen, hvor patienten fik mange smerter. Herefter afstod overlægen fra at foretage yderligere undersøgelse og henviste samme dag patienten til en røntgenundersøgelse af tyktarmen.

Røntgenundersøgelsen blev foretaget den 30. maj 2002. Den viste intet abnormt, og der blev herefter ikke foretaget yderligere opfølgning.

Den 16. juli 2003 fik patienten foretaget en ultralydsskanning af maven, som viste forandringer i leveren samt en stor svulst i højre side af maven. Der blev efterfølgende foretaget CT-skanning af maven, og der blev herved påvist en stor ondartet svulst i højre øvre side af tyktarmen.

Der blev klaget over, at der efter den afbrudte kikkertundersøgelse ikke blev iværksat en ny undersøgelse af maveregionen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen.

Nævnet oplyste, at man ved symptomer på lidelse i tyktarmen kan vælge forskellige undersøgelsesmetoder til udredningen. Ved samtlige tilgængelige metoder kan man overse kræft i tarmen. Den mest følsomme metode er kikkertundersøgelse af hele tyktarmen, som i eksperthænder har en følsomhed på 98% , naturligvis under forudsætning af at man når hele vejen rundt i tarmen.

Nævnet oplyste endvidere, at i de tilfælde, hvor kikkertundersøgelse af tyktarmen ikke kan gennemføres (ca. 5-10%), kan man foretage enten røntgenundersøgelse af tyktarmen (colonindhældning med dobbeltkontrast) eller CT-skanning af tyktarmen (virtual colonoscopy).

Nævnet oplyste endeligt, at i de tilfælde, hvor en patient har gennemgået en af ovennævnte undersøgelser, og der er fundet normale forhold, så vil man i reglen ikke foretage yderligere undersøgelser. Det er efterfølgende den praktiserende læges ansvar at foranstalte fornyet undersøgelse, hvis patienten efter ca. 3 måneders forløb fortsat har symptomer på lidelse i tyktarmen.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen relevant forsøgte at foretage en kikkertundersøgelse, hvilket ikke lykkedes helt, og han bestilte herefter relevant en røntgenundersøgelse af tyktarmen. Det var således nævnets opfattelse, at overlægen handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

4. KLAGER I FORBINDELSE MED HUDSYGDOMME

En speciallæge i hudsygdomme, som er medlem af Patientklagenævnet, har gennemgået samtlige klagesager inden for hudsygdomme (dermato-venerologi) i perioden 2004 - 2008.

4.1. Antallet af klager og fordeling af disse

I perioden 2004 – 2008 er der indkommet 60 klagesager i alt inden for dette speciale.

18 af disse sager vedrørte klager over læger på hudafdelinger i hospitalsvæsenet og 42 sager var klager over behandlingen i speciallægepraksis.

De fleste patienter havde klaget over den læge, der havde behandlet dem. En enkelt klagesag fra hospitalsvæsenet indeholdt både en klage over sygeplejersker og flere speciallæger.

4.1.1. Resultater fra hudafdelinger

Sager med kritik

118 klager fra hudafdelinger i hospitalsvæsenet var der grundlag for kritik i 3 sager.

De 3 sager med kritik fordelte sig således:

- En læge fik kritik for manglende journalføring
- En læge fik kritik for overtrædelse af tavshedspligten
- I den tredje sag fik en sygeplejerske kritik for manglende journalføring af en patients ønske om aktindsigt i forbindelse med udskrivningen. Den pågældende sygeplejerske undlod at journalføre ønsket om aktindsigt, og patienten var nødt til at rykke for papirerne, og først herefter modtog han materialet.

Sager uden kritik

Af de 18 klager fra hudafdelinger i hospitalsvæsenet var der ikke grundlag for kritik i 15 sager.

Disse sager omhandlede klage over manglende undersøgelser og manglende oplysninger om sygdommen og dens forløb.

I disse sager blev det ved afgørelsen på baggrund af journalgennemgang lagt til grund, at undersøgelse og behandling var i overensstemmelse med almindelig anerkend faglig standard

4.1.2. Resultater fra speciallægepraksis

Sager med kritik

Af de 42 klager fra speciallægepraksis var grundlag for kritik i 4 sager og desuden i en sag kritik af en hospitalsafdeling.

De 5 sager med kritik fordelte sig således:

- En speciallæge fik kritik, fordi forløbet i speciallægepraksis havde strakt sig over en meget lang periode uden biopsitagning. Efter henvisning til anden afdeling blev der foretaget biopsier, og diagnosen blev ændret.
- En anden speciallæge fik påtale efter en buckyforbrænding. Bucky er bløde røntgenstråler, der anvendes til behandling af forskellige hudlidelser. I det aktuelle tilfælde var der givet en for høj dosis, og dette medførte en forbrænding med efterfølgende sårddannelser. Den forkerte dosering medførte kritik
- En tredje speciallæge fik kritik for manglende aktindsigt. Der blev rettidigt udleveret akter fra speciallægens journal, men man undlod at udlevere de håndskrevne notater. Det fremgik af afgørelsen, at det i loven om patienters retsstilling klart fremgår, at aktindsigten kun 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 andre private interesser. Dette var ikke tilfældet i den aktuelle sag, hvorfor der blev givet kritik.
- En fjerde speciallæge fik kritik for manglende journalføring. En patient var behandlet med Roaccutan. Det blev lagt til grund, at der var givet oplysninger om virkninger af behandlingen, både mundtligt og skriftligt, men informationen var ikke journalført. Speciallægen fik derfor kritik for manglende journalføring.
- Den sidste sag vedrørte bortkomst af en prøve. Der blev ikke givet kritik af den dermatologiske speciallæge, men givet kritik til den patologiske afdeling, hvor prøven var blevet borte.

Sager uden kritik

I klagesagerne fra speciallægepraksis var der ikke grundlag for kritik i resterende 37 sager.

4.1.3. Sagernes indhold

Samtlige klagesager inden for hudsygdomme i den pågældende periode er gennemgået med henblik på, om der var sammenfaldende klagetemaer.

Klager over behandling med Isotretinoin

Gennemgangen viste, at 7 klagesager drejede sig om behandling med Isotretinoin.

Isotretinoin er et lægemiddel, der anvendes i behandlingen af moderat til svær akne, hvor anden behandling ikke har været tilstrækkelig.

Dansk Dermatologisk Selskab har udgivet vejledning for behandling med stoffet, en vejledning der udleveres til patienterne. Vejledningen bliver løbende revideret.

Behandlingen kræver desuden information af patienten om påvirkning af levertal, blodfedt og kolesterol. Det er desuden vigtigt, at piger i fertil alder oplyses om, at de ikke må blive gravide under behandlingen, idet stoffet er kræftfremkaldende (teratogent).

Alle 7 klager omhandlede manglende information om bivirkninger. En enkelt klagede desuden over over manglende indikation for behandling, og i en anden sag var der tillige klaget over manglende journalisering af blodprøver fra egen læge.

Der blev ikke givet kritik i de 7 sager, idet nævnet lagde til grund, at der til alle var givet mundtlig information før behandlingen, og at den skriftlige vejledning fra Dansk Dermatologisk Selskab var udleveret til alle.

En læge fik som tidligere omtalt kritik for manglende journalføring af informationerne.

Klager over buckyforbrændinger

I 2 sager var der klaget over forbrænding i forbindelse med buckybehandling.

En speciallæge fik som anført ovenfor kritik.

I den anden sag blev en patient også buckyforbrændt. Der blev ikke udtalt kritik, idet dosis var korrekt. Der var tale om en meget sjælden bivirkning.

4.2. Konklusion

I dermatologiske speciallægepraksis er der i år 2008 foretaget i alt 998.077 konsultationer i hudsygdomme (dermatologi) og 40.848 konsultationer i allergiske sygdomme (allergologi).

På hospitalerne er der foretaget ca. 184.000 konsultationer, og der har været ca. 2700 indlæggelser. I forhold til dette meget store antal patientkonfrontationer er det et lille antal klagesager, der er inden for specialet.

En overordnet konklusion er, at det er vigtigt, at patienterne får tilstrækkelig information om behandlingen, forventeligt resultat og bivirkninger.

Det er desuden vigtigt, at man har en tilstrækkelig journalføring, hvad angår behandling, forventeligt behandlingsresultat og væsentlige bivirkninger.

5. PLIGT TIL ORIENTERING AF FORÆLDRE, SOM IKKE HAR DEL I FORÆLDREMYNDIGHEDEN

Patientklagenævnet har i december 2007 udgivet en sammenfatning af nævnets afgørelser vedrørende aktindsigt. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk/publikationer. Dette kapitel er udarbejdet med udgangspunkt i sammenfatningens kapitel 3.3 samt afgørelser truffet i første halvår af 2008.

5.1. Baggrund

Patientklagenævnet modtager klager og henvendelser fra forældre, som ikke har del i forældremyndigheden over deres barn, men som samtidig ønsker at følge med i og blive informeret om barnets helbredssituation.

Det kan udledes af § 17, stk. 3, i sundhedsloven (tidligere § 8, stk. 3, i lov om patienters retsstilling), at forældremyndighedsindehaveren til et mindreårigt barn er berettiget til aktindsigt i henhold til reglerne herom. Det er således alene forældremyndighedsindehaveren, der som udgangspunkt har ret til aktindsigt i barnets journal.

Retsstillingen for den forælder, som ikke har del i forældremyndigheden, er reguleret i § 23 i lov nr. 499 af 6. juni 2007 om forældreansvar, som trådte i kraft 1. oktober 2007 (tidligere § 19 i lov nr. 387 af 14. juni 1995 om forældremyndighed og samvær med senere ændringer).

Ifølge § 23, stk. 1, har den forælder, som ikke har forældremyndigheden, ret til efter anmodning at få orientering om barnets forhold fra skoler, børneinstitutioner, social- og sundhedsvæsenet samt private sygehuse, privat praktiserende læger og tandlæger. Denne forælder har desuden ret til at få udleveret dokumenter om barnets forhold, hvis disse findes på skoler og i børneinstitutioner. Der må ikke gives fortrolige oplysninger om forældremyndighedsindehaveren.

Det fremgår af vejledning nr. 9859 af 6. september 2007 om forældremyndighed og barnets bopæl, at orienteringsretten omfatter oplysninger om barnet, typisk i form af mundtlige oplysninger. Orienteringen kan dog gives skriftligt, f.eks. ved uddrag af journal, hvis det vurderes at være hensigtsmæssigt. Bestemmelsen regulerer ikke aktindsigt, og den indeholder derfor ikke en ret til at få udleveret sagsakter som f.eks. lægejournaler vedrørende barnet. Dette betyder ikke, at man ikke må opfylde orienteringspligten ved at udlevere kopi af f.eks. en journal, men det betyder, at forælderen uden forældremyndighed ikke har krav på aktindsigt. Dokumenter, der udleveres, må kun indeholde oplysninger, som den pågældende forælder har ret til.

De oplysninger, som private sundhedspersoner med flere kan videregive, vedrører eksempelvis barnets helbredstilstand, trivsel, udvikling samt hvad der måtte være årsagen til eller begrundelsen for en behandling eller indlæggelse.

Adgang til at få orientering tilkommer den forælder, der ikke har del i forældremyndigheden. Det er uden betydning, om den pågældende forælder har ret til samvær med barnet.

Det fremgår af Familiestyrelsens skrivelse af 27. september 2004, at formålet med dagældende § 19, stk. 1 i lov om forældremyndighed og samvær (nu § 23, stk. 1, i lov om forældreansvar) blandt andet er at forbedre muligheden for den forælder, der ikke har del i forældremyndigheden, for at følge barnets opvækst og fremskridt og holde sig orienteret, hvis barnet har problemer eller lignende. Det er naturligt for forældre at være bekendt med oplysninger om besøg og behandling hos læge eller tandlæge for dermed at kunne følge med i barnets trivsel og behov.

Endvidere fremgår det af vejledningen, at orienteringsretten ikke giver forældre ret til en mere aktiv kontakt med de sundhedspersoner, der behandler barnet. Den pågældende forælder har således ikke en ret til at deltage i konsultationer eller undersøgelser af barnet, ligesom den pågældende ikke har adgang til at anmode om, at der foretages en lægelig behandling af barnet. Bestemmelsen giver heller ikke den forælder, der ikke har forældremyndigheden, ret til at besøge barnet under f.eks. hospitalsindlæggelse. Dette reguleres fortsat af forældrenes aftale eller statsforvaltningens afgørelse om samvær.

Videre fremgår det af vejledningen, at pligten til at videregive oplysninger kun indtræder, hvis der foreligger en konkret og individuel anmodning om orientering fra den forælder, der ikke har forældremyndigheden. Sundhedspersonen har således ikke pligt til at give løbende orientering om barnets forhold, og en stående anmodning om generelt at blive orienteret skal ikke imødekommes.

Endelig fremgår det af vejledningen, at en sundhedsperson efter § 23, stk. 3, helt eller delvist kan nægte at give konkrete oplysninger m.v., hvis det må antages at være til skade for barnet. Dette kan f.eks. være tilfældet, hvis en videregivelse af oplysningerne vil medføre en uforholdsmæssig belastning af forholdet mellem barnet og den pågældende forælder. Vurderingen heraf vil bero på en konkret skønsmæssig vurdering, som sundhedspersonen må foretage.

5.2. Konkrete afgørelser

I nedenstående afgørelser har nævnet taget stilling til, hvad en anmodning om orientering omfatter. Nævnet har lagt vægt på, at der er tale om en orientering og ikke om en ret til aktindsigt, det vil sige, at forælderen uden forældremyndighed ikke kan kræve udlevering af en kopi af barnets journal.

I den sidste afgørelse blev barnet sidst set af lægen to år forinden moderens anmodning om orientering. En oplysning om, at et barn ikke har været set af den praktiserende læge i to år kan fortælle, at et barn ikke har haft behov for lægebehandling, eller at lægen ikke har haft mulighed for at følge barnets trivsel, idet lægen ikke har set barnet.

Sag 35 Klage over orientering om datters forhold i henhold til lov om forældremyndighed og samvær § 19, stk. 1 (08F001N)

En far til en 8-årig pige havde ikke forældremyndigheden over datteren.

Datteren blev af egen læge henvist til et børnepsykiatrisk ambulatorium med henvisningsdiagnosen Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Faderen anmodede om i henhold til § 19 i dagældende lov om forældremyndighed og samvær at blive orienteret om datterens forhold og blev med henblik herpå indkaldt til et møde den 19. juni 2006 med en overlæge og en psykolog.

Der blev klaget over den information, som faderen fik på mødet den 19. juni 2006, idet han ikke mente, at orienteringen var tilstrækkelig.

Det fremgik af journalen, at faderen blev orienteret om, at datteren var i kontakt med overlægen og psykologen i ambulatoriet, fordi der var mistanke om, at hun havde en børnepsykiatrisk lidelse. Faderen blev desuden orienteret om, at datteren var i gang med at blive undersøgt herfor, at undersøgelsen ikke var afsluttet, og at kontakten mellem datteren og ambulatoriet var rent helbredsmæssig, og ikke en del af de juridiske og administrative processer.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen og psykologen for omfanget af deres orientering af faderen.

Nævnet vurderede, at det var relevant, at overlægen og psykologen oplyste faderen om, at de var i gang med at undersøge datteren, fordi der var mistanke om, at hun led af en børnepsykiatrisk lidelse, og at undersøgelsen endnu ikke var afsluttet, hvorfor der ikke forelå en diagnose af datterens eventuelle lidelse.

Det var herefter nævnets vurdering, at overlægen og psykologen ikke havde pligt til at give faderen en mere detaljeret information om datterens helbredstilstand, idet undersøgelsen af hende endnu ikke var afsluttet, og der på det pågældende tidspunkt ikke forelå en mere præcis diagnose af hendes helbredstilstand.

Sag 36 Klage over afvisning af udlevering af journalkopi til ikke-forældremyndighedsindehaveren (0765710P)

Moderen til en dreng havde i 2004 ansøgt statsamtet om, at faderen blev frataget retten til orientering om drengen. Statsamtet fandt, at der ikke var grundlag for at imødekomme ansøgningen om fratagelse af orienteringsretten.

Ved brev den 24. august 2006 meddelte overlægen, at der ikke kunne gives aktindsigt i sønnens journal til faderen, idet moderen som indehaver af forældremyndigheden ikke ville give tilladelse hertil, og at dette var i overensstemmelse med de oplysninger, som overlægen samme dag havde fået fra statsamtet.

Der blev klaget over, at overlægen ikke havde imødekommet faderens anmodning om fuld aktindsigt i hans søns journal og ikke havde givet ham en tilstrækkelig begrundelse for afslaget.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for hans håndtering den 24. august 2006 af faderens anmodning om aktindsigt i sin søns journal. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om overlægen havde holdt et møde med faderen med henblik på at give en orientering efter lov om forældremyndighed og samvær § 19, stk. 1.

Nævnet fandt, at faderen ikke havde krav på aktindsigt, eftersom han ikke havde forældremyndigheden over sønnen. Det følger af dagældende § 8, stk. 3, i lov om patienters retsstilling, at forældremyndighedsindehaveren har adgang til aktindsigt i journalen, når barnet er under 15 år. Det samme kan ikke udledes af bestemmelsen, for så vidt angår en forælder, der ikke har del i forældremyndigheden.

Det var desuden nævnets opfattelse, at den afgørelse, som statsamtet traf i september 2004, vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt faderen skulle fratages denne ret til orientering. Afgørelsen kunne således ikke anvendes som dokumentation for en ret til aktindsigt, hvilket sygehusledelsen uddybede overfor faderen i oktober 2006.

Det var videre nævnets opfattelse, at overlægen begrundede sit afslag på aktindsigt af den 24. august 2006 med, at moderen til drengen ikke ønskede at give tilladelse til, at faderen fik aktindsigt.

Nævnet fandt, at dette var en tilstrækkelig begrundelse for ikke at give aktindsigt.

Sag 37 Klage over en praktiserende læges håndtering af en anmodning om en orientering i henhold til § 23, stk. 1 i lov om forældreansvar (0867228N)

En mor, som ikke havde forældremyndighed over sin søn, kontaktede i oktober 2007 telefonisk sønnens praktiserende læge, idet hun ønskede oplysninger om sin søn.

Lægen afviste at udtale sig til moderen, idet han skønnede, at det ville være til skade for barnet, idet drengen havde problemer på grund af den bitre strid mellem forældrene. Endvidere havde lægen ikke set drengen i mere end to år på tidspunktet for moderens anmodning om orientering.

Der blev klaget over, at lægen afviste at give moderen en orientering om hendes søn i henhold til § 23, stk. 1, i lov om forældreansvar.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læge for hans håndtering af anmodningen om en orientering om sønnens helbredsforhold. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægen havde orienteret moderen om, at han ikke havde set drengen i mere end to år.

Efter gennemgang af drengens journal, var det nævnets opfattelse, at lægen ved moderens anmodning om orientering ikke havde nye oplysninger om drengens helbredstilstand, trivsel eller udvikling.

6. EN FULDMAGTS RÆKKEVIDDE VED ANMODNING OM AKTINDSIGT I EN PATIENTJOURNAL

Patientklagenævnet har i februar 2008 afgjort en sag, hvor der blev klaget over, at en overlæge afslog en psykologs anmodning om aktindsigt i en af sine klienters sygehusjournal, selv om psykologen havde fået en fuldmagt fra sin klient.

6.1. Baggrund

Efter sundhedslovens § 37, stk. 1, (tidligere lov om patienters retsstilling § 20, stk. 1,) har en patient som udgangspunkt ret til aktindsigt i sin journal.

Af § 8, stk. 1, 1. pkt., i forvaltningsloven følger det endvidere, at den, der er part i en sag, på ethvert tidspunkt af sagens behandling kan lade sig repræsentere eller bistå af andre.

En patient har således mulighed for at lade sig repræsentere i forbindelse med en anmodning om aktindsigt i sin journal og kan dermed give en anden person fuldmagt til at begære oplysningerne udleveret. En sundhedsperson har således pligt til at acceptere et fuldmagtsforhold.

Den sundhedsperson, der skal træffe afgørelse om, hvorvidt en anmodning om aktindsigt skal imødekommes, afgør dog, om fuldmagtshaver skal fremlægge en skriftlig fuldmagt eller på anden måde dokumentere, at patienten er indforstået med, at fuldmagtshaver får aktindsigt i patientens journal. Endvidere skal sundhedspersonen sikre sig, at fuldmagten er dækkende, således at fuldmagtshaver er bemyndiget til at indhente de ønskede oplysninger. I de tilfælde, hvor sundhedspersonen er i tvivl om fuldmagtens rækkevidde eller har mistanke om, at patienten ikke er i stand til at varetage egne interesser, må vedkommende eksempelvis henvende sig til patienten med henblik på afklaring af tvivlen.

En generel fuldmagt til at begære aktindsigt i alle oplysninger hos offentlige myndigheder vil derfor som udgangspunkt ikke være tilstrækkelig konkret til at udlevere patientjournal til en fuldmagtshaver.

6.2. Konkret afgørelse

Nedenstående sag, som er afgjort i henhold til dagældende lov om patienters retsstilling § 20, jf. § 21, illustrerer, at der skal foreligge en særdeles specifik fuldmagt ved anmodning om aktindsigt i en patientjournal. Der skal som minimum være en angivelse af sygehusets navn og af, at der kan gives aktindsigt i helbredsoplysninger.

Sag 38 Klage over afslag på anmodning om aktindsigt på baggrund af generel fuldmagt til aktindsigt ([0867202A](#))

En psykolog anmodede ved brev af 1. december 2005 en administrerende overlæge på et hospital om aktindsigt i en af sine klienters journal. Psykologen havde fået en skriftlig fuldmagt til at tage hans klients sag op med relevante og nødvendige steder og instanser, herunder indhente aktindsigt, med henblik på udredning af klientens personlige og sociale rettigheder og muligheder.

Den administrerende overlæge afslog ved brev af 7. december 2005 psykologens anmodning om aktindsigt under henvisning til, at fuldmagten ikke gav tilladelse til indhentelse af specifikke helbredsoplysninger.

Psykologen klagede herefter til Patientklagenævnet over, at den administrerende overlæge havde meddelt afslag på aktindsigt i hans klients journal. Psykologen fastholdt, at den indhentede fuldmagt var gyldig og konkret nok til at danne grundlag for udlevering af en journal.

Den administrerende overlæge oplyste til sagen, at hun ikke imødekom psykologens anmodning om aktindsigt i hans klients journal, idet fuldmagten efter hendes opfattelse ikke var fyldestgørende til at udlevere så fortrolige oplysninger, som en patientjournal, til psykologen.

Patientklagenævnet fandt, at den administrerende overlæge ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling § 20, jf. § 21.

Efter en formålsfortolkning af reglerne i lov om patienters retsstilling var det nævnets opfattelse, at helbredsoplysninger skal opfattes som særdeles fortrolige.

Det var videre nævnets opfattelse, at der skal foreligge en særdeles specifik fuldmagt ved anmodning om aktindsigt i en patientjournal, herunder som minimum en angivelse af sygehusets navn, og af, at der kan gives aktindsigt i helbredsoplysninger.

På den baggrund fandt nævnet, at fuldmagten fra psykologens klient til psykologen var for generel til, at den kunne danne grundlag for udlevering af en kopi af klientens journal til psykologen.

7. KLAGE OVER MANGLENDE DIAGNOSTICERING AF MENINGITIS

Patientklagenævnet har i december 2007 udgivet en sammenfatning af nævnets afgørelser vedrørende meningitis. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk/publikationer. Dette kapitel er udarbejdet med udgangspunkt i sammenfatningens kapitel 3 og 4.

7.1. Baggrund

Meningitis er en hjernehindebetændelse, hvilket vil sige en betændelsestilstand i hjernens beskyttende hinder. Sygdommen meningitis kan være bakterielt betinget, eller den kan skyldes en virus.

Bakteriel meningitis kan udvikle sig i løbet af få timer, og dødeligheden er meget høj, såfremt der ikke opstartes behandling med penicillin eller anden antibiotika. Dette betyder, at det er afgørende, at der reageres hurtigt, så snart der er tegn på meningitis.

7.2. Symptomer

De indledende symptomer ved en bakteriel meningitisinfektion er typiske ”influenzasymptomer” med høj feber omkring 38-40 grader, hovedpine, kvalme og opkastninger. Det vil i disse tilfælde være svært at vurdere, om der er tale om en influenzainfektion eller en alvorlig infektion med meningitis. I disse tilfælde vil meningitis skulle mistænkes, såfremt almentilstanden er meget dårlig.

Når sygdommen udvikler sig, bliver symptomerne på en bakteriel meningitisinfektion nemmere at adskille fra andre sygdomme. Voksne bliver ofte nakkestive, således at de ikke kan bøje hovedet ned mod brystet uden stærke smerter, ligesom deres ryg kan blive helt stiv. Ved infektion med meningokokker kan der forekomme små hudblødninger, såkaldte petekkier, som tyder på, at infektionen har spredt sig til blodbanerne.

Vurdering af symptomer på meningitis hos børn er vanskeligere end hos voksne, idet de kan have vanskeligere ved at give udtryk for disse, ligesom deres symptomer er vage og uspecifikke. Derudover er ufarlige infektionssygdomme med feber af forskellig art særligt hyppigt forekommende i barnealderen. 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.

7.3. Diagnosticering

Meningitis diagnosticeres ved lumbalpunktur, hvilket vil sige en rygmarsprøve, hvor der indføres en kanyle i lænden for at nå ind til rygmarskanalen og udtappe noget af den væske (spinalvæske), der befinder sig der. Diagnosticering vil endvidere ske ved at undersøge blodprøver for bakterier (bloddyrkning), ligesom det kan være relevant at pøde patienten.

7.4. Behandling

Allerede ved mistanke om meningitis behandles der hurtigt med antibiotika direkte i blodårerne. Når der foreligger svar på rygmarsprøven og blodprøven, vil der derefter blive behandlet efter det specifikke fund i prøven. Såfremt patienten ikke behandles, vil denne oftest dø af blodforgiftning og komplicerende organsvigt.

7.5. Konkret afgørelse

Følgende afgørelse er et eksempel på, at sygdommen meningitis kan udvikle sig hurtigt fra almindelige symptomer på influenza til mere specifikke symptomer på meningitis. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læge for ikke at have mistænkt meningitis ved patientens første henvendelse.

Sag 39 Klage over praktiserende læges manglende diagnosticering af meningitis (08F005P)

En 31-årig kvinde konsulterede den 29. marts 2005 sin praktiserende læge efter i to dage at have haft influenzalignende symptomer med ondt overalt, startende med kulderystelser, hovedpine og tynd mave. Ved en undersøgelse fandt den praktiserende læge ikke tegn på noget udgangspunkt for betændelse, og han gav patienten besked på at henvende sig ved ændring af hendes tilstand.

Den 30. marts 2005 kontaktede patienten atter en læge, idet hun havde tiltagende hovedpine og opkastninger. Desuden havde hun nu ondt i nakken, nedsat hørelse samt en temperatur på 39,9 grader. Hun blev herefter indlagt akut og behandlet for meningitis frem til den 15. maj 2005.

Der blev klaget over, at den praktiserende læge ikke indlagde patienten den 29. marts 2005.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læges behandling den 29. marts 2005, idet det var nævnets opfattelse, at patienten ikke på tidspunktet for undersøgelsen frembød symptomer på meningitis.

Nævnet lagde herved vægt på, at meningitis i de tidlige stadier kan være meget vanskeligt at skelne fra almindeligt forekommende infektionssygdom som for eksempel influenza.

8. KLAGE I FORBINDELSE MED UFRIVILLIG, LANGVARIG REJSNING

Patientklagenævnet har i januar 2008 afgjort en sag, hvor der blev klaget over, at en patient ikke modtog tilstrækkelig behandling i forbindelse med, at han havde ufrivillig langvarig rejsning på grund af behandling med psykofarmaka.

8.1. Baggrund

Ufrivillig langvarig rejsning (priapisme) er en potentielt skadelig tilstand med vedvarende erektion uden fysisk, psykologisk eller erotisk stimulering og ofte ledsaget af smerte.

Det er velkendt, at priapisme i sjældne tilfælde kan opstå som en bivirkning til psykofarmaka.

8.2. Behandling

Ved priapisme er behandlingssucces meget tidsafhængig, idet der oftest kun opnås tilfredsstillende resultat, hvis behandling iværksættes indenfor de første 6-12 timer. Smertefrihed og bevaret rejsningsfunktion anses for et tilfredsstillende behandlingsresultat

Det er ofte nødvendigt med en meget aktiv behandlingsindsats med gentagne udtømninger af blod (aspiration) fra svulmelegemerne (corpora cavernosa) og indsprøjtning af adrenerge stoffer (fx Efedrin eller Noradrenalin). Behandlingerne skal ske med korte intervaller og under tæt observation, da rejsningen ofte reetableres trods umiddelbar god effekt.

Har der ikke været effekt af aspiration af blod og indsprøjtning af adrenerge stoffer inden for de første timer, bør kirurgisk aflastning forsøges. Det sker ved etablering af en shunt (forbindelse) mellem penishovedet (som ikke er involveret i rejsningen ved priapisme) og svulmelegemerne. Patienter med priapisme bør derfor indlægges for at opnå det bedst mulige resultat af behandlingen. En yderligere grund til indlæggelse er, at priapisme kan være meget smertefuld, og tilstrækkelig smertelindring vil ofte ikke vil være mulig i hjemmet.

8.3. Konsekvenser af behandling uden effekt eller manglende behandling

Såfremt patienten ikke modtager behandling, eller behandlingen ikke har effekt, kan patienten få varige rejsningsproblemer. Det kan forsøges at behandle patienten med PDE-hæmmer eller injektion, men for nogle patienter vil eneste behandlingsmulighed være en penisproteseimplantation, som imidlertid generelt først tilbydes adskillige måneder efter ikke-succesfuld behandling af den langvarige smertefulde rejsning.

I perioden efter priapismebehandlingen kan der være brug for behandling med smertestillende medicin.

8.4. Konkret afgørelse

I nedenstående afgørelse blev en patient indlagt på urologisk afdeling via vagtlægen på grund af priapisme, opstået i forbindelse med behandling med psykofarmaka. Sagen blev afgjort efter den dagældende lægelovs § 6 (nu autorisationslovens § 17). Patientklagenævnet tilkendegav i afgørelsen, at priapisme skal behandles akut, og at indlæggelse bør ske til trods for, at rejsningen har varet i tre døgn.

Sag 40 Klage over utilstrækkelig behandling i forbindelse med en ufrivillig og smertefuld erektion i 3 døgn (0765628A)

En 40-årig mand blev undersøgt af en 1. reservelæge på en urologisk afdeling, efter han i tre dage havde haft vedvarende smertefuld erektion, der formentligt var medicinudløst.

1. reservelægen trak med en kanyle blod fra svulmelegemerne, og injicerede herefter præparatet Efedrin i disse. Rejsningen faldt delvist og smerterne aftog. 1. reservelæge sendte herefter patienten hjem med instruks i at henvende sig igen ved forværring af tilstanden.

En time senere henvendte patienten sig igen, hvorefter han blev indlagt på urologisk afdeling til yderligere behandling i form af udtømning og aflastende operation. Patienten tabte varigt evnen til at få erektion.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik en tilstrækkelig behandling.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere 1. reservelægen, idet 1. reservelægen efter den primære behandling burde have indlagt patienten med henblik på at iværksætte en aktiv behandlingsstrategi uanset om chancen for, at patientens ville bevare rejsningsevnen, var minimal.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at rejsningen ofte genetableres trods umiddelbar god effekt af den primære behandling, og at det derfor ofte er nødvendigt med gentagne behandlinger, hvilket skal ske med korte intervaller og under tæt observation.

9. KLAGE I FORBINDELSE MED BEDØVELSE AF ET 3½ -ÅRIGT BARN

Patientklagenævnet har i oktober 2008 afgjort en sag med klage over bedøvelse af et 3 ½ -årigt barn.

9.1. Baggrund

Det fremgår af autorisationslovens § 17, at en læge under udøvelse af sin virksomhed har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette gælder blandt andet ved valg af og gennemførelse af bedøvelse.

9.2. Konkret afgørelse

Nedenstående sag illustrerer, at der er flere ligeværdige bedøvelsesmetoder ved bedøvelse af mindre børn.

Sag 41 Klage over bedøvelse af 3½-årigt barn (0871205N)

En 3 ½-årig dreng skulle have foretaget lukket påpladssætning af et forskudt brud i højre spoleben.

Indgrebet skulle foregå i fuld bedøvelse. Afdelingslægen forestod bedøvelsen, hvor patienten fik anlagt en kanyle i venstre hånd, hvorigennem der blev sprøjtet sovemiddel og smertestillende medicin. Det var i forbindelse med anlæggelse af bedøvelse nødvendigt at holde patienten.

Da bedøvelsen virkede, blev indgrebet gennemført, og det varede cirka 20 minutter.

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

Nævnt fandt ikke grundlag for kritik af afdelingslægens behandling af patienten.

Patientklagenævnet oplyste, at der er flere forskellige måder at give fuld bedøvelse til børn. Et af alternativerne til metoden med at give bedøvelse i blodbanen er at anæstesiologen kan vælge at give bedøvelsesmidlerne via en maske. At give bedøvelse via maske eller via et plastikkateter i blodbanen anses ligeværdigt i henhold til almindelig anerkendt faglig standard. Valget mellem disse to metoder afhænger blandt andet af, hvilken teknik anæstesiologen har tilgang til på stedet, og hvilken teknik anæstesiologen bedst mestrer. Valget afhænger også af en bedømmelse af, hvorvidt barnet bedst kan acceptere den ene eller den anden metode.

Nævnet oplyste videre, at det desværre ikke altid er muligt at få et barn på ca. 3½ år til at acceptere den ene eller den anden metode. Når operation er nødvendig kan det således ved begge metoder også blive nødvendigt kortvarigt at holde barnet for at gennemføre bedøvelsen.

Valget af teknikken med at give bedøvelse via maske kunne i den konkrete sag efter nævnets vurdering ligeledes have ført til, at patienten skulle holdes fast.

Nævnet oplyste yderligere, at det er omdiskuteret, hvorvidt præmedicinering er en fordel for barnet på kort og langt sigt, og det var derfor efter nævnets vurdering i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at afdelingslægen ikke anvendte præmedicinering ved bedøvelsen af patienten.

Endelig oplyste nævnet, at det er sædvanligt, at anvendte EMLA-plaster før anlæggelse af plastikkateter i blodbanen på et barn, idet det er en indarbejdet og rutinemæssig del af teknikken med bedøvelse via blodbanen.

Det var derfor efter nævnets vurdering relevant, at patienten fik påsat EMLA-plaster inden anlæggelse af bedøvelse.

Samlet fandt nævnet, at afdelingslægen ikke handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af patienten.

10. KLAGE OVER LYSBEHANDLING, FORBRÆNDING

Patientklagenævnet har i september 2008 afgjort en sag vedrørende klage over lysbehandling hos speciallæge i dermatologi.

10.1. Baggrund

Det fremgår af autorisationslovens § 17, at en læge under udøvelse af sin virksomhed har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette gælder blandt andet ved gennemførelse af lysbehandling med UVB-stråler.

10.2. Konkret afgørelse

Nedenstående sag illustrerer, at et apparat til brug ved lysbehandling bør indstilles af en fagkyndig person.

Sag 42 Klage over, at patient på speciallægeklinik selv blev sat til at betjene apparat til ultraviolet bestråling med forbrænding til følge ([0868916A](#))

En 26-årig mand henvendte sig til en speciallæge i hudsygdomme på grund af en hudlidelse. Han havde eksem på hænderne, og speciallægen konstaterede, at der var kronisk svær fortykkelse og skældannelse over hænderne og ved håndleddene samt op ad armene. Speciallægen udførte en test med allergifremkaldende stoffer på patientens hud for at se, om der kunne være tale om kontakteksem.

Speciallægen vurderede efterfølgende, at patienten ikke havde kontakteksem, men at der måtte være tale om et såkaldt toxisk atopisk udslæt. Speciallægen ordinerede på denne baggrund ultraviolet bestråling af hele kroppen. Behandlingen skulle bestå af 15 sekunders smalspektret bestråling (UVB) som startdosis.

Patienten fik såvel mundtlig som skriftlig information om behandlingen, hvorefter han selv skulle indstille apparatet.

Patienten indstillede imidlertid apparatet på 10 minutter, hvilket resulterede i en indlæggelseskrævende forbrænding. Han fik efterfølgende foretaget en operation på plastikkirurgisk afdeling.

Nævnet fandt grundlag for kritik af speciallægens behandling af patienten.

Nævnet oplyste, at UVB-behandling er en potent behandling. For lang eksponering kan resultere i forbrænding af huden, og behandlingen skal derfor varetages med forsigtighed.

Det var nævnets opfattelse, at det ikke var forsvarligt, at patienten selv skulle indstille apparatet, da en fejlindstilling netop kan resultere i forbrænding.

Videre var det nævnets opfattelse, at indstillingen bør foretages af en fagkyndig person, som kender apparatet.

Samlet set fandt nævnet, at speciallægen handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af patienten.

11. PATIENTKLAGENÆVNETS KOMPETENCE I PSYKIATRISKE ANKESAGER

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er ankemyndighed for så vidt angår De lokale Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser om tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland, jf. § 38 i lovbekendtgørelse om anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter psykiatriloven).

Nedenfor redegøres for to afgørelser, som omhandler afgrænsning af nævnets kompetence

11.1. Blodprøve taget med tvang

Patientklagenævnet har i september 2008 afgjort en sag vedrørende klage over tvangsmæssig udtagning af blodprøver med henblik på konstatering af, om patienten var i fare for at få blodpropper og i fare for dehydrering. Sagen blev tilbagesendt til Det lokale Patientklagenævn til fornyet behandling.

11.1.1. Baggrund

Tvangsbehandling må kun anvendes, hvis patienten er sindssyg eller i en tilstand, der ganske kan sidestilles hermed, og såfremt det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, jf. psykiatrilovens § 12, stk.1. Det er ifølge § 12, stk. 4 overlægen på den psykiatriske afdeling, som træffer afgørelse om tvangsbehandling.

En person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, og som modsætter sig behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare jf. psykiatrilovens § 13 stk. 1. Beslutning om tvangsbehandling træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) har tidligere overfor Patientklagenævnet tilkendegivet, at det var ministeriets opfattelse, at der kan gennemføres blodprøvetagning ved tvang, hvis blodprøvetagning er en nødvendig forudsætning for, og dermed kan betragtes som et nødvendigt element i, gennemførelse af tvangsbehandling. Ministeriet bemærkede hertil, at der ikke i psykiatriloven specifikt er taget stilling til, hvilke tiltag tvangsbehandling omfatter, men i praksis drejer det sig om

tvangsmedicinering, el-stimulation ved anvendelse af tvang, tvangsernæring og tvangsbehandling af legemlig lidelse.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tilkendegav i nedenstående sag, at det var nævnets opfattelse, at en blodprøve, der bliver taget med tvang af hensyn til patientens somatiske tilstand er omfattet af psykiatrilovens § 13. En sådan beslutning skal træffes i samråd mellem den psykiatriske overlæge og en overlæge fra en somatisk afdeling.

Da det i afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn var anført, at nævnet konkret fandt, at blodprøveudtagningen var omfattet af psykiatrilovens § 12 om tvangsbehandling, og da det var Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at en blodprøveudtagning, der bliver foretaget af hensyn til patientens somatiske tilstand er omfattet af psykiatrilovens § 13 og ikke § 12, blev afgørelsen hjemvist til fornyet behandling.

11.1.2. Konkret afgørelse

Sag 43 Klage over at patienten fik taget blodprøver med tvang (0873102B)

En 60-årig mand kendt fra 13 tidligere indlæggelser på psykiatrisk afdeling med diagnosen skizofreni, blev aktuelt tvangsindlagt på behandlingsindikation, idet han var passiv, spiste og drak sparsomt, ikke ville kommunikere og virkede forpint.

Ved indlæggelsen ønskede patienten ikke en fysisk undersøgelse, hvorfor der blev ordineret observation af føde- og væskeindtag samt blodprøver og EKG. De følgende dage blev han holdt tæt observeret, og der blev ført væskeskema. Han var afvisende i kontakten, ligesom han modsatte sig enhver form for undersøgelse.

Under den fortsatte indlæggelse var patienten vred, udkældende og sov sparsomt. Han havde spist og drukket sparsomt, og det havde fortsat ikke været muligt at foretage fysisk undersøgelse af ham. Han havde daglige vandige opkastninger og store vandladninger. Der blev derfor fundet indikation for blodprøveudtagning med tvang på vital indikation.

Blodprøvesvarene viste forhøjet hæmoglobin, og patienten modtog efterfølgende behandling, mod sin vilje, med medicin til forebyggelse af blodpropper, idet der blev skønnet en væsentlig risiko for alvorlig forværring af helbredet.

Tre dage efter lå patienten fortsat stille hen i sengen og ville ikke svare på spørgsmål. Han ønskede ikke medicin. Det var registreret, at han havde haft et vist væskeindtag, og at der havde været flere store vandladninger. Han blev vurderet normalt hydreret med pæne farver, og der blev fundet normale vaskulære forhold i benene. Efter konference blev det besluttet at tage blodprøver med væsketal, idet det blev vurderet, at der kunne være risiko for dehydrering.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn godkendte beslutningen om blodprøveudtagning med tvang af patienten, idet betingelserne i psykiatrilovens § 12 fandtes at være opfyldt.

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

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn hjemviste den afgørelse, der var truffet af Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, til fornyet behandling.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn konstaterede, at det fremgik af journalen, at den første blodprøve blev taget med tvang med henblik på en somatisk vurdering af patienten, og at den anden blodprøve blev taget med tvang af hensyn til hans helbredstilstand, da der kunne være risiko for dehydrering.

Det fremgik ligeledes af afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, at blodprøvetagningen i patientens tilfælde blev foretaget for at få klarhed over, om der var grundlag for at påbegynde tvangsbehandling af en somatisk lidelse. Det var videre anført, at nævnet fandt, at patienten var sindssyg, og at det ville have været uforsvarligt ikke at udtage blodprøven for herved at kunne konstatere, om der var risiko for, at han kunne udvikle blodpropper.

Det var i afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn anført, at nævnet konkret fandt, at blodprøveudtagningen var omfattet af psykiatrilovens § 12 om tvangsbehandling.

Det var dog Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at en blodprøveudtagning, der bliver foretaget af hensyn til patientens somatiske tilstand og med henblik på en eventuel behandling heraf, og ikke med henblik på en eventuel tvangsmedicinering med antipsykotisk medicin, er omfattet af psykiatrilovens § 13 og ikke § 12, og at en beslutning herom ikke kan træffes af den psykiatriske overlæge alene, men skal træffes i samråd med en overlæge fra en somatisk afdeling.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn bemærkede, at tvangsprotokol skema 2 var udfyldt med tvangsbehandling af legemlig lidelse begrundet i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.

Det var således Sundhedsvæsenets Patientklagenævns opfattelse, at blodprøveudtagningerne med tvang i det foreliggende tilfælde burde være vurderet i henhold til psykiatrilovens § 13, hvorfor afgørelsen blev hjemvist til fornyet behandling.

Afgørelsen blev truffet af et flertal. Ét nævnsmedlem afgav en mindretalsudtalelse.

I mindretalsudtalelse var anført, at nævnsmedlemmet var af den opfattelse, at blodprøvetagning er undersøgelse og ikke behandling, og således hverken er omfattet psykiatrilovens § 12 eller § 13. Blodprøvetagning med tvang er da heller ikke reguleret i loven. Da patientens tilstand kunne være potentielt livs- og førlighedstruende, kunne man imidlertid i det konkrete tilfælde anvende nødretsbegrebet. Nævnsmedlemmet mente derfor, at sagen burde have været sendt til det lokale nævn med oplysning om at en afgørelse af, om en blodprøve med rette er udtaget med patientens vilje, falder uden for det lokale nævns kompetence, og derfor heller ikke kan behandles af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

11.2. Patient tilbageholdt på sin stue, dørhåndtaget holdt udefra

Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet har i marts 2009 truffet afgørelse om ophævelse af en afgørelse, som nævnet traf den 14. juni 2006, idet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ikke havde kompetence til at træffe den pågældende afgørelse, jf. Folketingets Ombudsmands udtalelse af 27. maj 2008.

11.2.1. Baggrund

Det følger af § 35 i dagældende lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien med senere ændringer (herefter dagældende psykiatrilov), at de lokale Psykiatriske Patientklagenævne ved Statsforvaltningerne har kompetence til at tage stilling til klager over tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland.

Dagældende psykiatrilovs § 35 gør udtømmende op med de lokale Psykiatriske Patientklagenævns saglige kompetence. Det samme gør sig gældende for så vidt angår de forhold, der er opregnet i den nugældende psykiatrilovs § 35.

Dagældende psykiatrilovs opregning af hovedformerne for tvangsindgreb kan ikke principielt antages at udelukke, at der efter omstændighederne kan anvendes andre former for indgreb og restriktioner, der er mindre vidtgående, end de i loven udtrykkeligt opregnede. Klager over magtanvendelse, der ikke er omfattet af psykiatrilovens bestemmelser, kan påklages til sygehusmyndigheden, og den endelige bedømmelse af magtanvendelsens lovlighed henhører under domstolene.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn traf den 14. juni 2006 afgørelse vedrørende et indgreb, som efter nævnets opfattelse faldt udenfor dagældende psykiatrilovs bestemmelser om tvangsindgreb.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ophævede således ved afgørelse af 14. juni 2006 en afgørelse, som det lokale Psykiatriske Patientklagenævn havde truffet vedrørende en patient, som havde været tilbageholdt på sin stue ved, at dørhåndtaget blev holdt udefra i mindst ½ time, idet nævnet fandt, at forholdet faldt udenfor psykiatrilovens bestemmelse.

11.2.2. Konkret afgørelse

Sag 44 Klage over, at patienten blev tilbageholdt på sin stue ved, at dørhåndtaget blev holdt udefra (0658610A)

Sagen drejede sig om en 28-årig mand, som i forbindelse med tvangsmedicinering blev ført til sin stue og tilbageholdt der, ved at dørhåndtaget til stuen blev holdt udefra i ½ time.

Patienten klagede til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn over, at han var blevet tilbageholdt på sin stue.

Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn fandt, at patienten havde været ulovligt tilbageholdt. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten med lukket dør blev tvangsmæssigt tilbageholdt på sin stue i et ikke ubetydeligt tidsrum (mindst en halv time), uden at der var et personalemedlem til stede på stuen. Denne væsentlige indskrænkning af bevægelsesfrihed og ophævelse af fællesskabet måtte vurderes som et tvangsmæssigt indgreb, som nævnet fandt, var lige så vidtgående som de tvangsmæssige indgreb, der er udtrykkeligt opregnedes i psykiatriloven. Uden lovhjemmel måtte anvendelse af et sådant indgreb derfor anses som ulovligt.

Overlægen påklagede afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ophævede ved sin afgørelse af 14. juni 2006 afgørelsen fra Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn, da nævnet fandt, at klagen faldt uden for den kompetence, der er henlagt til det lokale Psykiatriske Patientklagenævn.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn var af den opfattelse, at den beskrevne tilbageholdelse på stuen, hvorved dørhåndtaget blev holdt i mindst ½ time ikke var omfattet af psykiatrilovens § 17 om brug af fysisk magt, og at indgrebet ikke var reguleret af de øvrige bestemmelser i psykiatriloven. Nævnet lagde videre vægt på, at

klagen over tvangstilbageholdelsen på stuen faldt udenfor den kompetence, der var henlagt til Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn i medfør af psykiatrilovens § 35.

11.2.3. Behandling af sagen hos Folketingets Ombudsmand

På baggrund af en beskrivelse af sagen i LPD-avisen (LPD: Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark tog Folketingets Ombudsmand sagen op af egen drift.

Ved brev til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn af 13. november 2006 udtalte Folketingets Ombudsmand blandt andet, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ikke er tillagt en almindelig kompetence til at tage stilling til De lokale Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser om nævnenes kompetence.

Folketingets Ombudsmands fremkom den 27. maj 2008 med en udtalelse vedrørende Sundhedsvæsenets Patientklagenævns kompetence.

Af udtalelsen fremgår det blandt andet, at der kan foreligge tilfælde, hvor faktiske handlinger over for en patient må sidestilles med f.eks. en tvangstilbageholdelse, og at en i øvrigt ulovlig indespærring af en indlagt patient på en stue efter omstændighederne vil kunne indebære en (faktisk) tilbageholdelse (frihedsberøvelse), som Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn er kompetent til at tage stilling til, men en sådan afgørelse fra De lokale Psykiatriske Patientklagenævn er ikke omfattet af den opregning af afgørelser, som er nævnt i psykiatrilovens § 38, stk. 1, og som kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Samlet set var det herefter Folketingets Ombudsmands opfattelse, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i det foreliggende tilfælde ikke havde kompetence til at tage stilling til klagen fra overlægen, og at det i øvrigt måtte give anledning til tvivl, om der forelå en sådan hændelse, at der var tale om et indgreb, der måtte sidestilles med en administrativ frihedsberøvelse (som omhandlet i psykiatriloven), og som i givet fald var omfattet af De lokale Psykiatriske Patientklagenævns kompetence. Afgørelsen af dette spørgsmål måtte i givet fald i sidste instans træffes af domstolene. Hvis domstolen afviste at tage stilling til indgrebet, fordi det fandtes, at der ikke var tale om frihedsberøvelse, ville der være mulighed for at klage til sygehusledelsen med mulighed for at klage over ledelsens afgørelse til regionen over indgrebet.

Folketingets Ombudsmand anførte videre, at retstilstanden efter den nugældende psykiatrilov, bekendtgørelse af lov nr. 1111 af 1. november 2006 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, for så vidt er mere afklaret. Efter lovens § 35 kan klager over aflåsning af døre i afdelingen, som er sket efter lovens § 18 e indbringes for det Psykiatriske Patientklagenævn i Statsforvaltningerne. Der sigtes her til tilfælde, hvor der er etableret en såkaldt fysisk

skærmning. Det er i forarbejderne til den nugældende psykiatrilov forudsat at der i et skærmet afsnit blandt andet skal være mindst 3 patientstuer, og i bemærkningerne til bestemmelsen er det således anført, at det er regeringens opfattelse, at der er behov for, at hjemlen til at aflåse døre i forhold til patienter bliver præciseret i selve loven, og at bestemmelserne i tvangsbekendtgørelsen om, at alene afdelingens yderdøre kan aflåses, samtidig ophæves.

Folketingets Ombudsmand anførte herefter, at indelåsning (også ved at holde et håndtag) på en enkelt patientstue på en almindelig psykiatrisk afdeling således vil være i strid med reglen i psykiatrilovens § 18e.

11.2.4. Genoptagelse af sagsbehandlingen af nævnets afgørelse af 14. juni 2006

På baggrund af udtalelsen af 27. maj 2008 fra Folketingets Ombudsmand genoptog Sundhedsvæsenets Patientklagenævn behandlingen af sagen.

Sagen blev afgjort i overensstemmelse med det af Folketingets Ombudsmand udtalte, som refereret ovenfor, og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ophævede ved sin afgørelse af 9. marts 2009 derfor den afgørelse, der blev truffet af nævnet den 14. juni 2006 og anmodede Det lokale Psykiatriske Patientklagenævn om at oversende sagen til rette myndighed.

12. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2008

12.1. 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.

12.2. Anmodninger om tiltalerejsning i 2008

Patientklagenævnet har i 2008 i 1 tilfælde besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale. Sagen vedrørte grovere forsømmelse i forbindelse med faglig virksomhed.

12.3. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning for læger, 1998-2008

Nedenfor ses ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 11 i Patientklagenævnets årsberetning for 2007 om afgørelser vedrørende læger, der blev oversendt til anklagemyndigheden i perioden 1998-2008.

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra den 1. januar 1998 til den 31. december 2008 vedrørende læger, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	2	5	1	4	2	2	1	3	2	2	0	24
Straffesag verserende								1				1
Påtale opgivet		2		2		2	1	1		2		10
Bødeforlæg vedtaget	2	1	1	1	2			1	1			9
Dom, frifindelse		1		1								2
Dom, bøde		1							1			2

12.4 Anmodninger om tiltalerejsning for sygeplejersker, 1999-2008

Nedenfor ses en ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 11 i Patientklagenævnets årsberetning for 2007 om afgørelser vedrørende sygeplejersker, der blev oversendt til anklagemyndigheden i 1999-2008.

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra 1999 til 2008 vedrørende sygeplejersker, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	5	2	6	3	3	2	0	0	3	1	25
Straffesag verserende											0
Påtale opgivet		1	2	2	2	1			3	1	12
Bødeforlæg vedtaget	4	1	4		1	1					11
Dom, bøde	1			1							2

13. RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET I 2008

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.

Der var ingen verserende retssager mod Patientklagenævnet i 2008.

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	2008
Verserende retssager	12	14	10	7	7	6	6	3	3	1	0

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.

14. KLAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2008

14.1. Indledning

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

Nævnet har i 2008 modtaget 42 henvendelser fra ombudsmanden i forbindelse med klager over nævnets sagsbehandling.

I 10 af sagerne kom ombudsmanden med en udtalelse. I 4 af disse sager havde ombudsmanden ingen bemærkninger til nævnets sagsbehandling. I 6 af sagerne havde ombudsmanden bemærkninger til sagsbehandlingen.

I de resterende 32 sager afviste ombudsmanden at behandle klagen eller henviste klager til nævnet med henblik på nævnets stillingtagen, inden klageren tog stilling til, om sagen fortsat skulle behandles hos ombudsmanden.

En endelig opgørelse af antallet af sager, ombudsmanden har taget under behandling i 2008, afventer Folketingets Ombudsmands beretning for 2008.

Nedenfor følger en oversigt over de 10 sager, som blev realitetsbehandlet i 2008.

Klagen vedrørte	Antal sager	Bemærkninger	Ingen bemærkninger
Afgørelsen	3	0	3
Sagsbehandlingen	7	6	1
I alt	10	6	4

Nedenfor i afsnit 14.2 beskrives 3 af de klagesager, som ombudsmanden tog under realitetsbehandling.

Ombudsmanden afsluttede i 2008 endvidere 3 sager, som han i henhold til ombudsmandslovens § 17, stk. 1, havde taget op af egen drift. Disse sager er beskrevet nedenfor i afsnit 14.3.

Folketingets Ombudsmand rettede i oktober 2007 henvendelse til Patientklagenævnets direktør og anmodede om et møde om sagsbehandlingstiden ved nævnet. Baggrunden herfor

var, at ombudsmanden flere gange havde kritiseret nævnets sagsbehandlingstid, herunder at nævnet ikke havde underrettet sagens parter om, at sagen trak ud.

Mødet blev afholdt i januar 2008, og det blev aftalt, at Patientklagenævnet efter 1. halvår 2008 skulle afgive en redegørelse til ombudsmanden om de forhold, der blev drøftet på mødet. Redegørelsen blev sendt den 15. september 2008. Ombudsmanden har herefter den 26. november 2008 anmodet om en ny redegørelse om sagsbehandlingstiden og antallet af verserende sager, der har været under behandling i lang tid.

14.2. Tre klager, som blev realitetsbehandlet af Folketingets Ombudsmand

Klage over fastsættelsen af Patientklagenævnets 2-årige forældelsesfrist

En advokat klagede den 14. september 2006 på vegne af en patients ægtefælle over den behandling, som patienten havde modtaget den 2. juli 2002. Patienten var afgået pludseligt ved døden den 26. maj 2003. Patientens ægtefælle havde i september 2004 fået aktindsigt i patientens journal blandt andet med henblik på at forstå årsagen til patientens død. Patientklagenævnet afviste at behandle klagen, idet den efter nævnets opfattelse var indgivet for sent. Nævnet anførte i den forbindelse, at en klage kun kunne anses for rettidigt indgivet i det omfang, patienten selv kunne have klaget rettidigt. Nævnet fandt, at den 2-årige forældelsesfrist skulle regnes fra tidspunktet fra patientens død, også selv om patientens ægtefælle først havde fået mistanke om mulig fejlbehandling i forbindelse med, at hun havde fået aktindsigt i journalen.

Ombudsmanden udtalte, at den 2-årige forældelsesfrist for indbringelse af klagen skal beregnes med udgangspunkt i de subjektive forhold hos den pårørende, som indbringer klagen, idet han anførte, at der ikke var støtte for et andet udgangspunkt i den dagældende centralstyrelseslov (nu klage- og erstatningsloven) eller forarbejderne til loven. Klageretten for nærmeste pårørende var således ikke afledt af den afdødes vilje. Ombudsmanden udtalte endvidere, at den 2-årige forældelsesfrist dog ville skulle beregnes fra det tidspunkt, hvor den afdøde eventuelt selv havde eller burde have haft kendskab til mulig fejlbehandling. På denne baggrund henstillede ombudsmanden til Patientklagenævnet at genoptage sagen og på ny tage stilling til, om advokatens klage var rettidigt indgivet.

Klage over afvisning af sag som forældet

En 23-årig kvinde klagede den 1. oktober 2007 til Patientklagenævnet over en operation for nærsynethed, som hun havde fået foretaget den 11. juni 2003. På grund af dårligt resultat af operationen blev hun reopereret på det ene øje den 28. august 2003. Der var herefter et godt resultat. Klager oplyste i sin klage, at hun efter kun lidt over to år igen begyndte at få hovedpine og havde svært ved at fokusere skarpt. En kontrolundersøgelse den 7. marts 2006 viste, at synet igen var forringet. Nævnet afviste at behandle klagen under henvisning til den 2-årige forældelsesfrist, idet nævnet fandt, at patienten havde haft grundlag for at klage allerede i august 2005. Patienten klagede til ombudsmanden

over nævnets afvisning og anførte herunder, at hun mente, at klagetidspunktet først burde løbe fra det tidspunkt, hvor hun havde en egentlig, objektiv konstaterbar viden om forholdet fra en sundhedsperson (kontrollen den 7. marts 2006).

Ombudsmanden udtalte, at han i tidligere sager vedrørende fastsættelse af begyndelsestidspunktet for Patientklagenævnets 2-årige forældelsesfrist har udtalt, at det forhold, at en behandling har vist sig at give genevirkninger eller komplikationer for patienten – eller ikke har medført det forventede resultat – ikke i sig selv er ensbetydende med, at klager med rimelighed bør formode, at der kan være begået fejl. Fristen kan først begynde at løbe fra det tidspunkt, hvor klageren efter en konkret vurdering havde et rimeligt grundlag for at henføre de konstaterede gener m.v. til en eventuel fejl ved behandlingen. Grundlaget for vurderingen heraf kan blandt andet være klagerens egne oplysninger eller journalmaterialet. Ombudsmanden oplyste, at han i en sådan tidligere sag havde tillagt det betydning, om en viden som klageren erhvervede efterfølgende gav en vis objektiv bestyrkelse af grundlaget for at antage, at der kunne være begået faglige fejl under behandlingen. Under henvisning hertil fandt ombudsmanden det ikke kritisabelt, at Patientklagenævnet i den konkrete sag havde tillagt det afgørende betydning, at patienten selv havde oplyst, at hun ”efter kun lidt over to år” igen begyndte at få hovedpine og i visse situationer havde svært ved at fokusere skarpt.

Klage over nævnets sagsbehandlingstid

En 55-årig kvinde klagede den 28. juni 2005 over den behandling hun havde fået på to sygehuse. Nævnet antog klagen til realitetsbehandling den 11. august 2005 og oplyste i den forbindelse klager om, at sagen var sendt til embedslægen, og at der i nævnets resultatkontrakt med Indenrigs- og Sundhedsministeriet var fastsat en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på 12 måneder. I perioden fra den 15. august til den 31. oktober 2005 var der yderligere korrespondance mellem klageren og nævnet om klagens afgrænsning. Den 21. november 2005 nævnet den yderligere korrespondance til embedslægen, således at denne kunne indgå i sagens behandling. Klager henvendte sig i perioden fra den 24. november 2005 til den 3. marts 2007 i alt 4 gange til nævnet og spurgte til sagens status. Nævnet oplyste klager om, at det ikke kunne oplyses, hvornår sagen ville blive afgjort, og at der var en lang sagsbehandlingstid på grund af mange sager i nævnet. Den 30. marts 2007 sendte nævnet et forslag til afgørelse til klager, hvorefter klager sendte to partshøringssvar til nævnet. Den 18. maj 2007 klagede klager til ombudsmanden over sagsbehandlingstiden. Nævnet afgjorde sagen den 16. august 2007.

Ombudsmand udtalte, at sagsbehandlingstiden i nævnet havde været alt for lang. Han fandt, at nævnet burde have færdigbehandlet sagen inden for en rimelig og acceptabel sagsbehandlingstid, efter at sagen var modtaget fra embedslægen den 16. december 2005. Fra dette tidspunkt og til der blev truffet afgørelse henlå sagen i en længere periode uden andre ekspeditioner end besvarelse af rykkere, underretninger mv. Ombudsmanden fandt, at det

forhold, at der havde været en omfattende brevveksling om præcisering af klagen og forståelsen af denne, og det forhold, at sagsbehandlingstiden blev forlænget på grund af antallet af sager, mange nye medarbejdere og andre administrative forhold, kunne føre til en anden vurdering.

14.3. Sager behandlet af Folketingets Ombudsmand af egen drift

Oversendelse af klage til rette myndighed

Ombudsmanden rettede på baggrund af behandlingen af en konkret klage henvendelse til Patientklagenævnet vedrørende nævnets håndtering af klager, som ikke kan behandles af nævnet, fordi kompetencen til at behandle klagen henhører under en anden myndighed.

Ombudsmanden anførte, 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. Ombudsmanden havde noteret sig, at nævnet tilsyneladende baserede sig på det modsatte synspunkt, idet nævnet kun undtagelsesvis videresendte klager, der falder uden for nævnets kompetence. En sådan praksis var efter ombudsmandens opfattelse ikke i overensstemmelse med forvaltningsloven. Ombudsmanden anmodede nævnet om at tage sin praksis op til overvejelse og underrette ombudsmanden herom.

Patientklagenævnet anførte heroverfor blandt andet, at det var nævnets praksis ikke umiddelbart at videresende en klage udenfor nævnets kompetence til rette myndighed, medmindre klager udtrykkeligt havde anmodet herom. I stedet oplyste nævnet klager om, hvortil klager kunne henvende sig med sin klage, eller hvor klager kunne få vejledning om rette klageinstans.

Denne praksis beroede på, at en klage til Patientklagenævnet som udgangspunkt indeholder meget følsomme oplysninger, og at en videresendelse heraf til anden myndighed ikke nødvendigvis ville være i klagers interesse. Såfremt klager herefter vendte tilbage til Patientklagenævnet med anmodning om, at nævnet var behjælpelig med videresendelse af klagen til rette myndighed, ville nævnet naturligvis sørge herfor.

Det var nævnets opfattelse, at det var overensstemmende med forvaltningslovens § 7, stk. 2, som udgangspunkt ikke at videresende en klage til rette myndighed, men i stedet vejlede herom, i det omfang klagen indeholder oplysninger vedrørende rent private forhold. Det var nævnets opfattelse, at oplysninger om sygdomsforhold er omfattet af sådanne rent private forhold.

Ombudsmanden udtalte herefter, at det var hans opfattelse, at nævnets praksis ikke var i overensstemmelse med forvaltningslovens § 7, stk. 2, idet han fandt, at nævnet i hver enkelt sag måtte vurdere, om sagen indeholdt følsomme oplysninger af en sådan karakter, at oversendelse til rette myndighed ikke skulle finde sted med den følge, at borgeren i stedet skulle vejledes om, at borgeren selv kunne rette henvendelse til rette myndighed, eller at borgeren kunne anmode nævnet om at oversende klagen. Ombudsmanden anførte endvidere, at nævnet i tvivlssager kunne spørge borgeren, om denne ønskede klagen oversendt til rette myndighed.

Patientklagenævnet meddelte herefter ombudsmanden, at nævnet ville indrette sin praksis i overensstemmelse med ombudsmandens udtalelse.

Vejledning om retsfølgen af en afgørelse om aktindsigt

Patientklagenævnet havde i en konkret sag, hvor der var klaget over, at en far til en mindreårig dreng ikke havde fået fuld aktindsigt i sønnens journal, og hvor nævnet havde fundet grundlag for kritik heraf, efter henvendelse fra klageren meddelt denne, at han selv måtte rette henvendelse til sygehuset og anmode om at få de dele af journalen, som ikke var blevet udleveret. Nævnet havde i den forbindelse oplyst, at nævnet ikke i denne type af sager foranlediger, at klageren får aktindsigt, idet nævnet henviste til Sundhedsministeriets vejledning om aktindsigt i helbredsoplysninger mv. Faren havde ved klagens indgivelse del i forældremyndigheden, men var inden sagens afgørelse ved dom blevet frataget forældremyndigheden. Han var således som udgangspunkt ikke længere efter reglerne berettiget til aktindsigt i sin søns journal.

Faren havde klaget til ombudsmanden over nævnets håndtering af hans klage.

Ombudsmanden havde ikke fundet grundlag for at realitetsbehandle klagen, idet han fandt, at han ikke kunne hjælpe faren til et andet resultat i sagen.

Ombudsmanden rettede herefter henvendelse til Patientklagenævnet, idet han mente, at nævnets afgørelse og nævnets efterfølgende vejledning af klageren, kunne give denne det indtryk, at han efter afgørelsen ville være berettiget til at få fuld aktindsigt i sin søns journal. Ombudsmanden bad på denne baggrund nævnet om en udtalelse om, hvorfor nævnet ikke i sin afgørelse udtrykkeligt havde omtalt dommen i forældremyndighedssagen og dommens konsekvenser for klageren.

Patientklagenævnet svarede ombudsmanden, at det var nævnets opfattelse, at det ikke ville være stemmende med formålet med nævnets virksomhed, hvis nævnet i en afgørelse, som den foreliggende, udtalte sig om de retlige konsekvenser af en dom, som blev afgivet efter den påklagede hændelse.

Nævnet anførte i den forbindelse, at nævnet ikke med sikkerhed ville kunne udtale sig om, hvorvidt klageren på tidspunktet for afgørelsen eller efterfølgende kunne få aktindsigt i journalen. En afgørelse herom træffes af den myndighed, der har journalen i sin besiddelse, på baggrund af de regler der til enhver tid er gældende og ud fra det faktum, der kan lægges til grund. Eksempelvis kunne klagerens retsstilling – i den konkrete sag, som ombudsmanden havde behandlet - ændre sig, hvis faren igen havde fået forældremyndigheden over sin søn.

Nævnet oplyste, at nævnet – foranlediget af ombudsmandens henvendelse – fremover ved antagelsen af en klage over afslag på aktindsigt vil vejlede klageren om afgørelsens retsfølge med følgende tekst:

”Nævnet skal vejlede Dem om, at nævnet ikke har kompetence til ved sin endelige afgørelse at pålægge en sundhedsperson at fortage en bestemt handling eller behandling. Nævnet kan således ikke direkte foranstalte, at Deres anmodning om aktindsigt bliver imødekommet. Det skal endvidere oplyses, at nævnet ved sin afgørelse ikke tager stilling til, om De efter nævnets afgørelse vil være berettiget til aktindsigt.”

Nævnets kompetence i psykiatriske ankesager

Ombudsmanden har på baggrund af en sag omtalt i LPD-avisen (avis for Landsforeningen af Patientrådgivere & Bistandsværger i Danmark) af egen drift undersøgt, om Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har kompetence til at ophæve en afgørelse truffet af et lokalt psykiatrisk patientklagenævn. Patientklagenævnet havde i den konkrete sag, hvor der var tale om tilbageholdelse af en patient ved at holde i dørhåndtag udefra, ophævet det lokale nævns afgørelse. Sagen og ombudsmandens udtalelse er nærmere omtalt i årsberetningens kapitel 13 om psykiatriske ankesager.

15. SAGSOVERSIGT

Sag 1 Klage over ordination af antipsykotisk medicin, som samlever skulle give (2005) (0552708A)	13
Sag 2 Klage over manglende indlæggelse – patienten gav ikke samtykke (2002) (0236026A)	14
Sag 3 Klage over manglende behandling og udredning af 91-årig (2004) (0447214A).....	15
Sag 4 Klage over at undersøgelse af et 6½-årigt barn blev gennemført uden samtykke (2006) (0654922P).....	17
Sag 5 Klage over behandling af 6-årigt barn uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren (2005) (0553008A)	18
Sag 6 Klage over indsprøjtning med beroligende medicin til 17-årig psykisk handicappet dreng uden forældrenes samtykke (2002) (0233915A).....	19
Sag 7 Klage over manglende samtykke (2007) (0656423A)	19
Sag 8 Klage over, at de pårørende først kort tid inden dødens indtræden blev informeret om tilstanden (2006) (0655116P).....	20
Sag 9 Klage over, at medicinsk behandling til dement blev iværksat trods de pårørendes manglende samtykke, tilslutning fra embedslægeinstitutionen til behandling (2006) (0657116A)	21
Sag 10 Klage over manglende ophør af medicin til varigt inhabil patient (2006) (0657325P).....	23
Sag 11 Klage over behandling uden samtykke fra en patient med øjeblikkeligt behandlingsbehov (2007) (0764208A).....	24
Sag 12 Klage over manglende samtykke fra forældre (2002) (0235401P).....	25
Sag 13 Klage over manglende samtykke fra forældrene til blodtransfusion (2000) (0020801P)	27
Sag 14 Klage over at behandling var i strid med livstestamente (2005) (0551315A)	29
Sag 15 Betænkningstid i forbindelse med samtykke (2001) (0126422P).....	30
Sag 16 Klage over manglende information i forbindelse med operation (2007) (0761515A)	32
Sag 17 Klage over, at livmoderen blev fjernet, uden at der var givet samtykke hertil (2006) (0654706P).....	32
Sag 18 Klage over indhentelse af samtykke (2004) (0444125A)	33
Sag 19 Klage over indsættelse af net under brokoperation uden patientens samtykke hertil (2004) (0656708A).....	34
Sag 20 Klage over manglende samtykke til amputation over knæet (2006) (0656705P).....	36
Sag 21 Klage over manglende samtykke til kirurgisk indgreb på en knude i leveren (2006) (0553510A)	36
Sag 22 Klage over manglende samtykke til amputation af det yderste fingerled (2004) (0444814A)	37
Sag 23 Klage over indhentelse af informeret samtykke i forbindelse med laserbehandling (2003) (0445819A).....	37
Sag 24 Klage over ændring af én type operation til en anden uden forudgående informeret samtykke (2002) (0232909A)	38

Sag 25 Klage over manglende samtykke til fjernelse af æggestokke (2001) (0126422P).....	39
Sag 26 Klage over manglende indhentelse af samtykke til oplæggelse af spiral (2006) (0658728A)	40
Sag 27 Klage over manglende skriftligt samtykke til behandling for cyste i æggestok (0018828P).....	40
Sag 28 Klage over manglende samtykke til injektion (2001) (0124504P)	41
Sag 29 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af endetarmen i forbindelse med blodig afføring (0763909P)	43
Sag 30 Klage over utilstrækkelig undersøgelse ved symptomer på forstoppelse og blødning fra tarmen (0446016P)	44
Sag 31 Klage over overset kræftknode i forbindelse med kikkertundersøgelse (0230216P) ..	45
Sag 32 Klage over at hele tarmen ikke blev gennemgået i forbindelse med kikkertundersøgelse (08F001P).....	46
Sag 33 Klage over manglende iværksættelse af yderligere undersøgelser efter kikkertundersøgelse (0447707P).....	47
Sag 34 Klage over afbrudt kikkertundersøgelse af tyk- og endetarm (0447818P)	48
Sag 35 Klage over orientering om datters forhold i henhold til lov om forældremyndighed og samvær § 19, stk. 1 (08F001N)	55
Sag 36 Klage over afvisning af udlevering af journalkopi til ikke- forældremyndighedsindehaveren (0765710P)	56
Sag 37 Klage over en praktiserende læges håndtering af en anmodning om en orientering i henhold til § 23, stk. 1 i lov om forældreansvar (0867228N)	57
Sag 38 Klage over afslag på anmodning om aktindsigt på baggrund af generel fuldmagt til aktindsigt (0867202A).....	59
Sag 39 Klage over praktiserende læges manglende diagnosticering af meningitis (08F005P)	61
Sag 40 Klage over utilstrækkelig behandling i forbindelse med en ufrivillig og smertefuld erektion i 3 døgn (0765628A)	63
Sag 41 Klage over bedøvelse af 3½-årigt barn (0871205N).....	64
Sag 42 Klage over, at patient på speciallægeklinik selv blev sat til at betjene apparat til ultraviolet bestråling med forbrænding til følge (0868916A)	66
Sag 43 Klage over at patienten fik taget blodprøver med tvang (0873102B).....	69
Sag 44 Klage over, at patienten blev tilbageholdt på sin stue ved, at dørhåndtaget blev holdt udefra (0658610A)	72