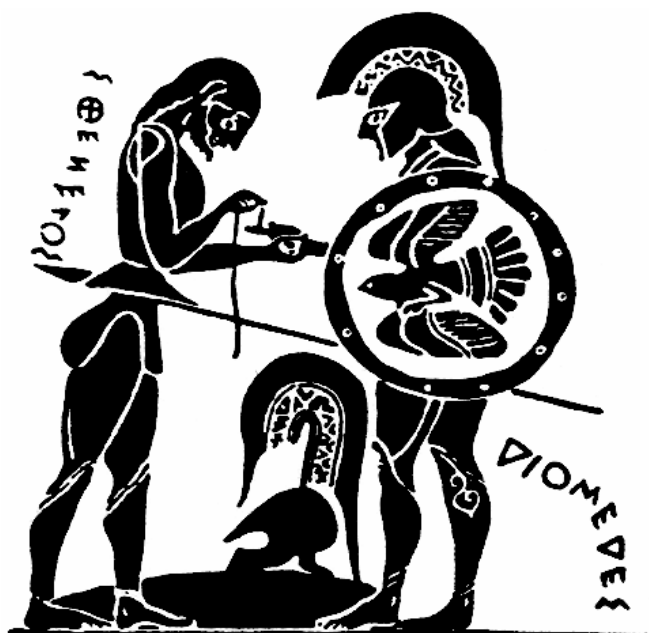


AFGØRELSER OG PRAKSIS

Årsberetning 2009



Maj 2010

SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN

AFGØRELSER OG PRAKSIS 2009

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
- Klager over ambulancebehandlere. November 2006
- Sundhedspersoners tavshedspligt, 1998-2006. November 2006
- Lægeerklæringer, 1998-2006. December 2006
- Blindtarmsbetændelse. 2003-2006. December 2006
- Aktindsigt. 1998-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med hjertesygdomme. 2003-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med rygmarvsbedøvelse. 2003-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med Meningitis. 2000-2007. December 2007
- Informeret samtykke og journalføring heraf. 1998-2008. November 2008
- Tyktarmstumorer. 1997-2007. December 2008
- Psykiatriske ankesager. 1997-2009. December 2009

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 regeringen har fremsat lovforslag om en revision af klagesystemet.

Formålet med lovforslaget er at styrke patienternes retsstilling ved en ændring af patientklagesystemet, der giver patienterne bedre klagemuligheder, lettere klageadgang og mulighed for en hurtigere afgørelse af klagesager. Samtidig understøtter det nye patientklagesystem en øget læring i sundhedsvæsenet.

Lovforslaget indebærer en væsentlig udvidelse af patienters klageadgang. Patienter kan fremover klage over manglende efterlevelse af en række patientrettigheder, herunder vedrørende frit og udvidet frit sygehusvalg, kontaktpersonordningen og betaling for sygehusbehandling i udlandet. Der bliver også en ny adgang til at klage over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed, uden at der samtidig klages over bestemte sundhedspersoner. Afgørelser i de nævnte klagesager træffes af Patientombudet, der etableres ved lovforslaget, og som for at styrke grundlaget for læring fremover skal varetage en række funktioner, der hidtil har været spredt på flere myndigheder. Patientombudet varetager endvidere sekretariatsbetjeningen af et nyt disciplinærnævn, et psykiatrisk ankenævn samt Patientskadeankenævnet og Lægemiddelankenævnet.

Årsberetningen er rettet mod en meget bred kreds af brugere, politikere, borgere, sundhedspersonale og administratorer, hvilket naturligvis har indflydelse på den sproglige udformning af beretningen. Det er nævnets håb, at beretningen læses, forstås og vurderes på baggrund af denne meget brede målgruppe.

Peter Bak Mortensen
Direktør

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	3
1. SUNDHEDSVÆSENETS PATIENTKLAGENÆVN, OPGAVER, SAGSGANG M.V.	7
1.1. Indledning, opgaver og formål	7
1.2. Sagsgang.....	8
1.3. Orientering om nævnets afgørelser	10
1.4. Patientklagenævnet i tal	11
2. KLAGE OVER BEHANDLING AF BUMSER (ACNE), FORETAGET AF EN SYGEPLEJERSKE, SYGEPLEJERSKES ANSVAR I FORBINDELSE MED DELEGATION FRA LÆGE	14
2.1. Baggrund	14
2.2. Konkret afgørelse	14
3. KLAGE OVER AFSLAG PÅ AKTINDSIGT UNDER HENVISNING TIL POLITIANMELDELSE ELLER VERSERENDE STRAFFESAG.....	16
3.1. Baggrund	16
3.2. Konkret afgørelse	16
4. KLAGE OVER HJEMMESYGEPLEJERSKERS SÅRPLEJE	20
4.1. Baggrund	20
4.2. Konkret afgørelse	20
5. KLAGE OVER FOR TIDLIG UDSKRIVELSE FRA PSYKIATRISK AFDELING.....	22
5.1. Baggrund	22
5.2. Konkret afgørelse	22
6. PSYKIATRISKE ANKESAGER	26
6.1. Personlig skærmning	26
6.2. Tvangsernæring.....	31
7. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2009	37
7.1. Indledning.....	37
7.2. Anmodninger om tiltalerejsning i 2009	37
7.3. Anmodninger om tiltalerejsning for læger	38
7.3.1. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning, 1999-2009	38
7.4. Anmodninger om tiltalerejsning for sygeplejersker.....	38
7.4.1. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning 1999-2009	38
8. SAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS.....	40
OMBUDSMAND I 2009	40

8.1.	Indledning.....	40
8.2.	Beskrivelse af to klager, som blev realitetsbehandlet af Folketingets Ombudsmand 41	
8.3.	Sager behandlet af Folketingets Ombudsmand af egen drift	42
9.	RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET.....	46
9.1.	Sager anlagt af sundhedspersoner	46
9.2.	Sager anlagt af patienter/klagere	48

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. Disse sager behandles i Patientforsikringen, www.patientforsikringen.dk. 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. Det er værd at understrege, at også afgørelser, der ikke er endt med kritik, afspejler et patientforløb, der 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 et væsentligt 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 fagtidsskrifter. Nævnet udarbejder også sammenfatninger af praksis på udvalgte områder. Nyhedsbreve og sammenfatninger af nævnets praksis findes alle på nævnets hjemmeside www.pkn.dk (se oversigt over praksissammenfatninger på indersiden af forsiden), og kapitler fra praksissammenfatninger fra 2008 er medtaget i denne årsberetning.

Patientklagenævnet offentliggør endvidere årligt et stort antal afgørelser i *anonymiseret* form i fuld tekst på nævnets hjemmeside. Siden 1999 har nævnet offentliggjort ikke mindre end ca. 2.700 afgørelser.

Endelig har Patientklagenævnet siden 1. januar 2006 offentliggjort visse afgørelser *uden anonymisering af 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.

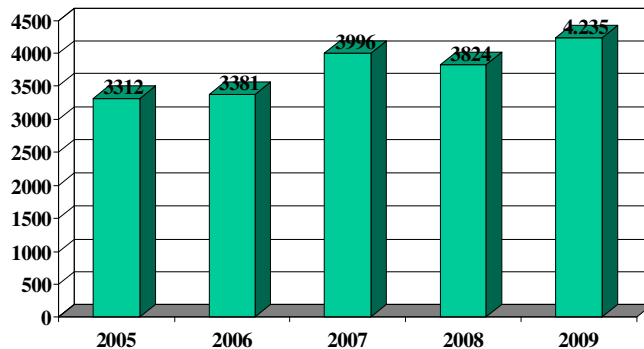
Afgørelsen offentliggøres med angivelse af titel, navn og autorisationsID/fødselsdato på den person, der kritiseres af nævnet. Alle andre navne i afgørelsen skal anonymiseres. Dette gælder også stednavne og navne på sygehuse og afdelinger mv. Bekendtgørelsen om offentliggørelse af afgørelser i klage-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

I 2009 blev der offentliggjort 114 afgørelser uden anonymisering af sundhedspersonens titel og navn.

1.4. Patientklagenævnet i tal

I 2009 modtog Patientklagenævnet 4.235 nye klager. Antallet af nye klager er i 2009 steget med knap 11 % i forhold til 2008, hvor der kom 3.824 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 1.2 mio. udskrivelser fra sygehusene om året, 7,2 mio. ambulante behandlinger (inkl. skadestuebesøg), 39,7 mio. patientkontakter i almen praksis, 4,9 mio. kontakter i speciallægepraksis og 4,4 mio. kliniske undersøgelser hos tandlæger.

I 2009 afgjorde Patientklagenævnet 3.098 sager, hvilket var et fald på 21 % i forhold til 2008, hvor der blev afgjort 3.940. Antallet af verserende sager steg fra 3.190 i 2008 til 3.488 ved udgangen af 2009.

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

Sagsbehandlingstiden faldt fra 15,1 måneder i 2008 til 13,8 måneder i 2009.

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 2009 takstindtægter på 38 mio. kr. og modtog herudover en statslig bevilling på godt 7 mio. kr. Nævnets samlede omkostninger var godt 45 mio. kr. Der blev i 2009 afholdt 41 nævnsmøder med normalt 30 sager til behandling pr. møde og derudover 8 nævnsmøder vedr. psykiatriske ankesager. Udgifterne til løn og honorarer fordelte sig med 2,5 mio. kr. til honorar til nævnsmedlemmer, 8,5 mio. kr. til honorarer til sagkyndige konsulenter og 27 mio. kr. til aflønning af medarbejderne i sekretariatet i øvrigt. Udgifterne til drift af nævn og sekretariat udgjorde knap 8 mio. kr.

I 2009 havde Patientklagenævnets sekretariat 58 årsværk mod 62 årsværk i 2008.

Der er flere oplysninger om nævnets økonomi mm. i Årsrapporten for 2009, der kan læses på nævnets hjemmeside www.pkn.dk. På hjemmesiden er der i øvrigt mange flere oplysninger om Patientklagenævnet, herunder statistiske oplysninger.

2. KLAGE OVER BEHANDLING AF BUMSER (ACNE), FORETAGET AF EN SYGEPLEJERSKE, SYGEPLEJERSKES ANSVAR I FORBINDELSE MED DELEGATION FRA LÆGE

Patientklagenævnet har i december 2008 afgjort en sag vedrørende klage over behandling af bumser (acne), foretaget af sygeplejerske på klinik.

2.1. Baggrund

Det fremgår af autorisationslovens § 17, at en sygeplejerske under udøvelse af sin virksomhed har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette gælder blandt andet ved gennemførelse af behandling for acne.

2.2. Konkret afgørelse

Nedenstående sag illustrerer, at sygeplejersken ved behandling af svær acne bør sikre, at der tages kontakt til den behandlingsansvarlige læge forud for iværksættelse af behandling.

Sag 1 Klage over fejlagtig behandling med laser i forbindelse med svær acne

En 18-årig mand henvendte sig til klinik på grund af acne i ansigtet. Han blev af sygeplejerske behandlet for acne i ansigtet med en såkaldt NLite laser (non-ablativ pulse dye-laser med en bølgelængde på 585 nm). Han fik 812 skud med en energi på 2,3.

I de følgende dage observerede hans mor, at der løb væske fra hans kindpartier. Den behandlende sygeplejerske blev derfor kontaktet, og ved en senere henvendelse blev der aftalt ny tid til såkaldt "touch up". Patienten blev herefter ved ny konsultation behandlet i ansigtet med NLite laseren med 287 skud og en energi på 2,3.

I de følgende dage havde patienten det dårligt med sin hud, og på grund af fortsatte problemer henvendte han sig til sin praktiserende læge, der iværksatte behandling dels for infektion med antibiotika (Tetracyclin) og dels mod allergisk reaktion (Xyzal). Senere blev der hos speciallæge i dermatologi iværksat behandling med Prednisolon og Roaccutan.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med laserbehandling af acne.

Nævnet fandt blandt andet grundlag for kritik af sygeplejersken, der foretog behandlingen.

Nævnet oplyste, at cystisk acne er en hudsygdom, der normalt behandles medicinsk.

Det var nævnets vurdering, at patienten ved den første henvendelse på klinikken burde have været tilset af den for behandlingen ansvarlige læge, der burde have sikret sig, at patienten fik en relevant behandling, blandt andet ved at vurdere laserbehandling i sammenhæng med andre dermatologiske behandlingsmuligheder.

Det fremgik af vejledning på klinikken, at patientens udbrud af acne burde vurderes på en skala fra 1 – 10 på den aktuelle behandlingsdag.

Ifølge udtalelse til sagen fra sygeplejersken foretog hun dog denne vurdering, og hun vurderede patienten til en værdi af 7 – 8.

Det var videre nævnets vurdering, at sygeplejersken i kraft af sin uddannelse og oplæring, patientens ønske og tilstand med svær acne burde have taget kontakt til den for behandlingen ansvarlige læge både forud for den indledende behandling samt ved den efterfølgende konsultation.

Det kan endelig oplyses, at den ansvarlige læge fik kritik for instruksen.

3. KLAGE OVER AFSLAG PÅ AKTINDSIGT UNDER HENVISNING TIL POLITIANMELDELSE ELLER VERSERENDE STRAFFESAG

Patientklagenævnet har i december 2008 afgjort en sag, hvor der blev klaget over, at en overlæge afslog forældrenes anmodninger om aktindsigt i deres barns sygehusjournal.

3.1. Baggrund

Efter sundhedslovens § 37, stk. 1, har en patient som udgangspunkt ret til aktindsigt i sin journal. Retten til aktindsigt kan dog begrænses efter sundhedslovens § 37, stk. 2, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

Det kan udledes af sundhedslovens § 17, stk. 3, at forældremyndighedsindehaveren til børn under 15 år har ret til aktindsigt i henhold til reglerne herom, og at forældremyndighedsindehaverens anmodning om aktindsigt i sjældne tilfælde kan afvises med henvisning til sundhedslovens § 37, stk. 2.

Af vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger fremgår, at forældremyndighedsindehavere til en mindreårig kan nægtes aktindsigt, hvis forældremyndighedsindehaverens interesse i at få aktindsigt bør vige for afgørende hensyn til den mindreårige. Dette kan være begrundet i, at journalen kan indeholde oplysninger om prævention, om abortindgreb eller behandling af kønssygdomme, som er sket uden forældrenes viden.

Derudover skal et afslag på anmodning om aktindsigt som udgangspunkt være begrundet i afgørende behandlingsmæssige hensyn til patienten.

I henhold til forvaltningslovens § 15, stk. 1, nr. 3, kan en anmodning om aktindsigt begrænses under hensyn til forebyggelse, opklaring og forfølgning af lovovertrædelser. Sundhedsloven indeholder dog ikke en tilsvarende bestemmelse, som kan begrunde en begrænsning af retten til aktindsigt.

3.2. Konkret afgørelse

Nedenstående sag, som er afgjort i henhold til sundhedslovens § 37, stk. 2, illustrerer, at en sundhedsperson ikke kan begrunde et afslag af en anmodning om aktindsigt med, at der sideløbende foreligger en politianmeldelse eller verserer en straffesag.

Nævnet fandt, at der i sundhedsloven og dennes forarbejder ikke var hjemmel til at afslå en anmodning om aktindsigt i sager med den begrundelse, at der sideløbende verserer en straffesag eller foreligger politianmeldelse. Som konsekvens af denne retsopfattelse fandt nævnet, at aktindsigt ikke kunne afvises med henvisning til, at der skulle ske underretning af de sociale myndigheder med henblik på vurdering af, hvorvidt der skulle ske politianmeldelse.

Sag 2 Klage over afslag på aktindsigt (0872423)

Forældrene til en 19 måneder gammel dreng henvendte sig den 17. februar 2008 på skadestuen, idet drengen var faldet ned af en stol og havde slået hovedet. Drengen blev via skadestuen indlagt på børneafdelingen til videre observation, idet han var faldet og havde slået bagehovedet. Ved undersøgelsen blev det vurderet, at drengen formodentlig havde fået en hjernerystelse (commotio cerebri), men der blev ikke fundet mistanke om akut blødning. I forbindelse med behandlingsforløbet på børneafdelingen blev der foretaget en CT-scanning af drengens hoved, hvor der blev fundet flere forskellige blodsamlinger, men der var ikke tegn på brud.

Forældrene anmodede den 22. februar 2008 om aktindsigt i journalen, hvilket blev afslået, og forældrene fremsatte igen den 5. marts 2008 en anmodning om aktindsigt. Den 11. marts 2008 underskrev og afleverede forældrene en formular, hvor de skrev under på, at de havde forældremyndigheden, samt at der ikke verserede en politimæssig efterforskning af dem. Forældrene rykkede den 25. marts 2008 for udlevering af journalmaterialet med henvisning til, at 10-dages fristen var overskredet, men anmodningen blev afvist. Den 2. april 2008 fremsendte en overlæge afslag på forældrenes anmodning om aktindsigt under henvisning til, at socialforvaltningen havde besluttet at politianmelde forældrene.

Der blev klaget over, at den mundtlige anmodning om aktindsigt den 22. februar 2008 blev afvist, og at den skriftlige anmodning den 5. marts 2008 ikke blev imødekommet.

Overlægen afviste den første anmodning med henvisning til, at sagen skulle indberettes til de sociale myndigheder, samt at hun havde en frist på ti dage til at svare.

Overlægen afviste endeligt anmodningerne om aktindsigt ved en skrivelse af 2. april 2008 til forældrene med henvisning til, at socialforvaltningen den 1. april 2008 havde indgivet en politianmeldelse. Forældrene blev orienteret om at rette henvendelse til politiet.

For så vidt angår anmodningen af 22. februar 2008, var det nævnets vurdering, at overlægen ikke tog endelig stilling til forældrenes mundtlige anmodning om aktindsigt fremsat den 22.

februar 2008, idet overlægen som udgangspunkt afviste anmodningen med henvisning til, at sagen skulle indberettes til de sociale myndigheder, samt at denne havde en frist på 10 dage. Forældrene havde ikke hørt yderligere fra overlægen, da de den 5. marts 2008 skriftligt anmodede om aktindsigt i deres søns journal.

Nævnet har således lagt til grund, at forældrene anmodede om aktindsigt i deres søns journal den 22. februar 2008, og at overlægen denne dag gav en begrundelse på årsagen til, at vedkommende på dette tidspunkt ikke kunne give forældrene aktindsigt. Nævnet har endvidere lagt til grund, at forældrene accepterede dette.

Overlægen udtalte til sagen, at man ikke fandt nogen forklaring på hjerneblødningerne, hvilket betød, at man ved en medicinsk udredning ikke fandt nogen sygdom, der kunne forklare blødningerne, samt at de traumer, som forældrene havde oplyst om, ikke var tilstrækkeligt alvorlige til at forårsage blødningerne. På den baggrund vurderede overlægen, at drengen havde været udsat for vold, hvorfor overlægen den 25. februar 2008 underrettede socialforvaltningen, hvilket ifølge overlægen var sædvanlig procedure i denne type sager.

Det var nævnets opfattelse, at afslag på aktindsigt som udgangspunkt skulle være begrundet i afgørende behandlingsmæssige hensyn til patienten, og at der her var tale om en snæver undtagelsesbestemmelse.

Efter en gennemgang af journalen fandt nævnet, at der ikke kunne ses at være sådanne afgørende behandlingsmæssige hensyn til drengen, at der var grundlag for at afslå forældrenes anmodning om aktindsigt. Nævnet lagde vægt på, at drengens sygdomstilstand, ifølge de oplysninger overlægen var i besiddelse af, ikke kunne give grundlag for at frygte, at det af behandlingsmæssige årsager kunne være nødvendigt at afslå forældrenes anmodning om aktindsigt.

Nævnet oplyste, at sundhedsloven ikke indeholder en særlig undtagelsesbestemmelse for patientjournaler for så vidt angår sager inden for strafferetsplejen, sådan som det er tilfældet i forvaltningsloven.

Nævnet bemærkede, at nævnet betragter sundhedsloven som værende *lex specialis* og må gå forud for bestemmelserne i forvaltningsloven.

Nævnet lagde således vægt på, at der i henhold til sundhedsloven og forarbejderne hertil ikke er hjemmel til at afslå en anmodning om aktindsigt i journalmateriale mv. med den begrundelse, at der sideløbende verserer en straffesag eller foreligger en politianmeldelse. Endnu mindre kunne underretning til de sociale myndigheder med henblik på vurdering af, hvorvidt der skulle ske politianmeldelse, efter nævnets opfattelse begrunde afvisning af en anmodning om aktindsigt.

Det var således nævnets opfattelse, at overlægens afvisning af at give journalkopi til forældrene den 22. februar og den 5 marts 2008 ikke var berettiget.

Nævnet fandt imidlertid ikke grundlag for at kritisere overlægen for ikke at have imødekommet anmodningerne om aktindsigt, idet overlægen henholdt sig til en vejledning på afdelingen vedrørende patientjournaler og aktindsigt, hvoraf fremgik, at der i forbindelse med en politianmeldelse eller pågående politimæssig efterforskning, hvor barnet var involveret, ikke måtte gives forældrene aktindsigt i deres barns journal.

Nævnet kan endvidere oplyse, at nævnet fandt, at vejledningen ikke var udfærdiget i overensstemmelse med sundhedslovens regler om aktindsigt. Nævnet fandt dog ikke grundlag for at udtale kritik af den ledende overlæge, som var ansvarlig for vejledningen, idet den ledende overlæge i forbindelse med udarbejdelse af vejledningen havde været bekendt med, at den tidligere ledende overlæge af en dommer i forbindelse med en anden retssag havde fået at vide, at retten til aktindsigt i politisager skulle vige for øvrige lovlige hensyn.

4. KLAGE OVER HJEMMESYGEPLEJERSKERS SÅRPLEJE

Patientklagenævnet har i august 2009 afgjort en sag vedrørende en klage over, at der i forbindelse med sårpleje blev glemt forbindingsmateriale i et sår efter en byld.

4.1. Baggrund

Det fremgår af autorisationslovens § 17 og af den dagældende lov om sygeplejersker § 5, stk. 1, at en sygeplejerske under udøvelse af sin virksomhed har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

4.2. Konkret afgørelse

Nedenstående sag illustrerer, at tilstrækkelig journalføring er en forudsætning for, at der kan tages stilling til den foretagne behandling.

Sag 3 Klage over, at der blev glemt et stykke forbindingsmateriale i et sår efter en byld

En 14-årig pige blev den 30. august 2006 indlagt akut på et sygehus til behandling af en byld i højre armhule. Bylden blev spaltet, og pigen blev den 2. september 2006 udskrevet til videre sårbehandling ved hjemmesygeplejen.

Ifølge journalen fra hjemmesygeplejen startede behandlingen af såret den 4. september 2006 med daglig skifning med forbinding af typen Kalostat.

Den 20. september 2006 blev pigen genindlagt på sygehuset, fordi der fortsat sivede pus fra såret, og fordi bylden var vokset. Dagen efter blev bylden skåret op, og man fandt et stort stykke grønt, ildelugtende Kalostat i såret.

Nævnet fandt grundlag for kritik af de involverede hjemmesygeplejerskers journalføring i perioden fra den 5. til den 20. september 2006, idet der ikke var nogen notater fra perioden om, hvordan sårplejen rent faktisk foregik, observationer om sårets tilstand eller om de foretagne plejetiltag.

Efter nævnets opfattelse kunne det på baggrund af oplysningerne fra sygehusjournalen lægges til grund, at der i perioden fra den 5. til den 20. september 2006, hvor hjemmesygeplejen havde ansvaret for sårplejen, var glemt et stykke Kalostat i såret. På grund af den mangelfulde dokumentation havde nævnet ikke tilstrækkeligt grundlag for at placere et ansvar for fejlen på en navngiven hjemmesygeplejerske.

Nævnet havde derimod mulighed for at vurdere den journalføring, som havde fundet sted i perioden.

Nævnet oplyste hertil, at det fremgår af den gældende vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser, at der i lovgivningen ikke er fastsat regler, der pålægger sygeplejefagligt personale en pligt til at føre journal. Pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, der gælder for alt sygeplejefagligt personale, forudsætter imidlertid, at der foreligger ordnede optegnelser af planlagt og udført sygepleje. Det fremgår videre, at journalen kan have betydning i forbindelse med Sundhedsstyrelsens udøvelse af tilsyn med sygeplejefaglig virksomhed og ved behandling i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Patientforsikringen.

Videre fremgår det af vejledningen, at de sygeplejefaglige optegnelser skal være entydige, systematiske og forståelige af hensyn til kommunikation, både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten. Det sygeplejefaglige personale skal på baggrund af journalen kunne redegøre for patientens tilstand, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken pleje og behandling der er planlagt, og hvilken pleje og behandling der er udført samt resultatet heraf.

Endelig fremgår det af vejledningen, at journalen i relevant omfang skal indeholde oplysninger om blandt andet nødvendige observationer og oplysninger om patientens tilstand, indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf, planlagt indsats, udført pleje og behandling, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering og observation mv., beskrivelse og vurdering af resultatet og ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af indsatsen.

Det var herefter nævnets vurdering, at journalføringen af behandlingen af patienten i perioden fra den 5. til den 20. september 2006 ikke levede op til det ovenfor beskrevne. De involverede hjemmesygeplejersker fik kritik med indskærpelse.

Nævnet fandt derimod ikke grundlag for at kritisere den sygeplejerske, som var leder af hjemmesygeplejen, idet det var nævnets vurdering, at den gældende instruks vedrørende faglig dokumentation af sårpleje var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Nævnet bemærkede, at der var skema for forskellige sårtyper med udseende og behandlingsforslag samt særskilte indsatsområder som for eksempel hudproblemer og smerter med dertil hørende handling og evaluering.

5. KLAGE OVER FOR TIDLIG UDSKRIVELSE FRA PSYKIATRISK AFDELING

Patientklagenævnet har i december 2008 og i juni 2009 afgjort sager vedrørende klager over for tidlig udskrivelse af patienter fra psykiatriske afdelinger.

5.1. Baggrund

Det fremgår af autorisationslovens § 17, at en læge under udøvelse af sin virksomhed har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette gælder også ved udskrivelse af psykiatriske patienter.

5.2. Konkret afgørelse

Nedenstående sager illustrerer, at man ved udskrivelsen af psykiatriske patienter blandt andet bør sikre, at de ikke udviser psykotisk adfærd eller fremtræder akut selvmordstruede. Man bør tillige sikre, at der er taget stilling til patientens videre forløb. Hvis dette ikke er tilfældet, er det ikke i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard at udskrive patienterne.

Sag 4 Klage over for tidlig udskrivelse af patient med alkoholproblemer fra psykiatrisk afdeling (0872529N)

En 36-årig mand blev indlagt på psykiatrisk afdeling under diagnosen abstinensstilstand. Patienten havde igennem en årrække haft et massivt alkoholmisbrug, og havde 3 gange tidligere været indlagt for abstinensstilstand. Patienten havde angiveligt én gang tidligere forsøgt selvmord med piller, men blev ved indlæggelsen ikke vurderet aktuelt selvmordstruet.

Dagen efter vurderede en speciallæge i psykiatri ud fra samtale med patienten, at denne ikke var psykotisk eller deprimeret, ikke abstinent og ikke selvmordstruet. Patienten angav desuden at have kontakt til et alkoholbehandlingssystem og ønskede derfor ikke Antabus. Patienten angav videre, at han, trods mange uafklarede problemer, var ved at få styr på sin tilværelse. Der blev planlagt udskrivelse dagen efter.

På udskrivelsesdagen havde speciallægen endnu en samtale med patienten, hvor patientens muligheder for at komme videre med sin tilværelse blev gennemgået. Det blev atter vurderet, at patienten ikke var psykotisk eller abstinent, samt at han var neutral i stemning. Patienten blev derefter udskrevet.

Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med udskrivelsen, idet han ikke blev vurderet syg, men som havende et alkoholproblem. Det blev hertil anført, at patienten begik selvmord ca. 1½ måned efter udskrivelsen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægen, der behandlede og udskrev patienten.

Det var nævnets vurdering, at patienten ved udskrivelsen ikke var sindssyg eller abstinent, herunder at der ingen mistanke var om selvmordsplaner, men derimod planer om genopretning af hans problemer.

Det var videre nævnets vurdering, at speciallægen på relevant vis foranledigede, at patienten forblev indlagt endnu et døgn for at sikre sig mod behandlingskrævende abstinenser.

Det var nævnets opfattelse, at længerevarende indlæggelser ikke har nogen virkning på alkoholafhængighed. Behandling af alkohollidelser er afhængig af patientens motivation, og denne kan understøttes af Antabus i starten, hvor man ved at motivationen er skrøbelig.

Nævnet bemærkede hertil, at det fremgik af sagen, at patienten ved de tidligere indlæggelser for abstinensbehandling kun havde ønsket at indtage Antabus en enkelt gang, hvorefter der var tilbagefald (drikkerecidiv) kort tid efter. Ved en tidligere indlæggelse, der varede knap to uger, var der alligevel drikkerecidiv umiddelbart efter.

Det var samlet set nævnets vurdering, at patienten ikke led af nogen sindssygdom, men havde et alkoholafhængighedssyndrom.

Nævnet oplyste hertil, at en følge af dette ofte er tristhedssymptomer efter en drikkeperiode. Disse symptomer forsvinder, når almentilstanden er genoprettet, og der er ikke overbevisende effekt af antidepressiv medicinering. Man kan forsøge at motivere patienten til videre behandling i alkoholbehandlingssystemet, hvilket også blev gjort i aktuelle patients tilfælde.

Sag 5 Klage over for tidlig udskrivelse af patient med kronisk sindslidelse fra psykiatrisk afdeling for (0975726N)

En 26-årig mand blev indlagt på åben psykiatrisk afdeling på grund af tristhed og isolationstendens. Patienten havde forsøgt selvmord 1½ år forinden. Patienten blev aktuelt sat i behandling med antidepressiv medicin i 3 uger. Herefter blev det vurderet, at han ikke fremstod depressiv, hvorfor man ophørte med den medicinske behandling. En planlagt udskrivelse ca. 2 måneder inde i indlæggelsen, blev udsat på grund af selvdestruktiv adfærd for at sikre, at patienten ville blive udskrevet med tilstrækkelig behandlerstøtte og håb for fremtiden.

Patienten var indlagt i 3 måneder, hvor han ingen psykosesymptomer havde, men tendens til at isolere sig, og han var følelsesmæssigt noget svingende. Patienten havde løbende samtaler med psykolog og socialrådgiver, blandt andet om en forestående skilsmisse. Patienten blev desuden under indlæggelsen diagnosticeret med en skizotypisk lidelse uden pseudoneurotisk billede.

I dagene op til udskrivelsen blev det aftalt mellem behandlende overlæge og patienten, at han skulle overnatte i en ny bolig han havde fået, og såfremt dette gik godt, skulle han overgå til dagpatientstatus.

På udskrivelsesdagen blev det aftalt at patienten forblev dagpatient i ca. 1 måned og samtidigt deltog i social færdighedstræning, samt lavet aftale om, at han skulle tale med en socialrådgiver vedrørende støtte til en lejlighed i nærheden af hans familie, herunder ekshustru og børn.

Der blev klaget over, at patienten ikke skulle have været udskrevet, idet han var selvdestruktiv og selvmordstruet. Det er hertil anført, at patienten begik selvmord samme dag som han blev udskrevet.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen, der udskrev patienten.

Nævnet oplyste, at skizotypisk sindslidelse er en ikke-psykotisk, mere eller mindre stabil tilstand beslægtet med skizofreni.

Nævnet bemærkede, at der under indlæggelsen blev gjort et forsøg med antidepressiv medicinering uden effekt. Der blev herefter behandlet med psykologsamtaler, angsthåndteringsgruppe og socialfærdighedstræning, som bestod af social støtte og psykologisk behandling, hvor man hjalp patienten med sorgbearbejdningen for blandt andet at acceptere de tab, der var uoprettelige.

Det var nævnets vurdering, at udskrivelsen blev omhyggeligt forberedt, med bopæl og daghospital efter udskrivelsen, inklusive åben henvendelse i afdelingen uden for daghospitalets åbningstid. Patienten var på weekend forud for udskrivelsen, og der var tilbud om socialrådgiverstøtte til at finde fast bopæl, ligesom der var opstartet et gruppeforløb forud for udskrivelsen, som skulle fortsætte i daghospitalet.

Nævnet bemærkede, at patienten under hele indlæggelsen var på åben afdeling og ikke frembød akut selvmordsfare, selvom han hele tiden havde selvmordstanker. Han var ikke på noget tidspunkt under indlæggelsen psykotisk, men var præget af sin skizotypiske sindslidelse med kontaktforstyrrelse i mellem menneskelige situationer.

Det var nævnets opfattelse, at det er meget svært og ofte umuligt at forudsige, hvornår risikoen for selvmord er stor. Især hos patienter med en kronisk sindslidelse kan tilstanden pludselig svinge på få timer. En tilstand, som synes stabil, kan ved små tilfældige hændelser svinge tilbage, så håbet forsvinder, og den syge ikke ser anden udvej end at tage sit eget liv.

Det var nævnets vurdering, at patienten var kronisk selvmordstruet, men at han havde oplyst, at han havde personer i sit liv, som gjorde, at han havde noget at leve videre for, til trods for den forestående skilsmisse fra sin kone.

6. PSYKIATRISKE ANKESAGER

Patientklagenævnet har i december 2009 offentliggjort en revision af sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager. Sammenfatningen findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk.

Nedenstående kapitel er udarbejdet på baggrund af sammenfatningens kapitel 6.11 og 13, som behandler emnerne personlig skærmning og tvangsernæring.

6.1. Personlig skærmning

Det fremgår af psykiatrilovens § 18 c, at personlig skærmning, som varer mere end 24 timer, som patienten ikke samtykker til, kun må benyttes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Personlig skærmning defineres i psykiatrilovens § 18 c som foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 § 28, stk. 2, og af forarbejderne til loven, at umiddelbar nærhed skal forstås således, at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved toiletbesøg og badning, og at der dermed er mulighed for hurtig indgriben fra personalets side. Personlig skærmning som juridisk begreb, som det nu er defineret i § 18 c, har således ikke nødvendigvis det samme indhold, som når begrebet benyttes i andre sundhedsfaglige sammenhænge.

Lavere grader af observation/overvågning er ikke omfattet af bestemmelsen, og eventuelle retningslinier for lavere grader af observation/overvågning kan derfor fastsættes af sygehusmyndigheden.

Bestemmelsen i psykiatrilovens § 18 c blev indsat i forbindelse med ændringen af psykiatriloven, som trådte i kraft den 1. januar 2007. I den tidligere psykiatrilov fandtes skærmningbegrebet ikke, men begrebet blev i stigende omfang anvendt på de psykiatriske afdelinger som udtryk for en behandlingsmetode, uden at der dog eksisterede en entydig definition af begrebet. Skærmning blev således anvendt i situationer, hvor der var brug for, at patienten blev skærmet fra omgivelserne. Dette kunne skyldes hensynet til patienten selv, men det kunne også være af hensyn til det generelle miljø i afdelingen. Skærmning kunne foregå som personlig skærmning i form af forskellige grader af relationelle og observationsmæssige foranstaltninger i forhold til patienten spændende fra samtaler og øget opsyn til konstant

følgeskab af et personalemedlem, ligesom der kunne være tale om fysisk skærmning, hvor patienten fysisk blev afsondret fra omgivelserne.

Med indførelse af psykiatrilovens § 18 c blev adgangen til at iværksætte personlig skærmning synliggjort ved veldefinerede kriterier, og det fremgår af psykiatrilovens § 20, at beslutning om personlig skærmning, der varer mere end 24 timer skal tilføres tvangsprotokollen.

Det fremgår desuden af ovenstående bekendtgørelse § 28, stk. 3, at beslutningen om personlig skærmning træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten, og at beslutningen skal noteres i patientens journal, jf. § 21 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Patienten har ifølge psykiatrilovens § 35 mulighed for at indbringe klager over personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, til det psykiatriske patientklagenævn ved statsforvaltningen. De psykiatriske patientklagenævns afgørelser vedrørende personlig skærmning kan i henhold til psykiatrilovens § 38 ankes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

De tilfælde, hvor det kan være relevant at iværksætte personlig skærmning i henhold til psykiatrilovens § 18 c, kan være tilfælde, hvor patienter er omkringfarende og ikke kan falde til ro, og hvor adfærden over for andre kan være præget af indblanding og forulempen, f.eks. maniske patienter, der forgriber sig på andres ejendele, er seksuelt grænseoverskridende m.v. Der kan også være tale om patienter, der lider af f.eks. nervøs spisevægring.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har siden bestemmelsens indførelse behandlet fem afgørelser om personlig skærmning, hvoraf tre refereres nedenfor.

Sag 6 Betingelser for personlig skærmning ikke opfyldt (2007) ([0978309](#))

En 54-årig kvinde havde været indlagt mere end 50 gange siden 1979 under diagnosen bipolar affektiv sindslidelse. Mellem indlæggelserne blev hun fulgt ambulant eller hos sin praktiserende læge. Den 16. februar 2007 blev patienten tvangsindlagt på fareindikation af sin praktiserende læge, idet hun havde forfølgelsesforestillinger samt havde kontaktet familiens læge og politi for at få hjælp. Hun havde selvmordsintentioner, var angst og agiteret.

Ved indlæggelsen var patienten manisk med talepres, usamlet, forpint, optaget af forestillinger om sagsanlæg, og hun mente sig i slægt med kongefamilien. Hun var uden sygdomserkendelse og nægtede at tage medicin. Hun var fortsat manisk med talepres, aggressiv og forpint, og hun ringede gentagne gange til politiet.

En dag blev patienten skærmet på sin stue med fast vagt. Hun var i løbet af dagen blevet tiltagende opkørt, nægtede at indtage medicin, var stridbar og konfronterende. To dage senere blev skærmningsniveauet reduceret.

Patienten klagede over personlig skærmning til det psykiatriske patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ophævede det psykiatriske patientklagenævn godkendelse af personlig skærmning.

Nævnet fandt ikke, at der var tale om personlig skærmning omfattet af psykiatrilovens § 18 c, idet patienten havde et privatliv. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten under skærmningen var urolig, omkringvandrende og ikke respekterede, at hun skulle forblive på sin stue. Hun var fortsat manisk med psykotiske symptomer, ukorrigerbar og devaluerende. Videre var hun persevererende omkring ting, der var sket mange år tidligere på en måde, der blev vurderet som værende på paranoidt grundlag, hvorfor det blev besluttet at fortsætte skærmning 3. Patienten kunne dog prøve at være ude i miljøet i op til en halv time ad gangen.

Nævnet lagde videre vægt på, at det af overlægens erklæring til det psykiatriske patientklagenævn fremgik, at patienten ved skærmning grad 3 var tilknyttet et personalemedlem, som ikke havde andre opgaver. Imidlertid kunne patienten godt opholde sig bag en lukket dør, ligesom bad, toiletbesøg og lignende foregik bag lukkede døre, dvs. at patienten havde et privatliv.

Folketingets Ombudsmand har efterfølgende har fundet, at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ikke har hjemmel til at ophæve afgørelser fra de psykiatriske patientklagenævne. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kan derfor ændre eller tiltræde et psykiatrisk patientklagenævns afgørelse eller hjemvise til fornyet behandling i det psykiatriske patientklagenævn.

Sag 7 Betingelser for personlig skærmning ikke opfyldt (2008) ([0873110](#))

En 23-årig kvinde havde siden 13 års alderen været i kontakt med psykiatrien på grund af spiseforstyrrelse og svær personlighedsforstyrrelse. Hun havde dels under tvang dels frivilligt gentagne gange været behandlet i psykiatrisk regi på grund af overhængende risiko for at dø af ekstrem afmagring med deraf følgende påvirkning af kroppens vitale funktioner. Patienten havde en dom til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse. I slutningen af august 2007 blev patienten indlagt frivilligt i åbent regi på psykiatrisk afdeling. På afdelingen blev der forsøgt indgået en behandlingsalliance, men da der i løbet af to måneder ikke skete en ændring af patientens fysiske tilstand, og da

hun var påvirket af et livstruende lavt P-Kalium, blev hun med hjemmel i sin behandlingsdom tvangsoverflyttet til en lukket psykiatrisk afdeling for at sikre en akut livsreddende vægtstigning og normalisering af elektrolytbalancen. Ved indlæggelsen var patientens vægt 36,2 kilo. Hun var urolig, forvirret og havde svært ved at holde aftaler. Hun var mager, afkræftet og bleg og uden sygdomsforståelse. Hun blev vurderet til at være helbredstruet på grund af det lave BMI.

Dagen efter blev der lagt en holdningsplan for patienten, således der kunne ske en vægtøgning. Den efterfølgende dag modsatte hun sig til dels planerne, hvorfor hun blev skærmet i henhold til den holdningsplan, der var blevet lagt.

Patienten klagede over skærmning til det psykiatriske patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede det psykiatriske patientklagenævn godkendelse af personlig skærmning.

Nævnet fandt ikke, at der var tale om personlig skærmning omfattet af psykiatrilovens § 18 c, idet der ikke var etableret fast fodfølge af patienten, og idet patienten havde et privatliv. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at det fremgik af sygeplejeturnalen dagen efter beslutning om personlig skærmning, at patientens stue blev visiteret, hvorved der blev fundet vandflasker i hendes vasketøjskurv. 3 dage efter beslutning om personlig skærmning fremgik det af sygeplejeturnalen, at der ved visitation af patientens stue blev fundet poser med slik samt tomme slikposer, ligesom der den dagen efter blev fundet slik på stuen, hvilket kunne tyde på, at patienten havde haft et privatliv.

Nævnet lagde videre vægt på, at det yderligere 2 dage derefter fremgik af sygeplejeturnalen, at det var blevet besluttet, at patienten derefter skulle have fast vagt, som ikke måtte gå fra hende, og at der derefter alligevel blev fundet tyggegummi på stuen.

Nævnet lagde desuden vægt på, at overlægen på psykiatrisk afdeling til sagen havde oplyst, at patienten havde en fast vagt, men at denne sad udenfor hendes dør med døren på klem, når hun opholdt sig på stuen. Overlægen havde videre oplyst, at man således respekterede, at patienten havde et vist privatliv. Vagten sad imidlertid hos patienten, når hun spiste. I forbindelse med bad og toilet sad vagten udenfor døren til badeværelset med denne på klem, men således at der hele tiden var øjenkontakt med patienten. Overlægen oplyste videre, at vagten godt kunne være trukket lidt tilbage, når patienten var ude i miljøet, og at det formentlig var i forbindelse med hendes tid ude, at hun havde fået fat på det slik mv., der efterfølgende blev fundet på hende stue.

Sag 8 Godkendelse af beslutning om personlig skærmning (2009) (0766207)

Sagen vedrørte samme patient som i sag 7 refereret ovenfor. Patienten havde absenteret sig fra den afdeling, hun var indlagt på, hvorefter hun blev udskrevet. Få dage senere blev patienten indlagt frivilligt på psykiatrisk afdeling.

Under indlæggelsen blev patienten behandlet med udgangspunkt i holdningsplanen fra den tidligere indlæggelse. Holdningsplanen skred imidlertid i løbet af indlæggelsen, hvorfor patientens vægt også var svingende fra 36,7 kg til 40 kg. Patienten var diskussionslysten og splittet med hensyn til indtagelse af mad, aktivitetsniveau og vejning og fremtrådte svært realitetsforstyrret vedrørende disse forhold.

Blodprøver viste, at patienten havde marginalt lave elektrolytter, og tre dage senere blev det vurderet, at patienten ikke kunne opnå en væsentlig bedring eller lindring i tilstanden, hvorfor det blev besluttet, at hun skulle begrænses i aktivitetsniveau samt følge diæt fremover. Patienten var ikke enig i behandlingsstrategien, hvorfor hendes indlæggelse blev ændret til en indlæggelse i henhold til behandlingsdommen.

Dagen efter blev der lagt en behandlingsplan for patienten, hvoraf fremgik, at hun skulle behandles efter en ny holdningsplan, og at hun var under skærmning. Af holdningsplanen fremgik det, at patienten var skærmet på niveau 3 og havde fast vagt i alle døgnets timer. Vagten skulle sidde hos patienten, når hun indtog sine måltider. Hun måtte være oppe 2 timer i dagvagten og aftenvagten men kun på sin egen stue. Vandet skulle være lukket og måtte kun åbnes ved toiletbesøg og det daglig bad var under opsyn af personalet.

Af tvangsprotokollen fremgik det, at der blev iværksat personlig skærmning over 24 timer for at afværge selvmord eller skade på eget eller andres helbred.

Patienten klagede over personlig skærmning til det psykiatriske patientklagenævn, som godkendte beslutningen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltrådte afgørelsen.

Nævnet fandt efter en samlet vurdering, at betingelserne for at iværksætte personlig skærmning af patienten var opfyldt, idet det var nødvendigt at afværge, at patienten udsatte sit eget helbred for betydelig skade. Nævnet lagde vægt på, at patientens liv var i overhængende fare på grund af hendes lave vægt, ligesom blodprøver viste, at hun havde marginalt lave elektrolytter. Nævnet lagde videre vægt på, at det ikke var muligt at etablere et samarbejde med patienten vedrørende behandlingen.

Nævnet fandt endvidere, at personlig skærmning opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at man forinden havde forsøgt at samarbejde med patienten omkring indtagelse af mad og begrænsning af aktiviteter, hvilket ikke havde vist en bedring i forhold til patientens meget lave vægt.

6.2. Tvangsernæring

Det fremgår af § 7 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, at tvangsernæring kun må gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne i § 1, stk. 1, og tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Ifølge § 1, stk. 1, må tvangsbehandling kun anvendes over for personer, der er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Det følger af psykiatrilovens § 10, at en person kan tvangstilbageholdes, hvis overlægen finder, at betingelserne i § 5 er opfyldt.

Som ved anvendelse af andre former for tvang skal princippet om mindst indgribende foranstaltning iagttages ved tvangsernæring. Som udgangspunkt bør patienten, i det omfang det er muligt, således først have lagt en detaljeret kostplan med henblik på vægtøgning. Hvis det ikke lykkes at få patienten til at tage på i vægt, bør patienten - forinden en beslutning om tvangsernæring med sonde træffes - have tilbudt ernæring via sonde til frivillig indtagelse i overensstemmelse med mindste middels princip jf. lovens § 4.

Patientklagenævnet har kun truffet afgørelse om tvangsernæring i 4 afgørelser i alt. Sagerne refereres nedenfor.

Sag 9 Beslutning om tvangsernæring til en patient som vejede 33 kg (2002) ([0873110](#))

En 17-årig pige, som fra 12-års alderen havde lidt af nervøs spisevægring, blev tvangsindlagt på behandlingsindikation. Hun var ved indlæggelsen vågen, klar og orienteret, og det blev skønnet, at hun ikke var hallucineret. Hun havde dog urealistiske forestillinger om sin egen formåen vedrørende spisning og kunne ikke bringes til at forstå sin egen situation. Stemningslejet var let forsænket, men hun tog afstand fra egentlige akutte selvmordstanker. Såvel den formelle som den følelsesmæssige kontakt var dårlig, og hun var kronisk afmagret, og der var risiko for akut påvirkning af spiseforstyrrelsen. Hun havde et for lavt indhold af kalium og fosfat i blodet, hendes

blodtryk var lavt, og pulsen var langsom. Hun målte på indlæggelsestidspunktet 163 cm og vejede 33 kg.

Der blev samme dag truffet beslutning om, at patienten skulle tvangsbehandles med sondeernæring og salttilskud 3 gange dagligt, alternativt diætmåltid 6 gange dagligt.

Patienten tog i løbet af de næste 2 måneder på, men da hun igen stoppede med at indtage mad i tilstrækkeligt omfang og gennem de foregående 4-5 uger kun havde haft en vægtstigning på 2 kg og ikke spiste lødige kost i form af tilstrækkelige mængder mælkeprodukter, fedt og protein, blev der foretaget en række specialundersøgelser, der viste, at hendes knoglemodning var gået i stå for 4 år siden, og at hendes æggestokke var udviklet svarende til en 8-årig, samt at der var afkalkning af hendes knogler, ligesom hun havde udtalt tab af tandemalje - alt som følge af hendes svære spiseforstyrrelse. Hun vejede på dette tidspunkt 48,8 kg, men målvægten var beregnet til 54 kg, hvilket svarede til en såkaldt BMI (Body Mass Index) på 20, hvilket er den laveste grænse for normalområdet. Det blev vurderet, at hun fortsat var uden sygdomsindsigt, og at hun var meget selvdestruktiv. Der blev derfor på ny truffet beslutning om tvangsernæring.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsernæring til det psykiatriske patientklagenævn. Hendes klage blev ikke tillagt opsættende virkning.

Det psykiatriske patientklagenævn godkendte beslutningen om tvangsernæring, herunder beslutningen om at klagen ikke skulle tillægges opsættende virkning. Der blev som begrundelse anført, at undladelse af behandling ville være uforsvarligt, fordi udsigten til at patienten blev helbredt eller fik en betydelig og afgørende bedring i sin tilstand, ville blive væsentligt forringet, samtidig med at undladelse af tvangsernæring ville kunne medføre en alvorlig risiko for hendes liv og helbred.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltrådte afgørelsen fra det psykiatriske patientklagenævn. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt dog, at klagen skulle have været tillagt opsættende virkning.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten var i en tilstand der ganske måtte ligestilles med sindssyge, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende, da udsigten til hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde herved lagt vægt på, at patienten på tidspunktet, hvor der blev truffet beslutning om at genoptage tvangsbehandlingen, havde en realitetsbrist i form af svært fordrejet kropsofattelse med karakter af sindsygelige vrangforestillinger.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt endvidere, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at man i en periode lod patienten spise mere frit, men at tvangsbehandlingen måtte genoptages, da hun ikke overholdt behandlingsforskrifterne.

Det var imidlertid nævnets opfattelse, at klagen burde have været tillagt opsættende virkning.

Nævnet lagde herved lagt vægt på, at patienten under den igangværende behandling havde taget rimeligt på i vægt, idet hun vejede 48,8 kg, men dog ikke have nået målvægten på 54 kg. Nævnet lagde endvidere lagt vægt på, at hun ved en laboratoriekontrol havde et for lavt indhold af fosfat i blodet, men at de øvrige tal til måling af saltindholdet i blodet (elektrolytter), herunder specielt kalium, var indenfor normalområdet. Det var således nævnets vurdering, at risikoen for akut helbredsforringelse på dette tidspunkt ikke kunne antages at have været nærliggende.

Sag 10 Beslutning om tvangsernæring til en patient som vejede 36 kg (2007) ([0765908](#))

En 18-årig kvinde med diagnosen nervøs spiseforstyrrelse, og som tidligere havde været indlagt til behandling heraf, blev tvangsindlagt på farlighedsindikation. Hun vejede da 36,7 kg og havde udviklet psykotiske symptomer i form af syns- og hørehallucinationer. Hun havde i perioder misbrugt afføringsmidler for at mindske kropsvægten

Under indlæggelsen havde patienten meget svært ved at spise efter sin kostplan. Indimellem lykkedes det delvist, men det var meget uregelmæssigt. Hun var urolig, overdrevent motionerende med svære tvangsritualer, der blandt andet omfattede, at hun skulle grave afføring ud med fingrene, og hun vaskede hænder konstant. Hun havde psykotiske symptomer i form af hørehallucinationer, hvor hun hørte stemmer, der fortalte hende, at hun skulle forlade afdelingen, også selvom det var koldt, og hun ikke var ordentligt klædt på. Stemmerne fortalte også, at hun ikke skulle spise sin mad, og at hendes vægt ikke måtte komme højere op.

Op til beslutningen om tvangsernæring var patienten blevet dårligere og dårligere, og hun tabte i vægt. Hendes somatiske tilstand var ligeledes forværret, selvom blodprøver, puls og blodtryk var på kanten af det normale. Hun var perifert kold og blåfarvet, som tegn på truende chok.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsernæring til det psykiatriske patientklagenævn, som godkendte beslutningen om tvangsernæring.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tiltrådte afgørelsen fra det psykiatriske patientklagenævn.

Nævnet oplyste, at et for lavt BMI (Body Mass Index: vægten i kg divideret med højden i meter i 2. potens) kan skyldes psykiske sygdomme, for eksempel nervøs spiseforstyrrelse. Et karakteristisk træk hos spiseforstyrrede personer er, at den pågældende selv oplever kropsvægten som normal. Er BMI under 17,5 og findes de øvrige symptomer, kan diagnosen nervøs spiseforstyrrelse (anorexia nervosa) stilles. Et normalt BMI ligger mellem 20 og 25. For patientens vedkommende svarede det til en kropsvægt på godt 54 kg.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten var i en tilstand, der ganske måtte ligestilles med sindssyge, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle hende, da udsigten til hendes helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet har herved lagt vægt på, at hun befandt sig i en psykotisk tilstand præget af tvangssymptomer og hallucinationer, herunder stemmer, der fortalte hende, at hun ikke skulle spise.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt endvidere, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Nævnet lagde vægt på, at patienten forud for beslutningen om tvangsernæring gennem lang tid blev forsøgt motiveret for frivillig indtagelse af mad, og der blev udarbejdet en diætplan, hvor man inddrog hende i madens sammensætning, men at hun på trods heraf ikke indtog tilstrækkeligt med føde, hvorfor hun fortsat var stærkt undervægtig og blev mere og mere syg af sin spiseforstyrrelse.

Nævnet lagde videre vægt på, at man havde et godt kendskab til patientens tilstand gennem tidligere indlæggelser, og at det ved den seneste indlæggelse ligeledes havde været nødvendigt at tvangsernære hende. Det må således antages, at det ikke var muligt at behandle hendes tilstand uden anvendelse af tvangsernæring.

Sag 11 Beslutning om tvangsernæring til en patient med BMI på 11,3 (2009) ([0978409](#))

En 42-årig mand, der var velkendt i psykiatrisk regi med diagnosen nervøs spisevægring, havde gennem de sidste 5 år været svært undervægtig med fortsat faldende vægt til omkring 30 kg.

Patienten blev tvangsindlagt på behandlingsindikation med vrangforestillinger vedrørende fødeindtag og kroppens funktioner. Han fremstod ved indlæggelsen udtalt afmagret og bleg med en vægt på ca. 31 kg. Han var endvidere uden sygdomserkendelse.

Under indlæggelsen blev patienten tilknyttet en diætist, der planlagde hans kost, således at der skulle opnås en ugentlig vægtstigning på 1 kg, foreløbig til han opnåede en vægt

på 40 kg. Uanset måltiderne var strukturerede og foregik sammen med en kontaktperson, var det vanskeligt for patienten at spise det ordinerede. De to første uger opnåede han en vægtøgning på 900 g pr. uge, den 3. uge opnåede han en vægtøgning på 150 g, og den 4. uge opnåede han en vægtøgning på 550 g. Den 5. uge, hvor vægten var stationær, vejede han 34,4 kg, svarende til en BMI på 11,3. Blodprøver havde vist normale forhold, bortset fra værdierne for blodprocenten og kreatinin, der var lave, hvilket kunne skyldes overhydrering, og værdien for amylase, der var høj, hvilket kunne skyldes katabolsk tilstand, hvor kroppen nedbryder muskelproteiner for at få mere energi.

Ca. 1 måned efter indlæggelsen blev der truffet beslutning om tvangsmæssig sondeernæring som supplement til superkost med sondeanlæggelse.

Patienten klagede over beslutningen om tvangsernæring til det psykiatriske patientklagenævn, som underkendte beslutningen om tvangsernæring, fordi nævnet vurderede at patientens helbred ikke var truet.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ændrede afgørelsen fra det psykiatriske patientklagenævn, således at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kunne tilslutte sig beslutningen om tvangsernæring.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet vurdering, at patienten var sindssyg, og at det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle ham, da udsigten til hans helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Nævnet lagde herved lagt vægt på, at han befandt sig i en psykotisk tilstand præget af bizarre forestillinger om føde og fødens indvirkning på hans krop, herunder at han kun kunne spise produkter, der var dyrket på særlig måde, ligesom han kun kunne spise kød og fisk, hvis dyrene havde haft det godt. Han havde endvidere en forestilling om, at hans hjerne kun kunne tåle særlige proteiner.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt videre, at tvangsernæring var nødvendig, idet patientens legemlige helbred samt hans intellekt og psyke var truet på grund af den lave vægt (BMI 11,3), som kan medføre påvirkning af organerne, herunder hjertet, leveren og nyrerne, ligesom det på baggrund af de tidligere 8 indlæggelser ikke fandtes sandsynligt, at han selv ville være i stand til at få vægten holdbart op.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt endvidere, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn lagde vægt på, at patienten på trods af en nøje planlagt specialdiæt ikke havde taget på i det forventede omfang, idet han ikke spiste sine måltider op, og idet han ikke ønskede at

supplere kosten med sondeernæring, uanset, at han fire gange op til beslutningen var blevet forsøgt motiveret til at indtage sondeernæring frivilligt.

Nævnet lagde desuden vægt på, at patienten tidligere var tvangsernæret med god effekt på hans vægt og helbredstilstand.

7. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING I 2009

7.1. 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.

7.2. Anmodninger om tiltalerejsning i 2009

Patientklagenævnet har i 2009 i 1 tilfælde besluttet at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale. Sagen vedrørte grovere forsømmelse i forbindelse med faglig virksomhed.

7.3. Anmodninger om tiltalerejsning for læger

7.3.1. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning, 1999-2009

Nedenfor ses ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 12.3 i Patientklagenævnets årsberetning for 2008 om afgørelser vedrørende læger, der blev oversendt til anklagemyndigheden i perioden 1999-2009.

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra den 1. januar 1999 til den 31. december 2009 vedrørende læger, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	5	1	4	2	2	1	3	2	2	0	0	22
Straffesag verserende							1					1
Påtale opgivet	2		2		2	1	1		2			10
Bødeforlæg vedtaget	1	1	1	2			1	1				7
Dom, frifindelse	1		1									2
Dom, bøde	1							1				2

7.4. Anmodninger om tiltalerejsning for sygeplejersker

7.4.1. Oversigt over anmodninger om tiltalerejsning 1999-2009

Nedenfor ses en ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 12.4 i Patientklagenævnets årsberetning for 2008 om afgørelser vedrørende sygeplejersker, der blev oversendt til anklagemyndigheden i 1999- 2009.

Oversigten viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra 1999 til 2009 vedrørende sygeplejersker, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	I alt
Anmodning om tiltalerejsning i alt	5	2	6	3	3	2	0	0	3	1	1	26
Straffesag verserende											1	1
Påtale opgivet		1	2	2	2	1			3	1		12
Bødeforlæg vedtaget	4	1	4		1	1						11
Dom, bøde	1			1								2

8. SAGER BEHANDLET HOS FOLKETINGETS OMBUDSMAND I 2009

8.1. 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 2009 modtaget 44 henvendelser fra ombudsmanden i forbindelse med klager over nævnets sagsbehandling.

I 13 af sagerne kom ombudsmanden med en udtalelse. I 9 af disse sager havde ombudsmanden ingen bemærkninger til nævnets sagsbehandling. I 4 af sagerne havde ombudsmanden bemærkninger til sagsbehandlingen.

I de resterende 31 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 2009, afventer Folketingets Ombudsmands beretning for 2009.

Nedenfor følger en oversigt over de 13 sager, som blev realitetsbehandlet i 2009.

Klagen vedrørte	Antal sager	Bemærkninger	Ingen bemærkninger
Afgørelsen	9	1	8
Sagsbehandlingen	4	3	1
I alt	13	4	9

Nedenfor i afsnit 8.2 beskrives 2 af de klagesager, som ombudsmanden tog under realitetsbehandling.

Ombudsmanden afsluttede i 2009 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 8.3.

Ombudsmanden anmodede nævnets direktør den 26. november 2008 om en redegørelse for nævnets sagsbehandlingstid og antallet af verserende sager, der har været under behandling i lang tid. Nævnet besvarede henvendelsen i april 2009. Ombudsmanden anmodede herefter om, at nævnet ved udgangen af 2009 fortsat holdt ombudsmanden orienteret om udviklingen i den gennemsnitlige sagsbehandlingstid.

8.2. Beskrivelse af to klager, som blev realitetsbehandlet af Folketingets Ombudsmand

Sag 12 Klage over sagsbehandlingstiden og manglende underretning

Sundhedsstyrelsen indberettede den 5. februar 2008 to overlægers behandling af en 78-årig mand under hans indlæggelse på en medicinsk afdeling. Da nævnet modtog sagen, var den 78-årige mand død, hvorfor nævnet orienterede mandens datter om sagen. Ved en fejl blev datteren ikke informeret om nævnets gennemsnitlige sagsbehandlingstid, som på dette tidspunkt var 15 måneder. Den 4. juni 2009 kontaktede ægtefællen til datteren nævnet for at høre til sagen. Nævnet underrettede herefter datteren om sagen. Ved denne underretning blev datteren ikke orienteret om, at sagen var bortkommet. På grund af sagens bortkomst, havde nævnet ikke foretaget nogen væsentlig sagsbehandling på sagen i 1 år og 4 måneder. Sagen blev herefter rekonstrueret, og kom i høring hos sagens parter den 3. september 2009. Efter drøftelse i nævnet og fornyet høring af sagens parter blev sagen afgjort den 2. december 2009. Sagen havde en sagsbehandlingstid på ca. 18 måneder. Datteren klagede til ombudsmanden over sagsbehandlingstiden og nævnets manglende underretning af datteren om den forventede sagsbehandlingstid og sagens bortkomst.

Ombudsmanden udtalte, at en sagsbehandlingstid på knap 18 måneder var meget beklagelig. Ombudsmanden fandt endvidere, at det var beklageligt, at datteren ikke i det første brev var blevet orienteret om den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for indberetningsager. Såfremt den udmeldte sagsbehandlingstid blev overskredet, burde der på dette tidspunkt sendes ny underretning og herefter om nødvendigt hver 3. måned. Ombudsmanden var endvidere enig med nævnet i, at det var beklageligt, at datteren ikke var blevet orienteret om sagens bortkomst.

Sag 13 Klage over sagsbehandlingstiden

En 18-årig mand blev behandlet i ungdomspsykiatrien både ved særlige botilbud og på psykiatrisk hospital. Efter knap 2 års behandling begik manden selvmord. Den 29. januar 2004 klagede mandens fader til nævnet over den behandling, læger og sygeplejersker havde givet hans søn i den 2-årige periode. Sagen blev antaget til behandling den 19. april 2004. Herefter blev der udarbejdet et forslag til afgørelse, som første gang blev

sendt i partshøring den 18. september 2006.

Der blev anvendt meget tid på at få sagen tilstrækkelig oplyst, idet der dels var behov for at få klarhed over, hvilken personkreds, der var klaget over, og dels om dette var personer, der var omfattet af nævnets kompetence.

I forbindelse med partshøringen blev der på baggrund af klagers partshørings svar foretaget yderligere sagsbehandling, og nævnet foretog fornyet partshøring af klager den 16. marts 2007, hvor nævnet endvidere besvarede de af klager fremførte spørgsmål og anliggender i sagen. På baggrund af parternes indlæg i forbindelse med den fornyede partshøring valgte sekretariatet at foretage ændringer i forslaget til afgørelse, dels fordi klager gav udtryk for, at han ikke ønskede at klage over medicineringen på sygehuset, og dels fordi der var indhentet supplerende udtalelser fra de sagkyndige konsulenter.

Sagen blev herefter behandlet på et nævnsmøde den 19. november 2007, hvor nævnet tiltrådte det foreliggende afgørelsesforslag. Der blev foretaget supplerende partshøring efter nævnsmødet den 23. november 2007. I forbindelse med denne partshøringsfase kom klager på ny med indlæg og gav fortsat udtryk for, at han var utilfreds med resultatet af nævnets behandling af sagen. Der blev på baggrund af klagers indlæg stillet supplerende spørgsmål til den ene af de sagkyndige konsulenter, og dette materiale blev sendt i partshøring den 9. januar 2009.

Nævnet traf afgørelse den 2. juni 2009. Faderen klagede herefter til ombudsmanden over nævnets sagsbehandlingstid. Ved behandlingen hos ombudsmanden oplyste nævnet, at der var tale om en usædvanlig tung og kompliceret sag, der gentagne gange havde trukket ud, dels på grund af sagens kompleksitet og dels på grund af klagers hyppige og omfangsrige partshøringsindlæg, der havde skabt behov for yderligere sagsbehandling. Herudover måtte nævnet medgive, at sagen tillige havde trukket ud på grund af den generelt lange sagsbehandlingstid som følge af et stort antal sager til behandling i nævnet og sagsbehandlerskifte på sagen.

Ombudsmanden udtalte, at en sagsbehandlingstid på næsten 5 ½ år var overordentlig kritisabel. Sagsbehandlingstiden oversteg langt det rimelige og acceptable. Dette gælder, selv om ombudsmanden var enig med nævnet i, at der var tale om en kompliceret sag. Endvidere fandt ombudsmanden, at nævnet ikke i tilstrækkeligt omfang, havde holdt faderen underrettet om nævnets lange sagsbehandlingstid.

8.3. Sager behandlet af Folketingets Ombudsmand af egen drift

Patientklagenævnets mulighed for at give oprejsningsbevilling

Ombudsmanden rettede på baggrund af behandlingen af nogle konkrete klager henvendelse til Patientklagenævnet vedrørende nævnets håndtering af nævnets forældelsesfrister.

Det fremgår af § 5 stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet, at en klage skal være indgivet inden 2 år efter det tidspunkt, hvor klageren var eller burde være bekendt med det forhold, der klages over, dog senest 5 år efter den dag, hvor klageforholdet har fundet sted. De i stk. 1 nævnte frister finder ikke anvendelse for sager, som Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen indbringer for Patientklagenævnet, jf. § 2, stk. 2.

Det var ombudsmandens opfattelse, at nævnet på baggrund af en uskreven forvaltningsretlig regel var forpligtet til at overveje, om nævnet havde anledning til at kunne se bort fra overskridelse af den 2-årige forældelsesfrist, hvis særlige grunde kunne tale derfor. Som sådanne særlige grunde kunne nævnes alvorlig sygdom hos klager, væsentlig postforsinkelse på grund af arbejdsnedlæggelse eller hvis klager specifikt havde anmodet om at se bort fra forældelsesfristen.

Patientklagenævnet udtalte blandt andet, at inden lovændringen af centralstyrelseslovens § 22, stk. 1, i 2003, havde Patientklagenævnet en lovbestemt adgang til at tage en klage til realitetsbehandling, selvom klagefristen var overskredet. I forbindelse med lovændringen den 1. november 2003 udgik denne lovbestemte adgang af centralstyrelseslovens § 22, stk. 1. Baggrunden for lovændringen var ifølge forarbejderne blandt andet, at der blev indført en absolut 5-årig forældelsesfrist, fordi det er vanskeligt at undersøge klageforhold, der ligger flere år tilbage i tiden. Det fremgår videre af forarbejderne, at ændringen af centralstyrelseslovens § 22, stk. 1, alene skulle bestå i, at den 2-årige forældelsesfrist skulle suppleres med en 5-årig forældelsesfrist. Det var Patientklagenævnets opfattelse, at lovgiver ved i 2003 at fjerne den lovfastsatte mulighed for, at nævnet kunne se bort fra overskridelse af den 2-årige forældelsesfrist, hvis særlige grunde talte derfor, har tilkendegivet, at der ikke længere skulle kunne ses bort fra fristen. Dette gælder efter nævnets opfattelse, uanset at denne del af lovændringen ikke er kommenteret i bemærkningerne. Nævnet fandt således, at det var i strid med lovens formål, hvis nævnet ved sin vurdering af, om en klage kan antages til realitetsbehandling, anvender det forvaltningsretlige princip om oprejsningsbevilling.

Det var på denne baggrund nævnets opfattelse, at nævnet med virkning fra den 1. november 2003 ikke havde haft hjemmel til at se bort fra den 2-årige forældelsesfrist, ligesom nævnet også fandt, at der ikke kunne ses bort fra den 5-årige frist.

Ombudsmanden anførte blandt andet, at der i dansk ret gælder en uskreven regel om, at en rekurs myndighed (overordnet klageinstans) kan se bort fra overskridelse af en klagefrist (give oprejsning), selv om lovgivningen ikke indeholder en udtrykkelig adgang hertil. Udgangspunktet er, at en for sent klage skal afvises, med mindre der foreligger helt særlige omstændigheder. Såfremt dette princip skal fraviges i Patientklagenævnet, så må lovgiver

efter ombudsmandens opfattelse udtrykkelig tilkendegive dette for eksempel ved at indsætte bemærkninger herom i lovens forarbejder. Dette var ikke sket ved lovændringen i 2003.

Patientklagenævnet har herefter indrettet sin fortolkning af klage- og erstatningslovens § 5, stk. 1, i overensstemmelse med Ombudsmandens synspunkt.

Patientklagenævnets pligt til at vejlede om konsekvensen af en afgørelse, truffet af nævnet

I nævnets Årsberetning fra 2008 er denne sag gennemgået og ombudsmanden har i 2009 tilkendegivet sin endelige opfattelse af sagen.

En far til en mindreårig dreng havde klaget over, at han ikke havde fået fuld aktindsigt i sønnens journal. Nævnet fandt grundlag for at kritisere dette, og efter henvendelse fra klageren havde nævnet meddelt, at han selv måtte rette henvendelse til sygehuset og anmode om at få de resterende dele af journalen, som ikke var blevet udleveret. 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 klagede 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 foretage 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.”

Ombudsmanden har herefter udtalt sig endeligt i sagen. Ombudsmanden udtalte, at nævnets praksis ikke i sig selv indebærer, at der i alle tilfælde bliver givet den fornødne vejledning. Nævnets information sikrer ikke i tilstrækkelig grad imod, at aktindsigt bliver givet uretmæssigt i særlige tilfælde som det foreliggende. Informationen forhindrer heller ikke, at klageren fejlagtigt får en forståelig forventning om, at han nu har ret til yderligere aktindsigt. Nævnet burde have omtalt dommen og dens konsekvenser for klagerens ret til aktindsigt i sin søns journal. På den måde ville klager og de sundhedspersoner, der blev præsenteret for en fornyet anmodning om aktindsigt blive gjort bekendt med dommens konsekvenser.

9. RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET

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 3 verserende retssager mod Patientklagenævnet i 2009.

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	2009
12	14	10	7	7	6	6	3	3	1	0	3

Ifølge § 16, stk. 3, i Patientklagenævnets forretningsorden kan nævnet genoptage en sag til fornyet behandling og afgørelse, hvis der fremkommer nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger. Hvis sådanne oplysninger fremkommer i forbindelse med et sagsanlæg mod nævnet, vil nævnet genoptage behandlingen af sagen.

I det følgende resumeres de retssager, der verserede i 2009.

9.1. Sager anlagt af sundhedspersoner

- **Frifindelse af nævnet for afgørelse, der gav kritik af læges journalføring**

Sundhedsstyrelsen havde indberettet en læge for nævnet, idet Sundhedsstyrelsen blandt andet vurderede, at lægen i forbindelse med behandlingen af tre patienter havde overtrådt reglerne om journalføring i den da gældende lægelov § 13, stk. 2. Den 17. marts 2008 traf nævnet afgørelse i de 3 sager, og gav lægen kritik for manglende journalføring. Det var nævnets opfattelse, at det burde have fremgået af journalen, hvilken information der var givet til patienterne, og hvad patienterne på denne baggrund havde tilkendegivet i relation til behandlingen.

Lægen anlagde den 16. marts 2009 sag mod patientklagenævnet med påstand om, at behandlingen af patienterne indgik som led i et forskningsprojekt. Nævnet skulle derfor anerkende, at sagerne burde have været afvist eller subsidiært at lægen skulle frifindes. Endvidere ønskede lægen, at nævnet skulle anerkende, at nævnet havde anvendt en forkert titel på lægen, lige som nævnet skulle anerkende, at lægen havde forskellige uddannelser. Endvidere ønskede lægen, at nævnet fjernede beskrivelserne af patienterne i nævnets afgørelser.

Retssagen verserede ved udgangen af 2009.

- **Ophævelse af afgørelse fra nævnet, der gav fysioterapeut kritik**

En 36-årig kvinde havde været ude for en arbejdsskade i november 2004, hvor hun vred rundt i sit knæ og det medførte smerter i blandt andet lænd, ryg og ned i ballen. Hun blev herefter af sin praktiserende læge i marts 2006 henvist til behandling hos en fysioterapeut. Den 3. april 2006 klagede patienten til Patientklagenævnet over den behandling, hun havde modtaget hos fysioterapeuten. Patienten klagede over, at fysioterapeuten havde masseret alt for hårdt, og at det var meget smertefuldt.

Fysioterapeuten havde ifølge nævnet forklaret, at hun startede sin undersøgelse med manuel undersøgelse (palpation) af lænderyggen og sæderegionen, og at patienten i den forbindelse gav udtryk for smerter. Patienten gav herefter udtryk for, at hun ønskede behandlingen indstillet, efter at fysioterapeuten havde oplyst hende om, at hun måtte indstille sig på, at massage ville være en del af behandlingen, også selv om dette var forbundet med ubehag og smerte.

Nævnet fandt ved sin afgørelse af 1. juli 2008, at der var grundlag for at kritisere fysioterapeutens behandling jf. den dagældende § 7, stk. 1 i lov om terapiassistenter. Det var nævnets opfattelse, at fysioterapeuten burde have foretaget en fuldstændig funktionsundersøgelse af patienten i forbindelse med vurderingen af, hvilken behandling, der skulle anvendes.

Fysioterapeuten anlagde den 21. november 2008 sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnet skulle ophæve afgørelsen. Fysioterapeuten gjorde gældende, at hun var berettiget til at nægte at inklade sig på et behandlingsforløb med klager og afvise behandlingen af denne. Endvidere havde nævnet ikke haft hjemmel til at træffe afgørelsen, idet afgørelsen ikke hvilede på et klagepunkt fremsat af klager.

Retten afsagde dom i sagen den 11. december 2009. Retten fandt, at i den foreliggende situation, hvor fysioterapeutens undersøgelse blev indstillet efter meget kort tid, som følge af uoverensstemmelse mellem fysioterapeuten og klager, fandt retten ikke, at ordlyden af § 7, stk. 1 i den dagældende lov om terapiassistenter kunne antages at

indebære, at fysioterapeuten var forpligtet til mod såvel fysioterapeutens og klagers vilje at gennemføre en fuldstændig funktionsundersøgelse af klager, idet en sådan undersøgelse nødvendigvis måtte være forgæves, da såvel fysioterapeuten som klager ønskede at afbryde samarbejdet.

Retten fandt ikke nogen holdepunkter for at antage, at fysioterapeuten havde oplyst til klager, at hun måtte indstille sig på, at massage ville være en del af behandlingen, også selvom dette var forbundet med ubehag og smerte.

Retten fandt herefter, at nævnet ikke havde været beføjet til at kritisere fysioterapeutens behandling af klager, og retten ophævede afgørelsen.

9.2. Sager anlagt af patienter/klagere

Sag om behandling hos praktiserende læge samt lægens journalføring

En 57-årig mand kontaktede sin praktiserende læge den 25. april 2001, idet han klagede over en snurrende, sovende fornemmelse i området over en af ørerne. Lægen vurderede, at det kunne dreje sig om symptomer, som udgik fra senetilhæftning på kraniet eller symptomer, som udgik fra halshvirvelsøjlenes nerver. Patienten kontaktede atter lægen den 3. maj 2002, idet han havde snurrende fornemmelser som tidligere, nu også i ansigtet og nakken. Igen fandtes undersøgelsen at være normal. Den 18. juli 2002 blev han indlagt med en blodprop i hjernen. Patienten klagede herefter til Patientklagenævnet i oktober 2003. Nævnet traf afgørelse i sagen den 16. februar 2004. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægens behandling. Den 1. november 2005 og den 21. august 2007 fandt nævnet desuden ikke grundlag for at kritisere lægen for hans journalføring af behandlingen.

Den 20. april 2009 anmodede manden sagen genoptaget. Manden anførte blandt andet, at der var uafklarede lægefaglige spørgsmål, der burde forelægges Retslægerådet eller en anden af nævnets sagkyndige.

Inden nævnet traf afgørelse i sagen om genoptagelse, anlagde patienten den 30. oktober 2009 sag mod nævnet med påstand om, at nævnet blandt andet skulle anerkende, at der var begået fejl ved behandlingen af sagen. Nævnet burde træffe afgørelse ved at supplere begrundelsen med at forklare, hvorledes nævnet kunne lægge vægt på en udtalelse fra lægen, som ikke var dokumenteret i journalen, ligesom nævnet ikke havde dokumenteret rigtigheden af udtalelsernes indhold.

Retssagen verserede ved udgangen af 2009.