

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Afgørelser og praksis

Årsberetning 1998

Indholdsfortegnelse

[\[Forsiden\]](#) [\[Bund\]](#)

INDLEDNING

1. KLAGER OVER ALMEN PRAKSIS OG VAGTLÆGER

1.1 Klager over vagtlæger

1.1.1 Manglende diagnosticering af blodprop i lunger eller hjerne

1.1.2 Klager over undersøgelse og behandling af symptomer fra hjertet

1.1.3 Klager over undersøgelse og behandling af spædbørn

1.1.4 Klager over manglende diagnosticering af brud

1.1.5 Klager i forbindelse med akutte mavesmerter

1.1.6 Klager over afslag på afhængighedsskabende medicin

1.1.7 Klager over forsinket diagnosticering af febrile sygdomme

1.1.8 Opfølgning af ordineret lægebesøg

1.1.9 Prioritering i lægevagtens konsultation

1.1.10 Patient afviste at modtage behandling

1.1.11 Opbevaring af journal

1.2 Opfølgning af prøvesvar i almen praksis

1.3 Klager i forbindelse med malaria

1.4 Klager fra indsatte i fængsler og arresthuse

2. KLAGER I FORBINDELSE MED ANÆSTESI OG INTENSIV BEHANDLING

3. KLAGER I FORBINDELSE MED HJERTE- OG KREDSLØBSSYGDOMME

4. KLAGER I FORBINDELSE MED KIRURGISK BEHANDLING AF HORMONSYGDOMME

5. KLAGER INDEN FOR ORTOPÆDKIRURGI

5.1 Klager over behandling af håndledsbrud, herunder Colles-frakturer og knætraumer, på skadestue og i ortopædkirurgisk ambulatorium

5.1.1 Klager vedrørende håndledsbrud

5.1.2 Klager vedrørende akutte knæskader og korsbåndslæsioner

5.2 Klager over anvendelse af Boneloc-cement

6. PSYKIATRISKE ANKESAGER

6.1 Tvangsfiksering og mindste middels princip

6.2 Tvangsfikseringen med remme

6.3 Tvangsbehandling og mindste middels princip

6.4 Særligt om tvangsbehandling med depotmedicin og mindste middels princip

7. KLAGER OVER TANDLÆGER

7.1 Hvilke sager?

7.2 Hvilke tandlæger?

7.3 Hvor hyppigt udtalte Patientklagenævnet kritik?

7.4 Temaer i sagerne

7.5 Konkrete afgørelser

8. KLAGER OVER SYGEPLEJERSKER

9. KLAGER OVER KLINISKE TANDTEKNIKERE

9.1 Hvilke sager ?

9.2 Hvor hyppigt udtalte Patientklagenævnet kritik ?

9.3 Temaer i sagerne, hvor nævnet udtalte kritik

9.4 Konkrete afgørelser

10. KLAGER OVER APOTEKERE, FARMACEUTER OG APOTEKSASSISTENTER

10.1 Fejldosering af medicin, lavet til den enkelte patient (magistrelle lægemidler)

10.2 Udlevering af et forkert præparat

10.3 Medicinudlevering med mangelfuld doseringsanvisning

10.4 Medicinudlevering på grundlag af usædvanlige recepter mv.

10.5 Receptekspeditioner under særlige forhold

10.6 Medicinudlevering

10.7 Apotekers lagerhold og fremskaffelse af medicin

10.8 Patientklagenævnets bevisvurdering ved modstridende oplysninger fra apotekspersonale og receptudsteder

11. BORGERENS ADGANG TIL OPLYSNINGER OM SIG SELV I ANDRES JOURNALER PÅ OFFENTLIGE SYGEHUSE

11.1 Hvad er egen-acces

11.2 Aktindsigt i offentlige sygehusjournaler, herunder egen-acces

11.3 Fremgangsmåde

11.4 Konkrete afgørelser

11.5 Patientklagenævnets praksis

12. ANSVARSFORDELING VED INFORMATION OG SAMTYKKE

- [12.1 Informeret samtykke](#)
- [12.2 Ansvarsfordeling](#)
- [12.3 Planlagt kirurgi \(elektiv kirurgi\)](#)
- [12.4 Patientklagenævnets afgørelser](#)

13. ANSVAR I FORBINDELSEN MED BAGVAGTSFUNKTIONEN

14. KLAGER OVER SVIGT VED BRUG AF MEDICO-TEKNISK UDSTYR

15. SÆRLIGE BEVISMIDLER

16. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING FRA 1994 - 1998

- [16.1 Anmodninger om tiltalerejsning i 1998](#)
- [16.2 Opfølgning vedrørende anmodninger om tiltalerejsning 1994–1998 for læger](#)
- [16.3 Afgørelser vedrørende tandlæger om oversendelse til anklagemyndigheden 1994–1998](#)
- [16.4 Afgørelser vedrørende sygeplejersker om oversendelse til anklagemyndigheden 1994–1998](#)
 - [16.4.1 Statistik](#)
 - [16.4.2 Eksempler på konkrete afgørelser](#)
 - [16.4.2.1 Sager vedrørende fejlmedicineringer](#)
 - [16.4.2.2 Sager vedrørende blodtransfusioner](#)
- [16.5 Opfølgning vedr. jordemødre, apoteksassistenter og farmaceuter](#)

17. RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET

- [17.1 Sager anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening](#)
- [17.2 Sager anlagt af Dansk Sygeplejeråd](#)
- [17.3 Sager anlagt af patienter/klagere](#)

Bilag 1: PATIENTKLAGENÆVNETS AFGØRELSE OG PRAKSIS. EMNEOVERSIGT

Indledning

Patientklagenævnet har for første gang udarbejdet en oversigt over nævnets afgørelser og praksis, der er systematisk opbygget i overensstemmelse med de personalegrupper, der er omfattet af nævnets kompetence. Oversigten rummer tillige en gennemgang af juridiske emner. Der er søgt udarbejdet større kapitler med afgørelser inden for områder, som har mange sager. Endvidere er der kapitler, som handler om enkelte personalegrupper.

Der er tale om resumé af afgørelser, fortrinsvis fra 1998. I enkelte afsnit er der foretaget en sammenligning med afgørelser fra tidligere år.

Oversigten vil blive udbygget i de kommende år efter den systematik, der er optrykt som bilag 1.

Nævnet udgiver endvidere årsberetning og virksomhedsregnskab samt et hæfte med statistiske oplysninger.

Der er ikke medtaget eventuel dissens i de refererede afgørelser, da nævnet først i slutningen af 1998 har besluttet at offentliggøre dissenser. Dissenser vil blive medtaget i artikler mv. fra begyndelsen af 1999 og i årsberetningen for 1999.

1. KLAGER OVER ALMEN PRAKSIS OG VAGTLÆGER

1.1 Klager over vagtlæger

I 1998 afgjorde Patientklagenævnet 163 sager, hvor der blev taget stilling til vagtlægers faglige virksomhed. Alle sager var rejst af en klager.

I de 163 afgørelser fandt Patientklagenævnet i 88% af tilfældene, at der i forbindelse med patientbehandlingen ikke var grundlag for kritik af den behandlende vagtlæge.

Der blev fundet overtrædelse af § 6, stk. 1 i lægeloven i 11% af afgørelserne og der blev fundet grundlag for oversendelse af en sag til anklagemyndigheden med anmodning om overvejelse af at rejse tiltale for overtrædelse af § 18, stk. 1 i lægeloven i een af afgørelserne.

I det følgende omtales en række konkrete sager, hvori der blev truffet afgørelse i 1998. Sagerne omhandler følgende emner:

- Manglende diagnosticering af blodprop i lunger eller hjerne
- Klager over undersøgelse og behandling af symptomer fra hjertet
- Klager over undersøgelse og behandling af spædbørn
- Klager over manglende diagnosticering af brud
- Klager i forbindelse med akutte mavesmerter
- Klager over afslag på afhængighedsskabende medicin
- Klager over forsinket diagnosticering af febrile sygdomme
- Opfølgning af ordineret lægebesøg
- Prioritering i lægevagtens konsultation
- Patient afviste at modtage behandling
- Opbevaring af journal

1.1.1 Manglende diagnosticering af blodprop i lunger eller hjerne

• *En 27-årig kvinde henvendte sig til lægevagten på grund af åndenød og hoste. Hun oplyste, at hun var under udredning for astma, og at hun ikke fik medicin for dette. Hun oplyste, at hun havde haft*

hjerterbanken og åndenød, samt at der ikke var smerter ved vejrtrækning og ingen feber. Vagtlægen konstaterede, at patienten virkede nervøs og havde hjerterbanken. Han fandt, at hendes vejrtrækning var normal og konstaterede, at der ikke var hoste. Han undersøgte lungerne med stetoskop og fandt ved denne undersøgelse ikke mistanke om astmasygdom, lungebetændelse eller væske i lungerne. Der blev herefter foretaget en lungefunktionsundersøgelse med et såkaldt peakflowmeter, som viste et normalt peakflow på 520 l/m. Vagtlægen fandt på baggrund af sin undersøgelse, at det drejede sig om nervøs hurtig vejrtrækning (hyperventilation) og medgav 4 stk. tablet Hexalid (beroligende medicin). Han havde ingen mistanke om akut sygdom i lungerne. Han bad patienten om at kontakte egen læge eller lægevagten igen ved eventuel forværring.

To dage senere blev patienten indlagt akut på sygehus med blodpropper i lungerne.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for kritik af vagtlægens undersøgelse og behandling af patienten, idet vagtlægen foretog relevante undersøgelser, og at han på baggrund af resultatet af disse behandlede patienten i henhold til sædvanlig praksis.

- En 38-årig kvinde henvendte sig kl. 9.34 til lægevagten med et hævet ben, som gjorde meget ondt. Vagtlægen har oplyst, at patienten henvendte sig på grund af hævelse, rødme og ømhed af et hudområde i knæhasen. Ved sin undersøgelse fandt han flere små åreknuder i knæhasen, og der var lokal rødme og ømhed. Benet var ikke hævet, og der var ikke trykømheds svarende til benets dybe blodårer. Han konkluderede, at det drejede sig om en overfladisk årebetændelse i knæhasen uden tegn til dyb årebetændelse. Da patienten fra en tidligere situation havde gode erfaringer med en salve mod årebetændelse (Hirudoid), blev hun anbefalet at bruge dette middel. Han ordinerede endvidere Ibumetin tabletter som smertestillende medicin og til at begrænse inflammationen yderligere. Herudover blev hun tilrådet at kontakte egen læge eller lægevagten igen ved eventuel forværring.*

Dagen efter døde patienten af blodprop i lungepulsårerne.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ikke kunne kritiseres for behandlingen af kvinden, idet han indhentede en relevant sygehistorie og foretog en grundig undersøgelse. Han skønnede herefter, at der var tale om overfladisk årebetændelse og tilrådede en korrekt behandling mod denne lidelse.

Nævnet kunne oplyse, at overfladisk årebetændelse ikke behandles med blodstørkningshæmmende behandling, og i almindelighed ikke giver anledning til indlæggelse på hospital.

- En 72-årig kvinde blev af sin praktiserende læge sat i behandling med antibiotika på grund af lungebetændelse. Dagen efter kontaktede datteren lægevagten, og kl. 15.15 aflagde vagtlægen besøg. Ifølge vagtlægen fandt han ved sin objektive undersøgelse, at kvinden havde let påskyndet vejrtrækning, hvilket var foreneligt med lungebetændelse. Hun var vågen, klar og orienteret. Han bemærkede endvidere, at der ikke var blåfarvning af huden. Ved lytteundersøgelse af lungerne fandt han stort set ingen fine, knitrende rallelyde (crepitation). Endvidere fandt han ingen tegn på dyb årebetændelse eller blodprop i benene. Han vurderede, at tilstanden var foreneligt med lungebetændelse i aftagende, og at kvindens almen tilstand var så god, at fortsat behandling i hjemmet var fuldt forsvarlig. Ifølge datteren var kvinden utilpas, svimmel, koldsvedende, havde dårlig kulør, var fugtig og kunne ikke selv stå ud af sengen.*

Samme aften døde kvinden på et sygehus. Lægerne oplyste ifølge klageskrivelsen, at den sandsynlige dødsårsag var blodprop i lungen.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til at kritisere vagtlægen, idet han foretog en relevant undersøgelse af kvinden. Det kunne ikke kritiseres, at han vurderede, at der var tale om en lungebetændelse, hvor der endnu ikke var gennembrud af den antibiotiske behandling. Det kunne således heller ikke kritiseres, at han ikke foranledigede indlæggelse af kvinden.

Videre fandt nævnet, at det ikke var muligt, på grund af modstridende forklaringer fra sagens parter, at fastslå, hvordan kvindens almene tilstand var på tidspunktet for vagtlægens undersøgelse. Der var således ikke tilstrækkeligt grundlag for at konkludere, at et eventuelt misforhold mellem en meget dårlig almen tilstand og diagnosen lungebetændelse uden sikre kliniske tegn burde have ledt til diagnosen blodprop i lungen og akut indlæggelse.

Nævnet kunne oplyse, at diagnosen lungeemboli (blodprop, der har løsnet sig og fulgt blodstrømmen til lungen) er vanskelig at afsløre, især hos en patient uden forudgående sygdom eller tilstand, der kunne medføre risiko for lungeemboli. De kliniske tegn er få eller kan helt manglet, eksempelvis kan omfattende akut blodpropdannelse i lungerne ikke afsløres ved lungestetoskopi. Endvidere viste et andet typisk udgangspunkt for blodpropdannelse, nemlig benene, ikke tegn på blodprop.

• En 59-årig kvinde, som hos sin egen læge var i behandling for et moderat forhøjet blodtryk, ringede kl. 18.15 til lægevagten. Hun fortalte vagtlæge A, at hun led af svimmelhed og hovedpine. Vagtlæge A har oplyst, at kvinden ved samtalen virkede klar og fremstillede sygdomsforløb og symptomer uden talefejl. Ved samtalen blev det ikke nævnt, at kvinden skulle have hængende mundvig. Vagtlæge A tilbød kvinden at komme til undersøgelse i konsultationen, men de blev enige om at se tiden an.

På grund af forværring henvendte kvinden sig en time senere i lægevagten, hvor hun kl. 19.15 blev undersøgt af vagtlæge B, som foretog undersøgelser af nervernes funktion, herunder øjnene. Han fandt ingen unormale forhold ved disse undersøgelser. Blodtrykket blev målt og fandtes forhøjet (170/110). Da kvinden allerede var i behandling for forhøjet blodtryk fandt vagtlæge B ikke indikation for at foretage yderligere.

Senere samme aften ringede broderen til alarmcentralen og bad om en ambulance. Den vagthavende på alarmcentralen kunne ikke umiddelbart få oplyst indikationen for at sende en ambulance. Alarmcentralen kontaktede lægevagten, hvor vagtlæge A skønnede, at der ikke var grundlag for at sende en ambulance. I stedet kunne alarmcentralen råde kvinden til at rette henvendelse til lægevagten.

Kvinden blev af familien transporteret til et sygehus, hvor der blev konstateret en blodpropdannelse i hjernen.

Patientklagenævnet fandt, at det ikke kunne kritiseres, at vagtlæge A ikke foranledigede kvinden undersøgt i vagtlægeregi, men i stedet rådede hende til at se tiden an og kontakte egen læge, idet kvinden ved telefonsamtalen fremtrådte naturligt, samt at hun allerede af egen læge var sat i behandling for forhøjet blodtryk.

Videre fandt nævnet, at vagtlæge B ikke kunne kritiseres for behandlingen af kvinden, idet vagtlæge B foretog en relevant og dækkende undersøgelse af hende ud fra de angivne symptomer. Nævnet fandt, at vagtlæge B på baggrund af sin undersøgelse korrekt skønnede, at der ikke var indikation for indlæggelse, idet den neurologiske undersøgelse havde vist normale forhold.

Endelig fandt nævnet, at det ikke kunne kritiseres, at vagtlæge A skønnede, at der ikke var indikation for akut indlæggelse med ambulance ved forespørgslen fra alarmcentralen, idet vagtlæge A var bekendt med vagtlæge B's undersøgelse af kvinden 1½ time forinden, som ikke viste unormale forhold. Vagtlæge A fik desuden ikke oplysninger, som pegede på, at der var tale om en forværring af kvindens tilstand.

- *En 66-årig kvinde blev pludselig syg, idet hun fik hævelse i venstre side af ansigtet, talebesvær og vanskeligheder med balancen. Kl. 20.40 henvendte hun sig i vagtlægekonsultationen, hvor hun blev undersøgt af en vagtlæge. Det fremgår af vagtlægenotatet, at vagtlægen fandt kvinden udtalt øm svarende til venstre kæbehule, muligvis med en let lammelse af ansigtsmusklerne på venstre side. Vagtlægen vurderede på denne baggrund, at det kunne være tegn på venstresidig kæbehulebetændelse, hvorfor han ordinerede penicillin samt næsespray. Det fremgår ikke af journalnotatet, at kvinden angav at have talebesvær og balanceproblemer.*

Dagen efter kontaktede kvinden egen læge, som indlagde hende på sygehus. Ved indlæggelsen konstateredes taleforstyrrelse og venstresidig skævhed af ansigtet som følge af delvis lammelse af ansigtsmusklerne. Endvidere påvistes let nedsat kraft i venstre hånd samt abnorm tårefleks på venstre side (Babinskis refleks). Ved en CT-skanning påvistes senere en lille blodprop i højre hjernehalvdel.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til at kritisere vagtlægen, idet det af journalnotatet fremgår, at kvinden henvendte sig med hævelse og ømhed i venstre side af ansigtet. Vagtlægen foretog på denne baggrund en relevant objektiv undersøgelse af kvinden, hvor han fandt ømhed svarende til venstre kæbehule og muligvis let lammelse af ansigtsmusklerne på venstre side.

Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om vagtlægen havde foretaget nærmere undersøgelser af kvinden for at vurdere, om der forelå andre årsager til ansigtslammelsen end en bihulebetændelse. Nævnet lagde vægt på, at vagtlægen ved sin undersøgelse af kvinden fandt ansigtslammelse i den ene side, og at dette symptom kunne give anledning til en undersøgelse af hendes reflekser, blandt andet på storetæerne (Babinski-refleks).

- *En 68-årig mand vågnede en morgen og var skæv i venstre side af munden samt havde læspende tale. Der blev ringet til lægevagten, hvilket medførte, at vagtlæge A aflagde hjemmebesøg samme morgen. Vagtlæge A blev oplyst om, at patienten havde blodmangel, at han læspede og havde hængende læbe, samt at han skulle indlægges 2 dage senere til undersøgelse for lav blodprocent. Desuden blev lægen oplyst om, at patienten havde haft en blodprop, og at han havde for højt blodtryk. Ved undersøgelse fandt vagtlæge A patienten vågen og klar uden tegn på lammelse, heller ikke lammelse af partiet omkring munden. Vagtlæge A fandt på denne baggrund ikke anledning til akut indlæggelse, men foreslog, at man så tiden an. Patienten blev rådet til at henvende sig til lægevagten igen, hvis der opstod nye symptomer.*

Tidligt på aftenen samme dag følte patienten sig yderligere dårlig og ringede igen til lægevagten, hvor han talte med vagtlæge B. Vagtlæge B fik i telefonen oplysning om, at patienten følte sig slap,

at han havde blodmangel og skulle indlægges 2 dage senere. Ifølge vagtlæge B hæftede han sig i særlig grad ved oplysningerne om, at patienten havde blodmangel og skulle indlægges til undersøgelse for dette. Han blev ikke oplyst om alvorlige akutte symptomer, for eksempel lammelser, hos patienten. Vagtlæge B konstaterede ved telefonsamtalen et lettere talebesvær, som han tilskrev blodmangel og heraf følgende træthed. Vagtlæge B hæftede sig ved, at patienten var blevet undersøgt af vagtlæge ca. 10 timer forinden, uden at denne havde fundet symptomer på alvorlig sygdom.

Da patienten vågnede dagen efter, var han slap i venstre arm, som han vanskeligt kunne bevæge. Lægevagten blev kontaktet, og vagtlæge C indlagde samme dag patienten, da der var lammelse i højre arm. Ifølge patienten måtte familien selv tilkalde en taxa til transport. Ifølge vagtlæge C bestilles der rutinemæssigt en liggende transport til en patient med formodet blodprop i hjernen. Vagtlæge C formodede, at det var en fejl i hospitalets visitation, at der ikke blev sendt en ambulance.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlæge A havde handlet i overensstemmelse med almindelig faglig standard, da han undersøgte patienten, og at han ikke kunne kritiseres for ikke at have stillet den korrekte diagnose efter undersøgelse, idet symptomerne på blodprop var så diskrete, at det var acceptabelt, at vagtlæge A rådede til at se tiden an.

Videre fandt nævnet, at vagtlæge B ikke kunne kritiseres for ikke at have stillet diagnosen blodprop i hjernen, men at der på grund af patientens symptomer var tale om et acceptabelt fejlskøn. Nævnet hæftede sig i denne forbindelse ved, at vagtlæge B ved telefonkonsultationen havde direkte kontakt med patienten.

Endelig fandt nævnet, at der forelå modstridende oplysninger mellem patienten og vagtlæge C. Der forelå ikke yderligere oplysninger i sagen, der kunne understøtte den ene forklaring fremfor den anden, og Patientklagenævnet havde ikke mulighed for at få sagen yderligere belyst. Patientklagenævnet kunne således ikke vurdere, hvad der var foregået. I et sådant tilfælde gælder der et almindeligt retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode. Efter de regler, der gælder for Patientklagenævnets virksomhed, havde nævnet herefter ikke grundlag for at fastslå, at vagtlæge C ikke havde bestilt transport til patienten.

1.1.2 Klager over undersøgelse og behandling af symptomer fra hjertet

- *En 85-årig mand henvendte sig telefonisk til vagtlægen kl. 03.32 på grund af vejrtrækningsbesvær og lette smerter ved vejrtrækningen. Vagtlægen havde ikke indtryk af, at smerterne var betinget af en lunge- eller hjertelidelse og fandt ikke grundlag for et akut lægebesøg. Han foreslog smertestillende behandling med 2 Magnyl samt henvendelse til egen læge den følgende dag.*

Manden henvendte sig på ny til vagtlægen kl. 04.05, idet der fortsat var lettere vejrtrækningsbesvær og smerter i brystet. Vagtlægen afviste på ny at aflægge et sygebesøg, da symptomerne var uændrede og henviste til egen læge.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen burde have sikret sig, at patienten snarest blev undersøgt af en læge. Åndedrætsbesvær og brystsmerter hos ældre mennesker, der medfører, at de vågner om natten, er normalt ikke velegnede til telefonisk vurdering. Patientklagenævnet fandt således, at vagtlægen ved de to telefonkonsultationer havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed.

• *En 51-årig mand havde meget ondt i brystkassen og snurren i højre arm. Hans hustru henvendte sig derfor telefonisk til vagtlægen. Vagtlægen vurderede, at der kunne være tale om et hjertetilfælde, hvorfor han foranledigede et hastebesøg i hjemmet. Han forsøgte samtidig at berolige hustruen, idet han sagde, at der formentlig ikke var noget at bekymre sig om. Klager gjorde gældende, at vagtlægen afviste, at der kunne være noget galt med hjertet.*

Patientklagenævnet fandt, at lægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Vagtlægen vurderede relevant, at der var behov for et hastebesøg.

Nævnet fandt videre, at det af den bandede samtale fremgik, at lægen ikke afviste, at der kunne være noget galt med hjertet.

• *En 79-årig mand henvendte sig til lægevagten på grund af dårligt hjerte. Hustruen oplyste, at hendes mand havde vejrtrækningsbesvær, og at han to år tidligere havde været indlagt for blodprop i hjertet. Vagtlægen gav besked om at tage en taxa ind til lægevagten, så patienten kunne blive undersøgt. Hustruen valgte dog i stedet at få sin mand indbragt med ambulance.*

Patientklagenævnet oplyste, at en læge i forbindelse med en telefonkonsultation skal sikre sig tilstrækkelige oplysninger og ud fra disse træffe de fornødne foranstaltninger, herunder vurdere, om der er behov for yderligere lægeundersøgelse, eller om telefonisk rådgivning er tilstrækkelig. Nævnet fandt herefter, at det var korrekt at henvise til undersøgelse ved lægevagtskonsultationen.

• *En 51-årig kvinde henvendte sig ved 14-tiden i lægevagtskonsultationen på grund af stærke smerter i brystet og i venstre arm. Samtidigt snurrede venstre hånd og arm og gjorde ondt. Hun oplyste, at hun var ved at flytte. Ved undersøgelsen fandt vagtlæge A, at kvinden ikke var påvirket af smerter. Han målte blodtryk og lyttede på hjerte og lunger, hvor han fandt normale forhold. Vagtlægen fandt endvidere let muskelømhed ved venstre skulder, hvor smerterne hovedsagelig var lokaliseret. Han konkluderede derfor, at der var tale om overbelastning og ordinerede behandling med smertestillende medicin samt fornyet henvendelse, hvis smerterne blev værre.*

Da kvinden fortsat havde smerter to dage senere, blev vagtlæge B kontaktet telefonisk. Han vurderede, at der ikke var noget galt, idet han fik oplyst, at der to dage forinden var blevet lyttet til hjertet. Vagtlæge B havde ikke opbevaret noget skriftlig dokumentation for den pågældende telefonkonsultation og kunne ikke erindre konsultationen.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlæge A burde have foretaget en nærmere hjerteundersøgelse, herunder EKG, idet der var tale om velkendte symptomer på blodprop i hjertet i form af pludseligt opståede smerter i brystet strålende mod venstre skulder samt smerter ud i venstre hånd og arm. Endvidere var der kun beskedne fund ved skulderundersøgelsen.

Nævnet fandt videre, at vagtlæge B burde have foranlediget en nærmere undersøgelse af kvinden, idet der forelå velkendte symptomer på en blodprop i hjertet, der havde været til stede i 3 dage. Endelig fandt nævnet, at vagtlæge B burde have journalført sin telefonkonsultation med patienten.

Patientklagenævnet fandt således, at vagtlæge A og B havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved deres behandling af patienten. Endvidere havde vagtlæge B udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin journalføring af behandlingen.

• *En 49-årig mand fik smerter i bryst og arm, hvorfor hans samlever telefonisk henvendte sig til lægevagten på grund af smerter i bryst og arm. Han var dagen inden tilset af en vagtlæge og egen læge, der ved undersøgelse ikke havde fundet holdepunkter for en eventuel blodprop i hjertet.*

Vagtlægen fik oplyst, at manden var tilset af såvel vagtlæge som egen læge dagen forinden, der havde vurderet, at der var tale om en virus. Der fremkom ikke efter vagtlægens opfattelse oplysninger, der afgørende talte imod denne diagnose. Samtalen med patientens samlever forløb imidlertid ikke godt, idet hun valgte at lægge røret på.

Den følgende dag blev patienten indlagt til observation for blodprop i hjertet.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ud fra udskriften af den bandede konsultation ikke i tilstrækkelig omfang havde søgt at få oplysninger om sygdommen til belysning af patientens tilstand og behovet for indlæggelse. Vagtlægen burde endvidere have revurderet patientens tilstand i forbindelse med samtalen, selvom han tidligere var set af en læge, idet det blev oplyst, at der var smerter i venstre side af brystet.

Patientklagenævnet fandt således, at vagtlægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin telefonkonsultation.

• *En 72-årig mand, der gennem flere år havde været syg med blandt andet hjerneblødninger, fik svært ved at trække vejret. Der var endvidere mislyde ved vejrtrækningen, formentlig som følge af væske i lungerne, hoste samt smerter i ryggen. Hustruen henvendte sig derfor til vagtlægen kl. 03.00, der på mistanke om lungebetændelse fandt grundlag for et almindeligt sygebesøg. Han fandt ikke grundlag for et hastebesøg.*

Ved lægevagten ankomst var der ingen hjemme. Patienten var indbragt til skadestuen med hjertestop og erklæret død kl. 03.55.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen havde udøvet et fejlskøn, der ikke indebar en overtrædelse af lægeloven. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om vagtlægen havde rekvireret et hastebesøg, selvom dette ikke havde ændret forløbet. Det havde været vanskeligt at vurdere sygehistorien, som vagtlægen modtog midt om natten fra en formentlig ældre, oprevet person.

• *En 75-årig mand, der tidligere havde været indlagt på grund af væske i lungerne og utilstrækkelig hjertefunktion, henvendte sig til vagtlægen kl. 06.30 på grund af vejrtrækningsproblemer. Vagtlægen var klar over, at manden havde været i kontakt med vagtlægen natten før om samme problem. Han spurgte derfor, om tilstanden var forværret, hvilket blev afkræftet. Vagtlægen vurderede på det grundlag, at en lægeundersøgelse kunne vente, til egen læge åbnede kl. 08.00.*

Imidlertid blev patientens tilstand tiltagende dårlig, og hustruen kontaktede vagtlægecentralen. Han blev herefter indlagt på grund af akut mangelfuld hjertefunktion.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin telefonkonsultation. Han fik oplyst, at symptomerne ikke var forværret, og skønnede derfor, at en undersøgelse kunne vente indtil, egen læge åbnede 1½ time senere.

1.1.3 Klager over undersøgelse og behandling af spædbørn

- *En 4-uger gammel dreng blev undersøgt i lægevagtskonsultationen, fordi forældrene havde bemærket, at drengens venstre ben "hang helt livløst". Det fremgår af vagtlægenotatet, at vagtlæge A fik oplysning om skrigeture om aftenen, og at drengen ved undersøgelse virkede normalt udviklet. Drengen bevægede arme og ben normalt og ens på begge sider. Han bevægede hofterne uden speciel reaktion. Ortolani (speciel undersøgelse for medfødt tendens til hofteskred) var negativ. Vagtlæge A konkluderede, at drengen mere virkede som kolikbarn og gav råd om at se tiden an.*

Tre dage senere henvendte forældrene sig i lægevagtskonsultationen på ny, idet drengens højre ben var dobbelt så tykt om det venstre, det var helt rødt, varmt og stenhårdt. Vagtlæge B noterede i vagtlægenotatet, at det drejede sig om snørende virkning af strømper, mens der ikke var tegn til ændring af blodkredsløb og nervefunktion i benene. Vagtlæge B har oplyst, at han overvejede, om forstørrelsen kunne være resultat af fald eller slag. Vagtlæge B anbefalede let massage og frarådede strømper den første tid. Han anbefalede undersøgelse hos egen læge, hvis det blev værre.

Drengen blev få dage senere indlagt på sygehus, hvor der ved undersøgelse ikke umiddelbart fandtes tegn til brud. En røntgenundersøgelse påviste dog brud i begge lårben, begge skinneben og i venstre overarmsben. Efterfølgende undersøgelser påviste, at drengen var født med en meget sjælden knoglelidelse (osteogenesis imperfecta), som almindeligvis medfører flere brud uden større smertereaktion.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlæge A handlede i overensstemmelse med almindelig accepteret faglig standard, idet han orienterede sig i sygehistorien og ved undersøgelse af den grædende dreng ikke fandt specielle ømme partier, ligesom han bemærkede, at arme og ben bevægedes normalt og lige meget på begge sider. Der var ikke tegn til funktionsforstyrrelse af bevægenerverne. Nævnet fandt, at det var relevant at undersøge hofted og nervesystem med de for spædbørn almindeligt anvendte undersøgelser, idet spædbørn ikke som ældre børn og voksne kan medvirke til mere specielle undersøgelser af nervesystemets funktion.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlæge B ikke kunne kritiseres for undersøgelsen af drengen, idet han ved undersøgelse fandt benene normalt fungerende, samt at han fandt en snørefure fra strømpe, som kunne have fremkaldt fortykkelsen af benet. I betragtning af, at han overvejede, om forandringen af den knap 5 uger gamle drengs ben kunne være fremkommet ved fald eller slag, fandt nævnet dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om han havde foranlediget drengen henvist til undersøgelse.

- *En 4-måned gammel dreng hostede så grimt, at hans moder blev urolig og kontaktede lægevagten telefonisk kl. 23.38. Vagtlægen spurgte, om det lød som en søløve, hvilket moderen bekræftede. Efter at vagtlægen fik oplyst, at drengen ikke havde feber, anbefalede han, at de lagde sig til at sove. Næste morgen havde drengen feber (39,1) og vejrtrækningsbesvær, og egen læge anbefalede henvendelse på sygehus. På øre-, næse-, halsafdelingen konstaterede man falsk strubehoste.*

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for kritik af vagtlægen i forbindelse med telefonkonsultationen, idet vagtlægen på baggrund af oplysninger om grim hoste og ingen feber vurderede, at der ikke var behov for akut undersøgelse og behandling af drengen. Nævnet lagde

endvidere vægt på, at der ikke var oplysninger om feber eller vejrtrækningsbesvær, som kunne indikere en akut undersøgelse.

• *En 2-uger gammel dreng havde pludselig fået eksplosive opkastninger, hvorfor forældrene telefonisk kontaktede lægevagten. Forældrene talte med vagtlæge A, der skønnede, at barnet skulle tilses. Han anmodede derfor den kørende lægevagt om at aflægge besøg. Da lægevagten 3½ time senere ikke var ankommet, kontaktede forældrene på ny lægevagten og anmodede om et besøg. Vagtlæge B fandt ikke anledning til, at barnet blev bragt akut til sygehus. Vagtlæge B tilrådede forældrene at ringe efter en ambulance, hvis de vurderede, at situationen var farlig. Det fremgår af journalen, at vagtlæge B forsøgte at få fremskyndet besøget, der blev aflagt 1½ time efter.*

Efter lægevagtsbesøget blev barnet indlagt til observation for mavemundsforsnævring. Han var fuldstændig upåvirket ved indlæggelsen og holdt maden i sig, hvorfor han blev udskrevet om formiddagen, idet man konkluderede, at diagnosen mavemundsforsnævring var usandsynlig.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik af den behandling, barnet modtog af vagtlæge A og vagtlæge B, herunder at vagtlæge B ikke foranledigede, at barnet blev bragt til lægevagten eller sygehus.

• *En 5-måneders gammel dreng havde siden kl. 20.00 skreget og rystet voldsomt på hovedet, hvorfor moderen om natten kl. 3.38 ringede til lægevagten, hvor hun talte med vagtlæge A. Moderen opfattede barnet som forpint og med øresmerter, og selvom hun 2 gange i løbet af aftenen og natten havde givet barnet Panodil Junior mikstur, 3-4 ml., havde dette ikke ændret situationen. Vagtlæge A anbefalede moderen at give barnet yderligere en dosis Panodil Junior mikstur og tilbød hende en undersøgelse af barnet den efterfølgende formiddag. Da moderen afslog dette, blev et akut vagtlægebesøg aftalt.*

Kl. 5.00 ankom vagtlæge B til hjemmet, hvor barnet sov og havde gjort det et stykke tid. Vagtlæge B undersøgte barnet, som stadig var uden feber med fri og ubesværet vejrtrækning. Det blev oplyst, at barnet ikke havde haft hoste, hvorfor vagtlæge B ikke foretog stetoskopi af barnets lunger. Vagtlæge B undersøgte barnets ører, hvorimod han undlod at undersøge barnets hals og svælg. Vagtlæge B fandt ikke behov for at iværksætte yderligere behandling. Om formiddagen kl. 10.32 blev barnet på ny set af en vagtlæge, der ordinerede penicillin mod en formodet halsbetændelse.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlæge A ikke kunne kritiseres for behandlingen af barnet i forbindelse med telefonkonsultationen, idet vagtlæge A på relevant vis indhentede oplysninger om barnets tilstand og på denne baggrund vurderede, at der ikke var behov for lægebesøg. Nævnet lagde endvidere vægt på, at da moderen insisterede på at modtage sygebesøg, indvilligede vagtlæge A i at foranledige et hastebesøg i hjemmet.

For så vidt angik vagtlæge B, fandt nævnet, at der ikke var anledning til kritik af behandlingen, idet vagtlæge B relevant orienterede sig om barnets sygeførløb samt foretog en tilstrækkelig objektiv undersøgelse af barnet, som var feberfri og roligt sovende ved vagtlægens ankomst til hjemmet.

• *En 3-måneders gammel dreng med en temperatur på 39,6 og symptomer på øjenbetændelse var to dage tidligere blev sat i behandling med øjendråber. Der havde efterfølgende været to henvendelser til lægevagten, der ikke havde givet anledning til yderligere. Kl. 18.45 (et døgn efter seneste henvendelse) blev barnet set i vagtlægekonsultationen på grund af feber (39,3), at han sov konstant,*

spiste ikke og havde mavesmerter. Ved undersøgelsen fandt vagtlægen, at barnet var snottet, hostede og havde feber på andet døgn, samt at der var normale forhold i svælg og mundhule, ingen stivhed i nakke eller ryg, fri respiration og normale forhold ved lungerne uden tegn på betændelse. Vagtlægen stillede diagnosen virusinfektion og rådede forældrene til fortsat observation, afdækning og rigelig væske. Desuden tilrådede han at kontakte læge, såfremt tilstanden ikke blev bedre eller blev værre.

To dage senere blev barnet indlagt, og ved indlæggelsen viste det sig ifølge journalen, at barnet havde højresidig lungebetændelse, der blev behandlet uden komplikationer.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ikke kunne kritiseres for behandlingen af barnet, herunder at det ikke kunne kritiseres, at vagtlægen ikke foranledigede indlæggelse eller yderligere undersøgelse i øvrigt.

- *En 9-uger gammel dreng var begyndt at hoste, og hosten gav sig udslag i en kraftig, nærmest pibende hoste. Desuden hostede han slim op samt modermælk. Moderen havde mistanke om, at han kunne være smittet med kighoste, idet der var blevet konstateret kighoste i storesøsterens klasse. Drengen var i henhold til gældende retningslinier endnu ikke blev kighostevaccineret. Dagen efter tog forældrene drengen med til lægevagten. Forældrene har til sagen oplyst, at vagtlæge A ikke undersøgte barnet, herunder at der ikke blev foretaget stetoskopi af lungerne. Vagtlæge A har heroverfor oplyst, at han undersøgte barnets almentilstand, og at stetoskopien foregik ved, at stetoskopet blev stukket ind under barnets tøj. Vagtlæge A stillede diagnosen almindelig virusforkølelse. I løbet af den følgende uge blev drengens hosteanfald heftigere, og han hev efter vejret under anfaldene og hostede slim op.*

En uge efter den første henvendelse kontaktede moderen sent om aftenen lægevagten, idet drengen var begyndt at tisse orange i bleen. Vagtlæge B fik derudover oplyst, at drengen ikke kunne holde mad i sig, og at han var feberfri. Vagtlægen mente ikke, at det var nødvendigt, at drengen blev undersøgt i konsultationen.

Et døgn senere fik drengen feber, og han kastede op det meste af natten. 1½ døgn efter den seneste henvendelse var drengens temperatur 39, og han blev om formiddagen undersøgt af vagtlæge A. Vagtlægen tilrådede fortsat observation af drengen og henvendelse til læge, såfremt tilstanden blev forværret.

Dagen efter blev drengen indlagt på sygehus, og det fremgår af journalen, at han var svært akut medtaget, slap, bleg og gunsten. Hans temperatur var 39,4 og hans åndedræt var meget hurtigt. En røntgenundersøgelse af brystet viste store og svære forandringer. Barnet døde næste dag.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlæge A ved den første konsultation, på trods af at det foreliggende kliniske billede ikke var usædvanligt eller specielt alarmerende, burde have foretaget en objektiv undersøgelse, som omfattede en almen vurdering af vejrtrækningsforholdene, herunder inspektion af brystkasse, ligesom undersøgelse af ører og svælg burde være udført. Nævnet fandt videre, at vagtlæge A foretog en utilstrækkelig undersøgelse af drengen, og at vagtlæge A derfor havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Nævnet lagde til grund, at drengen ikke var afklædt i forbindelse med undersøgelsen.

Patientklagenævnet oplyste, at undersøgelse af spædbørn kræver stor omhu. Det er endvidere væsentligt, at barnet inspiceres afklædt, således at især barnets vejtrækning, farver og ernæringstilstand og kroppens væskeindhold (hydreringstilstand) kan vurderes. Patientklagenævnet oplyste endvidere, at spædbørn ret sjældent har luftvejsinfektioner, udover den typiske forkølelse i form af tæt næse.

For så vidt angår vagtlæge B fandt Patientklagenævnet, at han burde have tilrådt drengens forældre en fornyet konsultation, idet der forelå en sygdomsperiode på en uge, og da symptomerne i form af orange urin kunne tyde på en begyndende dehydrering. Det var endvidere nævnets opfattelse, at der forelå en stor risiko for fejlvurdering af situationen uden en klinisk undersøgelse. Nævnet fandt samlet, at vagtlæge B udviste manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved ikke at tage initiativ til en lægeundersøgelse, uanset om forældrene ønskede dette eller ej.

For så vidt angår vagtlæge A's anden undersøgelse af drengen, fandt Patientklagenævnet, at det var usandsynligt, i betragtning af de objektive fund ved indlæggelsen på sygehuset, at drengen ikke ved henvendelsen i lægevagtskonsultationen havde frembudt tegn til en mere alvorlig udvikling, idet han har været udtrættet og haft tegn på den alvorlige lungeinfektion med eller uden de typiske stetoskopiske tegn. Det var nævnets vurdering, at vagtlæge A burde have foretaget en grundig undersøgelse af drengen, herunder indlagt ham med henblik på videre udredning og afklaring af blandt andet mulig kighoste. Nævnet lagde vægt på, at drengen havde været syg i 9-10 dage, at drengen ikke var afklædt i forbindelse med undersøgelsen, at vagtlægen blev gjort bekendt med, at drengen var født for tidligt, og at han havde lidt af Respiratory Distress Syndrome.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlæge A ved at undlade ovennævnte udviste manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Endvidere indskærpede Patientklagenævnet over for vagtlæge A, at han udviser større omhu i sit fremtidige virke. Endelig fandt nævnet, at der var begrundet mistanke om, at vagtlæge A havde udvist grovere forsømmelse ved undersøgelse og behandling af drengen ved den sidste konsultation. Vagtlæge A har efterfølgende vedtaget et bødeforlæg på 5.000 kr.

Patientklagenævnet oplyste, at kighoste er en livsfarlig sygdom for børn i de første leveår, specielt for spædbørn. Dødeligheden er ikke ubetydelig, og det gælder også for børn, der bliver indlagt på et tidligt tidspunkt af sygdomsstadiet. Sygdommen er på grund af vaccinationerne sjælden, men det må påregnes, at den praktiserende læge er bekendt med sygdomsbilledet og udviser stor opmærksomhed, når der foreligger oplysninger om kighoste og/eller anfaldsfænomener, der kan repræsentere sygdommen. Efterhånden som anfaldene tager til, udmattes barnet, og det retter sig i stadig ringere grad efter et anfald. Der ophobes endvidere slim i luftvejene, hvilket kan føre til lungebetændelse.

1.1.4 Klager over manglende diagnosticering af brud

- *En 40-årig kvinde henvendte sig til lægevagten, fordi hun tidligere samme dag var kommet til skade med sin højre hånd. Vagtlægen fandt ikke ved sin undersøgelse tegn på brud. Der var ingen indirekte ømhed, blodansamling, fejlstilling eller ledbåndsløshed. Lægen ordinerede derfor behandling med smertestillende medicin.*

Da kvinden to uger senere henvendte sig til egen læge, idet hun fortsat havde smerter i hånden, blev hun henvist til røntgenundersøgelse, hvor der blev konstateret et brud i højre hånd.

Patientklagenævnet fandt, at lægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved behandling af kvinden, idet han foretog en tilstrækkelig undersøgelse. Der var ikke indikation for yderligere undersøgelse, herunder røntgen, da der ikke var symptomer, der gav mistanke om brud.

• *En 76-årig kvinde henvendte sig til vagtlægen efter at være faldet i sin have. Det fremgik af vagtlægejournalen, at hun ikke havde været i stand til at rejse sig. Hun havde derfor ligget sin have i 1½ time. Ved undersøgelsen fandt lægen, at der bortset fra synlige skrammer i ansigtet og manglende bevægelighed i nakken, ikke var noget galt. Han vurderede derfor, at der ikke var indikation for en røntgenundersøgelse.*

En uge senere opsøgte kvinden en kiropraktor, da hun fortsat havde smerter. Hun blev nu henvist til røntgenundersøgelse. Røntgenundersøgelsen og en efterfølgende CT-skanning viste, at der var brud på flere af de øverste halshvirvler samt brud i spinalkanalen.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere, at vagtlægen ikke diagnosticerede et brud i nakkeregionen. Han foretog en tilstrækkelig og relevant undersøgelse.

Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægen havde foranlediget en røntgenundersøgelse, idet det forhold, at patienten havde ligget hjælpeløs i 1½-2 timer samt havde smerter i nakken, kunne give mistanke om et brud i nakkeregionen.

Nævnet bemærkede, at en ustabil fraktur i nakken kan være særdeles risikabel, både hvad angår liv og førlighed.

• *En 25-årig mand henvendte sig til lægevagten, idet han to dage forinden havde slået venstre håndled, og smerterne endnu ikke var aftaget. Vagtlægen fandt ved sin undersøgelse ikke tegn på brud. Han vurderede, at det drejede sig om en forstuvning og anlagde støttebind.*

Efterfølgende blev der konstateret et brud på bådbenet i venstre håndrod.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere, at vagtlægen ikke vurderede, at der var behov for en røntgenundersøgelse. Han skønnede, at der var tale om en forstuvning, hvorfor der ikke var indikation for en røntgenundersøgelse.

Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om vagtlægen havde journalført indholdet af sin vejledning til patienten, det vil sige, hvordan han skulle forholde sig, hvis der fortsat var problemer, idet dette må anses for værende en del af behandlingen.

Nævnet bemærkede, at selv en grundig undersøgelse, herunder for brud på den bådformede knogle, ikke nødvendigvis altid vil medføre, at den rigtige diagnose stilles.

• *En 46-årig kvinde henvendte sig telefonisk til vagtlægen, efter at hun var faldet og havde slået venstre fod. Hun fortalte, at hun ikke kunne gå på foden på grund af smerter. Vagtlæge A vurderede, at der var tale om en forstuvning og anbefalede, at hun skulle prøve smertestillende medicin og lægge foden højt. Hvis ikke dette hjalp, skulle hun ringe igen.*

En time senere kontaktede hun på ny vagtlægen, da hun havde fået flere smerter. Vagtlæge B anbefalede, at hun skulle lægge foden højt. Hvis det var nødvendigt, kunne hun kontakte skadestuen eller egen læge den følgende dag. Han vurderede således, at der kunne være tale om et brud. Da kvinden imidlertid ikke selv eller ved venners hjælp kunne transportere sig til skadestuen, og da Falck ikke må køre siddende patienter, anbefalede lægen fortsat høj lejring af foden.

4 timer senere henvendte kvinden sig til vagtlæge C. Han tilrådede hende at opsøge skadestuen for at få taget et røntgenbillede. Der blev diskuteret transportmuligheder, og vagtlægen anbefalede, at hun skulle ringe efter en taxa.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere vagtlægernes behandling af patienten. Vagtlæge A vurderede, at der var tale om en forstuvning og gav relevante råd, herunder om fornyet henvendelse. Vagtlæge B og C vurderede relevant, at der kunne være tale om brud og gav besked om henvendelse til skadestuen med henblik på at få taget et røntgenbillede.

Nævnet bemærkede, at det ikke var afgørende for bruddets heling, at behandlingen blev forsinket nogle timer.

1.1.5 Klager i forbindelse med akutte mavesmerter

• En 5-årig pige blev tilset af en vagtlæge, der fik oplyst, at pigen de foregående 5 dage havde haft hoste, feber og turevise mavesmerter. Ved undersøgelse fandtes pigen forkølet og hostende. Vagtlægen konkluderede, at der var tale om forkølelse, og at forældrene kunne fortsætte behandlingen med hostestillende medicin (Ventoline mikstur), som tidligere var blevet ordineret af egen læge.

To dage senere blev pigen indlagt på en børneafdeling, hvor hun efter kirurgisk tilsyn blev opereret med fjernelse af en betændt og bristet blindtarm.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ikke havde udvist manglende omhu ved behandlingen af pigen, idet vagtlægen foretog en relevant objektiv undersøgelse af pigen, herunder lungestetoskopi og undersøgelse af maven, og at den fortsatte behandling med Ventoline mikstur var i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Endvidere vejledte vagtlægen korrekt forældrene om at rette henvendelse til læge på ny ved manglende fremgang i tilstanden.

Det var nævnets opfattelse, at pigen ikke frembød symptomer på en akut behandlingskrævende mavelidelse ved vagtlægens undersøgelse af hende.

• En 12-årig pige blev set i vagtlægekonsultationen, fordi hun i et par timer havde haft meget ondt i maven, græd og krummede sig sammen. Smerterne var tiltagende. Ved udspørgen fik vagtlæge oplyst, at smerterne var opstået to timer tidligere, og at pigen ikke havde kvalme eller opkastninger og ingen temperaturforhøjelse. Ved undersøgelse fandt vagtlægen, at pigen var varm og tør. Maven var blød med diffus ømhed, mest omkring navlen og ikke mere i højre side end i venstre side. Der var ingen slipømhed eller indirekte ømhed. Ved stetoskopi hørtes normale tarmlyde. Vagtlægen vurderede på baggrund af sin undersøgelse, at diagnosen var usikker, men at det kunne dreje sig om begyndende blindtarmsbetændelse. Ifølge journalen orienterede vagtlægen pigens moder om, at de skulle se tiden an hjemme, og at hun kunne henvende sig telefonisk og få pigen indlagt direkte, såfremt symptomerne forværredes.

En halv time senere blev pigen via en skadestue overflyttet til en børneafdeling, hvor hun nogle timer senere blev opereret for blindtarmsbetændelse.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til at kritisere, at vægtlægen ikke indlagde pigen til observation for blindtarmsbetændelse på baggrund af sygdomsforløbet og de objektive fund. Nævnet fandt, at vagtlægen foretog en korrekt objektiv undersøgelse samt gav korrekt råd i overensstemmelse med sædvanlig praksis ved sådanne situationer, idet blindtarmsbetændelse kan være en vanskelig diagnose at stille.

Patientklagenævnet oplyste i sagen, at forløbet med blindtarmsbetændelse meget sjældent er så hurtigt som i dette tilfælde.

- En 34-årig kvinde henvendte sig telefonisk til lægevagten på grund af feber, opkastninger, diarré og mavesmerter. Vagtlægen vurderede, at det måtte dreje sig om en virusinfektion, da symptomerne var begyndt inden for et døgn, og da smerterne var lokaliseret opadtil. Vagtlægen opfordrede kvinden til at henvende sig på ny, hvis der ikke var nogen virkning af en stoppediæt, eller hvis tilstanden blev forværret.*

Syv timer senere henvendte kvinden sig på ny, da tilstanden var forværret. Vagtlægen tilrådede hende at kontakte egen læge, der åbnede 19 minutter senere, da han skønnede, at hun derved ville få hjælp hurtigere, end hvis hun skulle vente på et vagtlægebesøg.

Kvinden blev samme dag indlagt på et sygehus, hvor hun blev opereret for blindtarmsbetændelse. Ved operationen fandtes blindtarmen svært betændt, og der var ildelugtende pus i bughulen som udtryk for perforation.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved behandlingen af den telefoniske henvendelse fra kvinden, idet de af kvinden oplyste symptomer ikke var karakteristiske for blindtarmsbetændelse, hvor der sædvanligvis tillige er smerter omkring navlen ned mod højre side og sjældent diarré og opkastninger.

Efter nævnets opfattelse var diagnosen, en virusinfektion i maven, sandsynlig, hvorfor det var tilstrækkeligt at anbefale kvinden at henvende sig på ny i tilfælde af en forværring af tilstanden eller manglende virkning af stoppediæten. Der fandtes således heller ikke grundlag for kritik af, at vagtlægen ikke foranledigede, at kvinden fik vagtlægebesøg.

- En 53-årig mand henvendte sig i lægevagten på grund af voldsomme mavesmerter. Vagtlægen fik oplysning om smerter opadtil i maven op mod brystbenet, opkastninger uden blodtilblanding og almindelig utilpashed. Der havde ikke været feber, og vandladning og afføring havde været normal uden blod. Patienten var i behandling med Ibuprofen, og medicinen havde i perioder givet smerter og ubehag i maven. Patienten virkede ikke akut syg ved konsultationen, og ved undersøgelse fandt vagtlægen, at patienten angav smerter ved gennemføling opadtil på maven i midtlinien, ingen muskelforsvar, og der var ingen udfyldninger i maven. Tarmlydene var naturlige, der var ingen tegn til brok. Der blev ikke gennemført fingerundersøgelse af endetarmen. Vagtlægen vurderede, at den mest nærliggende diagnose var mavekatar, betændelse i maveslimhinden, og det blev aftalt, at patienten skulle ophøre med Ibuprofen, idet denne kan irritere maveslimhinden. Vagtlægen gav*

instruks om forholdsregler ved forværring af tilstanden i form af ny kontakt til lægevagten og under alle omstændigheder kontakt til egen læge dagen efter.

Fire dage senere blev patienten indlagt på en kirurgisk afdeling under diagnosen akut tilstand i maven. Han blev indlagt til observation og udredning for mavesår, sår på tolvfingertarmen og galdeblærebetændelse. Efter et døgn fik man mistanke om blindtarmsbetændelse eller anden infektion i maven, hvorfor man foretog operation. Ved blindtarmsstedet fandtes en 10x10 cm stor byld, desuden fandtes en blindtarmsrest på ca. 5 cm. Den øverste del af blindtarmen mod tyktarmen var forsvundet ind i byldhulen, og der var ingen kommunikation fra bylden til tyktarmen.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin behandling af patienten, idet han optog en relevant sygehistorie samt foretog en tilstrækkelig undersøgelse. Diagnose og behandling var ligeledes relevant ud fra undersøgelsens resultater.

Nævnet bemærkede, at der i sjældne tilfælde kan være forskellige omstændigheder som vanskeliggør eller helt umuliggør en rettidig diagnose. I dette tilfælde, hvor blindtarmen lå placeret bag begyndelsen af tyktarmen, er almindelige kliniske undersøgelser ikke egnet til at diagnosticere tilstanden, hvilket medførte, at der ikke kunne stilles en endelig diagnose før under selve operationen, 5 dage efter vagtlægekonsultationen.

- En 20-årig kvinde, der tidligere samme dag af egen læge var sat i medicinbehandling på mistanke om blærebetændelse, kontaktede telefonisk en vagtlæge på grund af diarré, opkastning og smerter i maven. Hun mente ikke, at hun havde feber. Vagtlægen rådede patienten til at komme til undersøgelse i konsultationen eller at afvente effekten af den medicinske behandling. Patienten afslog at komme til undersøgelse, idet hun følte sig for dårlig til at klare transporten.*

Næste dag blev patienten indlagt, hvor hun blev opereret for en perforeret blindtarmsbetændelse.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sit skøn af patientens tilstand, idet han ikke ud fra symptomerne kunne have en præcis mistanke om blindtarmsbetændelse. Videre fandt nævnet, at vægtlægens skøn blev vanskeliggjort af den formodede diagnose om blærebetændelse, og at han derfor ikke havde grundlag for at antage, at patienten ikke kunne møde i vagtlægekonsultationen.

Nævnet oplyste, at diarré ikke er typisk ved blindtarmsbetændelse, tværtimod vil maven typisk gå i stå.

- En 21-årig mand henvendte sig kl. 18.47 telefonisk til en vagtlæge på grund af høj feber, og fordi han havde det skidt over det hele. Vagtlægen fik indtryk af, at der ikke var symptomer fra et bestemt organ, og at patienten var fuldstændig upåvirket af sin sygdom. På denne baggrund anbefalede vagtlægen i telefonen væskeindtagelse og fortsat observation. Ifølge patienten havde han i et par dage følt sig skidt tilpas med blandt andet kvalme og opkastninger. Samme eftermiddag havde han fået det rigtig dårligt med over 40 i feber og opkastninger, og han kunne ikke komme af med urin og afføring. Ifølge patienten anførte han endvidere, at han mente, at det kunne dreje sig om blindtarmsbetændelse.*

Patientklagenævnet lagde vagtlægens forklaring til grund, idet denne blev underbygget af vagtlægenotatet.

Herefter blev patienten af en anden vagtlæge indlagt akut på en kirurgisk afdeling, hvor han samme aften blev opereret for en betændt blindtarm.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin behandling af patienten, idet vagtlægen ifølge vagtlægenotatet ikke fik beskrevet en tilstand, der indikerede akut lægeundersøgelse. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om vagtlægen ved telefonsamtalen med patienten havde foretaget en mere grundig udspørgen om patientens sygdomssymptomer for med sikkerhed at kunne vurdere, om akut lægeundersøgelse kunne undlades. Nævnet var af den opfattelse, at det er den lægelige visitorator på lægevagten, der, ved at udspørge patienten om sygdomssymptomer, har ansvaret for at sikre et tilstrækkeligt grundlag til at vurdere, om akut lægeundersøgelse er påkrævet.

1.1.6 Klager over afslag på afhængighedsskabende medicin

• En 42-årig kvinde med feber, hovedpine og smerter i venstre side (flanke) havde kl. 9.50 haft besøg af en vagtlæge A, der gav hende en injektion 50 mg Petidin for hovedpine af migrænelignende type. Kl. 13.20 samme dag ringede patienten igen til vagtlægecentralen og bad om at få ordineret yderligere behandling med Petidin, da hun fortsat havde hovedpine. Hun anførte videre, at hun havde fibromyalgi og derfor var i besiddelse af nogle ampuller Petidin, der imidlertid var blevet for gamle til at anvende. Vagtlæge B afslog at foranledige besøg af en vagtlæge med henblik på at behandle patienten med Petidin, idet der ikke forelå nogen aftale med hendes egen læge herom. Herefter ringede patientens veninde kl. 13.34 på ny til vagtlægecentralen. Vagtlæge C afslog på det foreliggende grundlag at foranledige besøg af en vagtlæge med henblik på at behandle patienten med Petidin af samme årsag, som den forrige vagtlæge. Kl. 13.45 ringede veninden på ny, og denne gang foranledigede vagtlæge B et besøg af en vagtlæge.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik af vagtlæge B og C, idet patienten angav hovedpine, som hun tidligere samme dag var blevet behandlet for med Petidin, uden at det havde haft nogen effekt, og idet patienten ikke havde nogen aftale med egen læge om smertebehandling med Petidin.

Patientklagenævnet oplyste, at Petidin er omfattet af Sundhedsstyrelsens vejledning om lægers ordination af afhængighedsskabende lægemidler, hvorefter læger bør udvise stor tilbageholdenhed med ordination af morfinlignende præparater ved akutte smertetilstande.

• En 79-årig kvinde med stærke hovedsmerter på grund af migræne og trigeminusneuralgi (halvsidig hoved- og ansigtssmerte) kontaktede via sin ægtefælle vagtlægen, idet hun ønskede en blokade til at afhjælpe smerterne. Det havde hun gode erfaringer med. Patienten var af sin praktiserende læge betegnet som en kronisk smertepatient. Hun var derfor i besiddelse af stærke smertestillende tabletter inden for morfingruppen. Der var endvidere truffet aftale med hjemmesygeplejersken om, at denne kunne give patienten smertestillende medicin som injektion, hvorefter der skulle refereres til den praktiserende læge herom. Vagtlægen fik oplyst, at patienten ikke havde feber, ikke var lammet, at hun var klar at tale med, samt at der var tale om en kendt smerte uden nye symptomer. Endvidere oplyste ægtefællen, at patienten havde fået ryggen ødelagt, og at hun gik med halskrave. Vagtlægen konkluderede, at patienten havde slidgigt, idet hun også

havde spændinger i hals og ryg. Endelig fik vagtlægen oplyst, at patienten indtog omkring 150 tabletter om ugen, blandt andet i form af Pamol og Tegretol. Vagtlægen afviste at sende en lægevagt til hjemmet, idet vagtlægen ikke mente, at blokadebehandling er en rimelig vagtydelse at give i hjemmet. Vagtlægen var endvidere af den opfattelse, at patienten var i besiddelse af tilstrækkeligt smertestillende medicin i hjemmet.

Vagtlægen oplyste, at hun kl. 23.30 samme dag blev ringet op af en hjemmesygeplejerske, der oplyste, at hun havde givet patienten en injektion med Vilan for hovedpine. Hjemmesygeplejersken oplyste endvidere, at injektionen ikke havde hjulpet.

Patientklagenævnet oplyste, at blokadebehandling omfatter flere forskellige former for behandling med indsprøjtninger forskellige steder i kroppen, med indtil flere forskellige virkende medikamenter. Den type blokade, der gives ved injektion i nakkemusklernes fæste på kraniet, er ikke velegnet at udføre i hjemmet, og den efterfølgende nødvendige observation kan ikke udføres på en travl lægevagt.

På denne baggrund fandt Patientklagenævnet ikke anledning til at kritisere, at vagtlægen afslog at give patienten en blokade mod stærke hovedsmerter. Da vagtlægen endvidere havde sikret sig, at der var tilstrækkeligt med smertestillende medicin i hjemmet, fandt Patientklagenævnet det tillige berettiget, at vagtlægen afslog anmodningen om at aflægge et sygebesøg.

- En 56-årig kvinde havde de sidste 15 år haft smerter i maven, strækkende sig ned i højre hoft med fornemmelse af kulde og med marmorering. Trods talrige undersøgelser og behandlinger havde man ikke fundet nogen legemlig forklaring på hendes symptomer. Patientens egen læge behandlede hende med smertestillende tabletter Ketodur 25 mg x 2, Ketogan til gennembrudssmerter samt Pinex 1 g x 3. Endvidere fik hun dagligt antidepressiv medicin og sovemedicin til natten samt Diazepam 5 mg 3-4 gange dagligt som muskelafslappende. Egen læge havde ved en fejltagelse bestilt Ketogan og Diazepam på et andet apotek, end der hvor patienten normalt handlede, og patienten kunne derfor ikke få udleveret den ordinerede medicin. Patienten henvendte sig derfor telefonisk til lægevagten.

Ifølge patienten, anmodede hun om at få udleveret 6 stk. Diazepam-tabletter à 5 mg til weekenden. Vagtlægen afslog at imødekomme dette ønske og meddelte, at man i lægevagten kun ordinerede livsvigtig medicin og ikke medicin, der kunne være afhængighedsskabende. Patientens egen læge havde endvidere anført, at vagtlægen henviste hende til at afvente en konsultation hos egen læge eller skaffe sig nogle piller hos venner og veninder. Patientens egen læge havde endelig anført, at vagtlægen afslog et tilbud fra patientens ægtefælle om at komme ud i lægevagten med dokumentation for den ordinerede medicin.

Ifølge vagtlægen anmodede patienten om en recept på Diazepam. Der var ikke tale om, at hun ønskede udlevering af 6 stk. Diazepam-tabletter, et ønske som vagtlægen i øvrigt heller ikke ville have kunnet imødekomme, da Diazepam i tabletform ikke er vagtlægemedicin. Vagtlægen har endvidere anført, at han ved henvendelser om udlevering af benzodiazepiner rutinemæssigt redegør for, at den slagte medicin ikke kan udskrives i vagten, da det er en medicin, der omsættes på det frie marked, og som således også ofte overgives fra en person til en anden. Af vagtlægenotatet fremgår: ”medicin udeblevet, ønsker Diazepam, afslået”.

Der forelå således modstridende oplysninger fra patienten og vagtlægen vedrørende spørgsmålene om, hvorvidt patienten anmodede om udlevering af 6 stk. Diazepam-tabletter, eller om patienten

anmodede om en recept på Diazepam, samt om hvorvidt vagtlægen henviste patienten til at skaffe sig nogle piller hos venner og veninder.

Der forelå ikke yderligere oplysninger i sagen, der kunne understøtte den ene forklaring frem for den anden, og Patientklagenævnet havde ikke mulighed for at så sagen yderligere belyst. Patientklagenævnet kunne således ikke vurdere, hvad patienten og vagtlægen præcist sagde om de nævnte spørgsmål.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke i sagen blev oplyst sådanne forhold eller omstændigheder, der kunne danne grundlag for kritik af vagtlægen for, at han afslog at ordinere Diazepam til patienten og henviste hende til at afvente en konsultation hos egen læge.

Patientklagenævnet oplyste, at Diazepam er omfattet af Sundhedsstyrelsens cirkulære af 12. december 1995 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Ifølge bestemmelsen i cirkulærets § 8, stk. 1, bør lægemidler, der er omfattet af nævnte cirkulære, som udgangspunkt ikke ordineres til personer uden for lægens faste klientel.

- *En 40-årig kvinde, der havde haft hovedpine i tre døgn, henvendte sig til lægevagten og bad om hjælp til hovedpine, da de midler, som hendes egen læge havde ordineret, ingen effekt havde. Patienten bad om Voltaren, men vagtlægen anbefalede hende at tage Kodimagnyl.*

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen havde handlet i overensstemmelse med almindelig accepteret standard, idet han havde observeret patientens tilstand og ikke fundet hende smertepåvirket i sværere grad. Patienten var vågen uden synlige lammelser. Desuden forelå der fra egen læge et CAVE-notat (notat om at undlade), hvoraf fremgik, at patienten var medicinmisbruger, var rask, og at der ikke var behov for beroligende eller smertestillende medicin.

1.1.7 Klager over forsinket diagnosticering af febrile sygdomme

- *En 13-årig pige havde gennem et døgn haft 40 i feber, hovedpine og ondt i maven. Hun blev derfor tilset af en vagtlæge. Han vurderede, at der var tale om influenza og gav råd om smertestillende behandling. Den følgende dag blev hendes tilstand forværret, idet hun nu var sløv, havde opkastninger samt udslæt på arme og ben. Vagtlægen blev derfor igen kontaktet.*

Han fandt ved sin undersøgelse, at pigen ikke var nakkestiv og vurderede, at udslættet skyldtes feberen. Han vurderede på det grundlag, at der var tale om influenza. Lægen ordinerede stikpiller mod kvalme og medicin mod væskemangel. Lægen gav endvidere besked om at tilkalde en ambulance via alarmcentralen, hvis ikke tilstanden blev bedre.

Nævnet vurderede, at patienten burde have været indlagt på mistanke om meningitis, da hun var alment dårlig, sløv, havde 40 i feber, havde kvalme og opkastninger samt havde udslæt på arme og ben. Patientklagenævnet fandt således, at lægen ikke havde været tilstrækkeligt omhyggelig og samvittighedsfuld ved sin undersøgelse.

- *En 27-årig kvinde kontaktede lægevagten, da hun gennem et døgn havde haft tiltagende hovedpine. Hun oplyste over for lægen, at hun var lys- og lydfølsom, samt at hun havde kvalme. Endvidere fik lægen at vide, at hun havde haft flere migrænetilfælde, og at hun 2 år tidligere havde*

haft meningitis. Symptomerne svarede til det tidligere meningitistilfælde, og hendes sædvanlige migræne medicin havde ikke virket.

Lægen fandt, at patienten ikke var nakkestiv eller bevidsthedspåvirket. Der var endvidere ikke feber, og blodtrykket og pulsen var normale. Endelig var der ikke punktformige blodudtrædninger i huden (petekker).

Lægen vurderede på den baggrund, at det drejede sig om migræne og gav en injektion med 1 ml Petidin.

Den følgende dag blev patienten indlagt og fik konstateret meningitis.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen foretog en relevant undersøgelse af patienten, og at han sikrede sig tilstrækkelige oplysninger om sygehistorien. Nævnet fandt derfor ikke grundlag for at kritisere, at lægen ikke indlagde kvinden. Nævnet vurderede, at der først blev udviklet meningitis den følgende dag, hvor patienten blev indlagt af egen læge, da tilstanden ikke var blevet bedre.

1.1.8 Opfølgning af ordineret lægebesøg

En 10-årig pige havde i over et døgn haft opkastninger og smerter i højre side af maven, hvorfor hendes mor kontaktede lægevagten kl. 3.15.

Vagtlægen skønnede, at der var behov for et akut lægebesøg, hvilket blev noteret i lægevagtens edb-system.

Da moderen igen ringede til lægevagten kl. 6.16, var den kørende vagtlæge endnu ikke blevet underrettet om patienten.

Patientklagenævnet fandt, at vagtlægen burde have sikret sig, at ordinationen blev fulgt op, idet pigens symptomer krævede et akut lægebesøg.

Nævnet lagde herved vægt på, at lægen først ved andet opkald blev opmærksom på, at ordinationen ikke var blevet fulgt op. Nævnet fandt således, at lægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin behandling af pigen.

1.1.9 Prioritering i lægevagtens konsultation

En 15-måneders gammel dreng blev bragt til lægevagtens konsultation, idet han havde 39,9 i feber og var mat og pjevset. Der var imidlertid kødannelse i konsultationen. Moderen spurgte vagtlægen, om der blev prioriteret mellem ventende patienter efter andre kriterier, end det nummer man havde trukket. Hun oplyste samtidig, at hendes søn 14 dage forinden havde været indlagt med blodforgiftning (sepsis) og netop havde afsluttet en behandling med penicillin. Vagtlægen fandt ikke indikation for at opprioritere behandlingen af hendes søn og dermed fravige den sædvanlige procedure ved kødannelse, hvorefter moderen forlod konsultationen.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til at kritisere, at vagtlægen ikke fraveg den normale procedure ved kødannelse i konsultationen. Der var forinden sket en telefonisk visitation ved en vagtlæge, der havde vurderet, om der var et behov for akut lægehjælp.

Det var nævnets opfattelse, at en akut undersøgelse kun var nødvendig, hvis der skete en uventet udvikling i patientens sygdom efter ankomsten til konsultationen.

Nævnet bemærkede, at en fagligt begrundet rækkefølge for behandling af de ankomne patienter ville kræve en ny visitation af samtlige ventende patienter.

1.1.10 Patient afviste at modtage behandling

En 63-årig mand var meget tynd, havde udspilet mave og kunne næsten ikke gå. Vagtlægen blev kontaktet af en af mandens bekendte. Manden ønskede ikke selv, at lægen blev kontaktet, men en bekendt var blevet enig med nogle sygeplejersker fra døgnplejen om at kontakte lægen.

Lægen fandt, at manden var miseriepræget med elendig hygiejne. Det blev oplyst, at manden hverken spiste eller drak. Patienten var ikke særlig meddelsom og ville ikke undersøges nærmere.

Lægen vurderede, at manden havde behov for opsyn fra både hjemmeplejen og egen læge, men han indlagde ikke patienten. Han kontaktede dog egen læge, der fik patienten indlagt den følgende dag.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for kritik af lægens undersøgelse af patienten, ligesom der ikke var grundlag for at kritisere, at han ikke indlagde ham.

Patientklagenævnet bemærkede, at en læge er forpligtet til at respektere det, når en patient afviser hjælp eller behandling. Patienten var ikke sindssyg eller i en tilstand, der kunne sidestilles hermed. Der var derfor ikke grundlag for tvangsindlæggelse eller tvangsbehandling. Lægen kunne således alene forsøge at motivere og overtale patienten.

1.1.11 Opbevaring af journal

En 82-årig kvinde henvendte sig telefonisk til lægevagten, hvor hun talte med en vagtlæge. Efterfølgende henvendte en social- og sundhedshjælper sig til vagtlægen på vegne af patienten og oplyste om hendes tilstand. Der blev ved denne lejlighed aftalt et sygebesøg. Vagtlægen har til sagen oplyst, at der ligeledes var en henvendelse fra datteren, som blev orienteret om det planlagte lægebesøg. Datteren har oplyst, at da hun henvendte sig til lægevagten, var der ikke aftalt sygebesøg, men at dette kom i stand efter nogen diskussion. Der forelå ikke journalnotater vedrørende henvendelserne, da disse ifølge vagtlægen var makuleret.

Patientklagenævnet fandt, at det ikke havde haft nogen betydning for behandlingsforløbet og behandlingsmulighederne, om sygebesøget blev aftalt ved sundhedshjælperens eller datterens henvendelse. Det var ikke muligt at afklare forholdet nærmere, da der ikke forelå journalnotater vedrørende henvendelserne. Patientklagenævnet fandt videre, at vagtlægen burde have opbevaret sine journalnotater vedrørende henvendelserne fra såvel patienten, sundhedsassistenten samt datteren, og at vagtlægen ved undladelse heraf havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed.

1.2 Opfølgning af prøvesvar i almen praksis

Patientklagenævnet modtager med jævne mellemrum klager over, at en praktiserende læge ikke har fulgt op på resultatet af en undersøgelse (f.eks. vævsprøver, celleskrab, blod eller røntgen).

En patient har ifølge lov om patienters retsstilling § 7, stk. 1, ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmuligheder. Efter § 7, stk. 3, skal informationen gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling.

Det fremgår endvidere af § 7, stk. 5, at skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen (til en behandling), skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse af 14. september 1998 om information og samtykke indeholder derudover i § 4, stk. 2, en regel om, at informationen skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysning om andre behandlingsmuligheder samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Reglerne er en videreførelse af den tidligere retstilstand, der var reguleret af § 6, stk. 2, i lægeloven, og §§ 2-4 i Sundhedsstyrelsens cirkulære om information og samtykke mv.

Reglerne fortolkes for så vidt angår opfølgning på prøvesvar således, at hvis der på grundlag af en undersøgelse foreligger en klar aftale mellem lægen og patienten om, at patienten selv skal henvende sig med henblik på at få oplysning om resultatet af en undersøgelse, vil patienten som udgangspunkt have ansvaret for at kontakte lægen. Det påhviler i den forbindelse lægen at sørge for, at en sådan klar aftale indgås.

Lægen bør notere i journalen, hvornår og på hvilken måde patienten er kontaktet. Endelig bør lægen sørge for at journalføre den givne information og eventuelle nye aftaler, henvisninger eller rådgivning.

Da en læge har pligt til af egen drift, at informere en patient om forhold, som patienten må formodes ikke at være bekendt med, og som må anses for væsentlige for patientens stillingtagen til undersøgelser, behandling m.v., kan der dog forekomme konkrete tilfælde, hvor lægen må informere patienten om prøvesvaret, selvom der er indgået en klar omtale om, at det patienten der skal tage initiativet. Disse tilfælde foreligger særligt, jo mere alvorlige og hastende konsekvenser, der bør tages af prøvesvaret.

Hvis der ikke foreligger nogen aftale mellem lægen og patienten, vil det være lægens ansvar at vurdere, om patienten skal kontaktes med henblik på en orientering om prøvesvaret.

Det er i dag almindeligt blandt praktiserende læger at aftale med patienten, at denne selv kontakter lægen for at få svaret på en undersøgelse. Mange læger har dog også etableret den praksis, at prøvesvar, der kræver opfølgning, lægges for sig med henblik på aktiv kontakt til patienten, hvis denne mod forventning ikke henvender sig inden for det aftalte tidspunkt.

Der refereres i det følgende 4 sager, der belyser dette spørgsmål.

Manglende opfølgning på podningssvar

En 19-årig kvinde henvendte sig i maj 1995 til sin praktiserende læge på grund af gener fra begge fodled. Under konsultationen klagede hun endvidere over blødningsforstyrrelser i forbindelse med

menstruation trods brug af p-piller. Lægen foretog på denne baggrund en gynækologisk undersøgelse, hvor der blev fundet tegn til let betændelse af livmoderhalsen. Der blev foretaget podning for klamydia. Kvinden fik endelig ordineret en ny type p-piller.

Af journalen og lægens udtalelse til sagen fremgik, at han aftalte med patienten, at hun skulle ringe angående podningssvaret efter ca. 1. uge. Podningssvaret viste senere fund af klamydia, men patienten henvendte sig ikke som aftalt for at få svaret, og lægen informerede ej heller patienten om det positive fund.

I december 1995 kontaktede patienten igen sin læge i forbindelse med udflåd fra skeden. Først på dette tidspunkt blev hun informeret om fundet af klamydia. Lægen foretog en gynækologisk undersøgelse, der blev podet, og patienten blev sammen med sin partner sat i behandling med antibiotika.

Der blev klaget over, at lægen ikke havde fulgt op på podningen foretaget i forbindelse med den gynækologiske undersøgelse i maj 1995, og at patienten ikke var blevet orienteret om, at podningen gjaldt undersøgelse for klamydia.

Lægen udtalte til sagen, at patienten var blevet orienteret om, at der var taget en prøve for at udelukke infektion, og at hun fik besked på at henvende sig en uge senere med henblik på prøvesvaret, og igen efter tre måneder med henblik på en opfølgning på den nye type p-piller.

Patientklagenævnet lagde i den aktuelle sag til grund, at der forelå en klar aftale mellem patienten og lægen om, at patienten selv skulle henvende sig med henblik på podningssvaret en uge senere. Patienten bar således efter nævnets opfattelse selv ansvaret for at kontakte sin læge.

På den baggrund fandt nævnet, at lægen ikke havde overtrådt lægeloven.

Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægen havde orienteret patienten om det positive prøvesvar og igangsat behandling på det tidspunkt, hvor han erfarede, at patienten var inficeret med klamydia og ikke havde fulgt op på aftalen med lægen. Nævnet lagde vægt på, at klamydiainfektion indebærer en betydelig smitterisiko samt risiko for kronisk sterilitet.

Manglende opfølgning på anbefaling om mammografikontroller

En 57-årig kvinde klagede over, at egen læge igennem knap 6 år ikke havde fulgt op på en anbefaling om årlig palpatorisk kontrol og mammografikontrol hvert andet år.

Kvinden havde efter henvisning fra egen læge fået foretaget mammografi på en mammografiklinik i december 1989. Røntgendiagnosen var dobbeltsidig fibroadenomatose. Der blev mellem mammografiklinikken og patienten aftalt kontrol 3 måneder senere med henblik på højresidig mammografi. I juni 1989 fik patienten foretaget højresidige mammografi. Der blev ikke fundet tegn på ondartet lidelse, og der blev mellem mammografiklinikken og patienten aftalt kontrol 6 måneder senere. Kontrollen blev udført i december 1989. Undersøgelsen viste helt uforandrede forhold. Der blev igen indgået en aftale mellem mammografiklinikken og patienten om kontrol 1 år senere. Denne mammografikontrol, der nu omfattede mammografi af begge bryster, fandt sted i december 1990. Mammografien viste uændrede forhold.

Det fremgår af mammografiklinikens journal, at klinikken foreslog, at patienten skulle komme til palpatorisk kontrol hos egen læge ca. 1 gang om året og til mammografikontrol ca. hvert andet år. Notatet blev sendt til patientens egen læge.

I tiden mellem december 1990 og januar 1994 blev patienten ikke henvist til yderligere mammografikontrol, og den praktiserende læge foretog alene en palpation af patientens bryster i april 1991, da hun havde henvendt sig på grund af smerter i brystmuskulaturen. Undersøgelsen viste ingen unormale forhold.

Den praktiserende læge anførte over for Patientklagenævnet, at han havde den opfattelse, at mammografiklinikken ville indkalde patienten til de foreslåede mammografikontroller hvert andet år, fordi mammografiklinikken i 1989/1990 selv havde indgået aftaler med patienten om de 3 efterfølgende mammografier, og fordi det ikke tydeligt fremgik af journalen fra klinikken, at behandlingen af patienten var afsluttet og fremtidig kontrol overgået til egen læge.

Nævnet fandt, at patienten havde ansvaret for, at de anbefalede kontroller i forbindelse med de langsigtede screeninger blev foretaget, idet det ikke var praktisk muligt for lægen at foretage overvågning heraf. Nævnet lagde vægt på, at en normal lægepraksis er baseret på høj effektivitet med små administrationer og målrettedhed i konsultation. Der er således normalt ikke mulighed for, at den praktiserende læge gennemgår hele journalen, når en patient møder med et enkelt problem. Nævnet lagde endvidere til grund, at den praktiserende læge var af den opfattelse, at patienten var bekendt med indholdet af mammografiklinikens forslag til fremtidig kontrol.

Manglende opfølgning på mammografiundersøgelse

En 41-årig kvinde fik i 1992 foretaget en mammografi af begge bryster samt en ultralydsscanning med samtidig udtagning af en vævsprøve. Undersøgelserne viste bindevævsdannelse og småforkalkninger i højre bryst. Der blev tilrådet kontrol 1 år senere.

Efter en konsultation i februar 1994 blev patienten af sin praktiserende læge genhenvist til en fornyet mammografiundersøgelse. Lægen informerede patienten om, at hun skulle henvende sig igen for at få oplyst resultatet af undersøgelsen. Mammografiundersøgelsen blev gennemført i juni 1994, og der blev samtidig udtaget en vævsprøve. Prøverne viste, at der var en kræftknode i højre bryst. Det blev fra røntgenafdelingen anbefalet, at knuden blev fjernet, uanset svaret fra en mikroskopiundersøgelse. Omkring en uge efter undersøgelsen kontaktede patienten sin læge for at få undersøgelsesresultatet. Hun fik oplyst, at det ikke forelå endnu. Patienten var i den efterfølgende periode til flere konsultationer hos sin læge uden at få oplyst resultatet af mammografiundersøgelse. Hun var således hos lægen på et tidspunkt, hvor prøvesvaret fremgik af lægens journal.

I maj 1996 kontaktede patienten på ny sin læge på grund af smerter under højre ribbensrand samt i ryggen. Hun fortalte samtidig, at hun ikke havde fået svar på mammografiundersøgelsen fra 1994. Patienten blev dagen efter informeret om resultatet og behandlingsforslaget. Lægen anførte til sagen, at klinikken havde et journaliseringssystem, som medførte, at patienter blev kontaktet skriftligt, såfremt der ikke skete henvendelse om undersøgelsesresultater. Dette skete ikke i det konkrete tilfælde på grund af sygdoms- og sygefravær i klinikken.

Patientklagenævnet fandt, at lægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved at undlade at informere patienten om resultatet af mammografiundersøgelsen inden rimelig tid efter

undersøgelsen. Nævnet lagde vægt på, at patienten gentagne gange var til konsultation hos lægen i tiden efter mammografiundersøgelsen, første gang i august 1994, hvor prøvesvarene fremgik af lægens journal. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af røntgenafdelingens beskrivelse af mammografiundersøgelsen, at det blev anbefalet, at der uanset mikroskopisvar skete en henvisning til fjernelse af processen.

Manglende opfølgning på blodprøvesvar

En kvinde var i perioden fra januar til juli 1994 i kontakt med sin praktiserende læge fire gange. Hun oplyste til sagen, at hun ved konsultationerne oplyste at have gener i form af rysten på hænder og rysten i kroppen, svedeture og hurtig hjertebanken. Lægen tolkede det som stress eller gener, der hang sammen med overgangsalderen. Lægen oplyste til sagen, at han ikke erindrede, at patienten fremsatte sådanne klager ved konsultationerne, men at hun henvendte sig på grund af hovedpine og hoste. Hun blev behandlet med antibiotika, kontrol af blodtrykket, henvisning til røntgenundersøgelse af brystkassen samt henvisning til speciallæge i øre-næse-halssygdomme.

I september 1994 blev patienten tilset af en praksisreservelæge på grund af fortsat hovedpine. En kontrol af blodtrykket viste normale forhold, og der blev taget blodprøver med henblik på måling af blodprocent, blodsænkning, blodsukker, væsketal og stofskifte (TSH). Patienten anførte til sagen, at hun ligeledes ved denne konsultation klagede over rysten, svedtendens og hurtig hjerteaktion. Hun fik oplyst, at formålet med blodprøverne var at undersøge hendes blodsænkning. Det fremgik af sagen, at svaret på analysen af blodprøverne blev modtaget i konsultationen primo oktober 1994. Svaret viste en lav TSH-værdi på 0,15, hvilket kunne tyde på et forhøjet stofskifte.

Kort tid efter kontaktede patienten konsultationen med henblik på blodprøveresultatet og blev informeret om, at prøven var normal. Praksisreservelægen var ikke blevet kontaktet i denne forbindelse og erindrede desuden ikke at have set blodprøvesvaret, ligesom praksisreservelægen ikke så patienten i konsultationen herefter.

I november 1994 blev patienten vaccineret af sin praktiserende læge. Han omtalte ikke blodprøveresultatet. I journalen blev det noteret, at patienten stadig tog Propranolol mod rysten på hænderne. Det fremgik af journalen, at hun siden 1991 havde været i behandling med dette præparat. Lægen oplyste til sagen, at lægehusets sædvanlige procedure var den, at patienterne blev anmodet om at ringe med henblik på en orientering om resultatet af de foretagne prøver. Dette gjaldt også, når der skulle undersøges for flere forhold, således at resultaterne eventuelt kunne foreligge på forskellige tidspunkter. Resultatet kunne formidles af en sekretær, dog ikke uden konference med en læge.

Det blev senere konstateret ved undersøgelse på centralsygehus, at patienten led af forhøjet stofskifte, hvorpå hun blev sat i behandling med Thycazol.

Patientklagenævnet lagde til grund, at patienten ved konsultationerne i perioden fra januar til juli 1994 ifølge journalen fremførte symptomer i form af hovedpine og symptomer fra luftvejene. Nævnet fandt det således ikke godtgjort, at lægen i samme periode overså tegn på et forhøjet stofskifte, idet de fremførte symptomer ikke tydede herpå.

Nævnet fandt dog, at formidling gennem en sekretær – uanset at denne var instrueret om at konferere med lægen – ikke gav tilstrækkelig sikkerhed for, at patienten blev informeret fuldt ud. Patientklagenævnet bemærkede herudover, at lægen ej heller ved den første kontakt med kvinden,

efter at prøverne var ordineret, og resultaterne forelå, sikrede sig, at kvinden havde modtaget information. Nævnet fandt samlet, at lægen som den ansvarlige for behandlingen udviste manglende omhu ved behandlingen af patienten i perioden fra september til november 1994, idet den af ham beskrevne procedure ikke havde sikret, at patienten var blevet informeret om resultatet af de prøver, der blev taget.

1.3 Klager i forbindelse med malaria

Danmark oplever i disse år en stigning i antallet af importerede malariatilfælde, og sygdommen kan være yderst alvorlig.

Der er således et behov for øget agtpågivenhed over for personer, der for nyligt har opholdt sig i malaria-inficerede områder, og et stigende behov for oplysning og rådgivning i forbindelse med rejse til disse områder.

Nedenfor refereres tre afgørelser om klager vedrørende lægers undersøgelse, behandling og information i forbindelse med malaria.

Manglende diagnostik af malaria

En mand var netop hjemvendt fra Kenya og fik 5 dage senere voldsom opkastning, efterfulgt af mavekrampe. Dagen efter fik han det bedre, men de to følgende dage blev han påny dårligere med træthed og manglende appetit.

Patienten henvendte sig til lægevagten og blev undersøgt af en vagtlæge. Patienten beskrev sin sygehistorie for vagtlægen, og på vagtlægens forespørgsel forsikrede patienten, at han havde taget sin malariaprofylakse som foreskrevet. Vagtlægen forhørte sig ikke nærmere om, hvilken form for malariaprofylakse, patienten havde taget.

Vagtlægen fandt ved sin undersøgelse, at der formentlig var tale om en mave-tarm infektion (gastro-enteritis). Vagtlægen målte ikke patientens temperatur og tog ikke en blodprøve, men tilbød patienten, at han kunne blive indlagt. Patienten afslog dette tilbud, og vagtlægen opfordrede ham i stedet til at kontakte lægen påny, såfremt han igen blev dårlig og fik feber.

To dage efter undersøgelsen hos vagtlægen blev patienten indlagt. Han fik konstateret malaria og blev siden overflyttet til et større hospital.

Det viste sig, at patienten led af psoriasis og havde været bekymret for bivirkninger i forbindelse med malariaprofylaksen. Han havde derfor indtaget homøopatisk medicin som malariaprofylakse.

Patienten klagede herefter over, at vagtlægen havde undersøgt ham utilstrækkeligt og herunder, at han ikke havde taget en blodprøve.

Patientklagenævnet kunne oplyse, at malaria er en alvorlig og undertiden livsfarlig sygdom, specielt i den ondartede form: falciparum. Såfremt der under mikroskopi af de røde blodlegemer findes, at mere end 5% af disse er inficeret med falciparum parasitter, er det udtryk for, at patienten er i livsfare. Det gælder således som god klinisk standard for alle akutte infektionsprægede sygdomstilfælde hos patienter, der har været i malaria-inficerede områder de sidste 4 uger, at de skal betragtes som havende malaria, indtil andet er bevist.

Patientklagenævnet fandt i det aktuelle tilfælde, at vagtlægen ikke havde overtrådt lægeloven, fordi han var blevet vildledt af patientens oplysninger om sin malariaprofylakse. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om vagtlægen, under henvisning til patientens sygehistorie, havde indledt malariadiagnostik for eksempel ved at tage en blodprøve eller ved at indlægge på nærmeste centralsygehus med mikrobiologisk service, idet den officielt anbefalede malariaprofylakse ikke er helt sikker. Det var herunder nævnets opfattelse, at enhver læge bør kunne tage en blodprøve til diagnostik af malaria. Nævnet oplyste, at det drejer sig om at udstryge en dråbe blod på et objektglas og straks sende det til en speciallæge i mikrobiologi.

Information i forbindelse med malariaprofylakse

En mand skulle på ferierejse under primitive forhold i Nord- og Midtvietnam. Han konsulterede derfor en vaccinationsklinik med henblik på vaccination mod de tropesygdomme, der forekommer i området. Ved den sidste konsultation fik han af lægen udleveret en recept på malariaforebyggende medicin i form af Lariam, 1 tablet ugentligt. Han skulle tage tabletterne 1 uge før afrejse, under opholdet i Vietnam samt 4 uger efter hjemkomst.

Under opholdet i Vietnam fik patienten psykoser og hallucinationer, der medførte indlæggelse på lokalt hospital og siden ledsaget hjemtransport før forventet. Patienten klagede herefter over, at han i forbindelse med udleveringen af Lariam hverken fik mundtlig eller skriftlig information af lægen vedrørende bivirkningerne af Lariam.

Lægen anførte i forbindelse med sagens oplysning, at der rutinemæssigt bliver informeret både skriftligt og mundtligt om bivirkninger, herunder særligt om bivirkninger af Lariam, og at patienten således var blevet informeret både skriftligt og mundtligt om eventuelle bivirkninger af Lariam i forbindelse med udleveringen af recepten.

Patientklagenævnet fandt i det aktuelle tilfælde, at der forelå modstridende oplysninger mellem patienten og lægen om, hvilken information der var blevet givet forud for udleveringen af recepten. Der forelå ikke yderligere oplysninger i sagen, der kunne understøtte den ene forklaring frem for den anden, og da Patientklagenævnet ikke havde mulighed for at få sagen yderligere belyst, kunne nævnet således ikke vurdere, hvad der konkret var foregået. I et sådant tilfælde gælder det almindelige retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode, og efter de regler, der gælder for Patientklagenævnets virksomhed, havde nævnet ikke grundlag for at fastslå, at en overtrædelse af lægeloven havde fundet sted.

Mangelfuld information i forbindelse med malariaprofylakse

En kvinde konsulterede en epidemifdeling med henblik på vaccinationer og eventuel forebyggende medicin i forbindelse med en rejse til Ghana. Lægen gav kvinden de vaccinationer, som blev skønnet nødvendige i forhold til rejsemålet og ordinerede endvidere præparatet Lariam som malariaforebyggende medicin. Lariam blev ordineret på grund af rejsemålets beliggenhed og anbefalinger fra Statens Seruminstitut og WHO.

Det fremgik af sagens oplysninger, at Statens Seruminstitut anbefaler klorokin og proguanil som malariaforebyggelse til Ghana, med mindre særlige forhold foreligger, hvor Lariam anbefales. Under særlige forhold hører rejsens karakter, hvor der ved længerevarende individuel rejse rekommanderes Lariam som malariaprofylakse.

Lægen tolkede kvindens rejse som en længerevarende individuel rygsækrejse med intens smitteudsættelse, idet kvinden skulle rundrejse til landsbyer. Lægen anførte videre i forbindelse med sagens oplysning, at der rutinemæssigt bliver informeret om hygiejniske forhold, forebyggelsesmetoder i forhold til malaria og forholdsregler overfor seksuelt overførbare sygdomme. Ligeledes bliver brochuren "Sygdomme i Troperne" udleveret. Lægen informerede om Lariams bivirkninger, herunder specielt de neuropsykiske bivirkninger. Lægen anførte endelig, at forholdene vedrørende graviditet ikke detaljeret blev omtalt, idet kvinden rejste alene eller sammen med en kvindelig rejsepartner.

Patientklagenævnet fandt, at lægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin information til kvinden i forbindelse med behandlingen.

Nævnet fandt videre, at det altid bør overvejes, om skriftlig information bør suppleres med mundtlig information. Det var således nævnets opfattelse, at det ikke var tilstrækkeligt alene at udlevere en brochure om rejseprofylakse. Lægen burde specifikt have sagt til kvinden, at graviditet frarådes i tre måneder efter indtagelse af Lariam, og at det ikke er tilstrækkeligt alene at sikre sig, at patienten ikke er gravid på det pågældende tidspunkt.

1.4 Klager fra indsatte i fængsler og arresthuse

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i 1998 afgjort 22 klager fra indsatte i fængsler og arresthuse.

I 1997 afgjorde nævnet 23 sager og i 1996 18 sager.

Sagerne fra 1998 kan inddeles i følgende kategorier:

- nedtrapning af brug af afhængighedsskabende medicin
- afslag på medicin, akut lægetilsyn samt lænestol i forbindelse med lændesmerter
- utilstrækkelig behandling af sukkersyge
- utilstrækkelig fjernelse af tråde
- afslag på tildeling af ekstra håndklæder i forbindelse med forkølelssår på kønsorganerne
- utilstrækkelig behandling af kronisk betændt slimsæk på albuen

I det følgende refereres enkelte konkrete sager fra nogle af ovenstående kategorier.

Nedtrapning af brug af afhængighedsskabende medicin

En 37-årig mand henvendte sig til arresthuslægen, idet patienten ønskede at blive behandlet med Contalgin, Valium samt 1 Nitrazepam til natten. Som begrundelse herfor angav patienten, at han var vant til at tage dette på grund af rygsmerte efter brud på rygsøjlen 3 – 4 måneder tidligere, dårlige nerver samt søvnbesvær.

Lægen oplyste til sagen, at patienten ved konsultationen fremførte talrige smerteklager fra hele kroppen, og at han fandt, at der var et udtalt misforhold mellem patientens klager og hans upåvirkede fremtoning i øvrigt. Lægen henvendte sig derfor – med patientens accept – til egen læge, som oplyste, at patienten var medicinmisbruger og næppe havde behov for stærk smertestillende medicin.

Lægen ordinerede herefter en 7 dages Metadon-nedtrapning af den smertestillende medicin (Contalgin) samt Oxapax på grund af misbruget med beroligende medicin (Valium og Nitrazepam). Efter aftrapning ordinerede lægen smertebehandling med Voltaren suppleret med Pinex.

Patientklagenævnet fandt, at lægen sikrede en relevant sygehistorie, herunder at egen læge havde oplyst, at patienten havde et kendt misbrugsproblem.

Videre fandt Patientklagenævnet, at lægen korrekt aftrappede patientens brug af stærk smertestillende medicin (Contalgin) over 7 dage og sikrede, at patienten efterfølgende fik en anden relevant smertebehandling.

Patientklagenævnet fandt endelig, at lægen korrekt søgte at mindske patientens brug af beroligende medicin (Valium og Nitrazepam) ved i stedet at ordinere Oxapax.

Patientklagenævnet fandt sammenfattende, at lægen havde udvist omhu og samvittighedsfuldhed ved behandlingen af patienten.

Afslutningsvis oplyste Patientklagenævnet, at både Contalgin (morfin), Valium (anxiolytikum af benzodiazepingruppen) og Nitrazepam (hypnotikum af benzodiazepingruppen) er omfattet af bestemmelserne i Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 184 af 12. december 1995 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Afslag på medicin, akut lægetilsyn samt lænestol i forbindelse med lændesmerter

En 28-årig mand, der 5 år tidligere havde fået konstateret ryglidelsen Morbus Scheuermann, havde et flerårigt heroinmisbrug. I forbindelse med hans indsættelse i en arrest blev han tilset af en læge, der iværksatte en nedtrapning med metadonmikstur.

En måned senere henvendte patienten sig igen til lægen, idet han havde lændesmerter. Det var derfor vanskeligt for ham at arbejde med det arbejde, han fik tilbudt i arresten. Patienten oplyste til sagen, at han flere gange oplyste lægen om, at han ikke kunne tåle de almindelige gigtpreparater, samt at de ingen effekt havde på hans lidelse. Han anmodede derfor lægen om at ordinere Temgesic. Patienten oplyste endvidere, at årsagen til, at rygsmertene vendte tilbage, var, at han var blevet stoffri. Lægen afviste at ordinere Temgesic.

14 dage senere var patienten fortsat plaget af smerter i ryggen, hvorfor han på ny henvendte sig til lægen. Det fremgår af journalnotatet, at der ved den objektive undersøgelse fandtes muskelømhed samt spænding især i højre side. Lægen afviste fortsat at ordinere Temgesic, som ønsket af patienten, men ordinerede i stedet Paraflex med revurdering efter en uge.

Patientklagenævnet fandt, at en ordination af Temgesic var kontraindiceret i tilfælde, hvor der foreligger et stofmisbrug. Patientklagenævnet lagde vægt på, at Temgesic hører til gruppen af opioider, hvorfor der er tale om et morfinlignende præparat, og at patienten var ved at blive udtrappet af sit heroinmisbrug.

Endvidere fandt Patientklagenævnet, at lægen ved at behandle med smertestillende og muskelafslappende medicin gav patienten en behandling, som sædvanligvis benyttes i tilfælde af godartede rygsmertter.

Samlet fandt Patientklagenævnet derfor ikke anledning til at kritisere lægen for den behandling, patienten modtog i arresten.

En 28-årig mand henvendte sig i fængselslægens konsultation på grund af hyppige små vandladninger og lændesmerter. Han havde tillige fornemmelse af, at han ikke kunne tømme blæren. Lægen var ikke i konsultationen, men blev kontaktet telefonisk af sygeplejersken.

Patienten havde samme måned inden for en uge henvendt sig 3 gange hos lægen på grund af lændesmerter og blod i urinen. Der blev foretaget urindyrkning samt såkaldt stixundersøgelse for proteiner, blod og sukkerstoffer. Samtlige undersøgelser viste normale forhold.

Lægen blev i telefonen oplyst om sygehistorien, herunder at de tidligere udtagne blodprøver, til vurdering af blandt andet nyrefunktionen, var normale. På denne baggrund vurderede lægen, at der ikke var behov for akut tilsyn. Såfremt tilstanden blev forværret, tilrådede lægen dog, at en anden af fængselslægerne eller eventuelt en vagtlæge blev tilkaldt, idet han selv var forhindret i at give møde.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere, at lægen ikke foranledigede akut lægetilsyn, idet der i den forudgående periode var foretaget relevante blod- og urinprøver set i forhold til patientens symptomer. Disse undersøgelser var alle normale, og de aktuelle symptomer var ikke væsentligt anderledes end tidligere.

Videre var det Patientklagenævnets vurdering, at lægen korrekt instruerede fængselspersonalet i, at der skulle tilkaldes en anden læge, hvis symptomerne forværredes.

Utilstrækkelig behandling af sukkersyge

En 35-årig mand med sukkersyge og kronisk bugspytkirtelbetændelse, der var blev behandlet utallige gange på sygehus, blev indsat i en arrest. Ifølge klagen blev han ikke behandlet tilstrækkeligt af arresthuslægen, idet der blev ændret på hans medicin og ordineret fuldkost i stedet for diæt.

Ved indsættelsen blev der noteret i journalen, at patienten oplyste, at han havde en dårligt reguleret sukkersyge med højt blodsukker. Det fremgik endvidere af journalen, hvilken insulin han blev behandlet med, og der blev lagt en kostplan. Det blev noteret, at patienten selv målte blodsukkeret flere gange om dagen, og at han selv behandlede sin sukkersyge med Novopen.

Dagen efter indsættelsen ordinerede arresthuslægen smertestillende tabletter i form af Nobligan 50 mg x 3 efter behov i nogle dage.

I den efterfølgende weekend blev patienten tilset af lægevagt flere gange, som behandlede ham med injektioner med Ketogan.

Herefter blev der ordineret nedtrapning med Catapresan, og den smertestillende behandling bestod herefter fortsat af Nobligan kombineret med Pinex.

4 dage efter indsættelsen blev patienten indlagt på sygehus, idet han havde indtaget 60 enheder Actrapid ekstra udover den sædvanlige insulin, og han kunne kun spise sparsomme mængder mad. Han blev under indlæggelsen behandlet med stærk smertestillende medicin i form af Duralgin 60 ml

x 4. Indikationen herfor fremgik ikke af sygehusjournalen. Han blev udskrevet til arresten 3 dage senere.

Behandlingen med Duralgin blev erstattet med behandling med Nobligan. Dagen efter udskrivelsen ville patienten ikke tage sin insulin, fordi han ønskede, at blodsukkeret skulle stige, så han kunne blive indlagt og få morfin. Ifølge journalen blev insulinpennene taget fra ham fire dage efter udskrivelsen, og der blev i stedet dagligt udleveret det ordinerede antal enheder insulin med sprøjte og kanyle.

To dage senere blev der ifølge journalen ændret i kostplanen, da patienten havde insulinføling nogle gange. Kostplanen blev ændret således, at der blev reduceret fra 16.000 KJ til 9.000 KJ og ændret til fuldkost fra fedtfattig skånekost.

1½ måned senere var kostplanen igen 16.000 KJ og fedtfattig skånekost. Ifølge arresthuslægen blev kostplanen udarbejdet sammen med patienten ud fra dennes oplysninger om indholdet af diæten. Planen blev endvidere løbende justeret efter patientens eget ønske.

Patientklagenævnet fandt, at sukkersyge er en sygdom, hvor patienternes medspil er særdeles nødvendigt. De fleste, der lider af sukkersyge, er således i stor udstrækning egnede til at tage vare på deres egen medicinering samt tilrettelæggelse af kost. Er der derimod ikke vilje til at tage vare på behandlingen, kan dette give alvorlige følger.

I dette tilfælde var kostplanen tilrettelagt sammen med patienten, der endvidere selv varetog behandlingen af sukkersygen med insulin. Efter det oplyste misligholdt han imidlertid denne behandling, hvorefter personalet i arresten efter Patientklagenævnets opfattelse korrekt greb ind og sikrede udlevering af den ordinerede insulinmængde. Der blev desuden ændret i insulindosering og i kostplanerne, hvilket nævnet ikke fandt anledning til kritik af. Endelig blev der korrekt rådgivet om risikoen ved bevidst at misligholde behandlingen af sukkersygen.

På denne baggrund fandt Patientklagenævnet ikke holdepunkter for, at arresthuslægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin behandling af patienten.

2. KLAGER I FORBINDELSE MED ANÆSTESI OG INTENSIV BEHANDLING

Patientklagenævnet har i 1998 behandlet 47 sager, der vedrørte klager over anæstesilæger. Der blev givet kritik til 3 læger. Klagerne omhandler blandt andet anæstesi under operation, overvågning efter operation, intensiv behandling samt smertebehandling.

Nedenfor refereres nogle typiske sager inden for det anæstesiologiske arbejdsområde. Der omtales alene nævnets vurdering af anæstesilægerne.

Klage over mangelfuld observation og smertebehandling

En 65-årig mand blev efter en trafikulykke i bil indlagt på skadestuen på et sygehus. Ved indlæggelsen blev der ved røntgenundersøgelse konstateret brud på flere ribben på højre side og

højresidig fortætning på røntgenundersøgelse af lungerne, hvilket blev taget som udtryk for kvæstelse af lungen. Herudover fandtes dobbeltsidigt bækkenbrud. Lægen vurderede, at bækkenbruddet var stabilt, og at der ikke umiddelbart var ortopædkirurgisk behandlingskrævende forhold, hvorefter patienten blev henvist til parenkymkirurgisk læge.

Den parenkymkirurgiske læge fandt ved undersøgelse af patienten, at bugvæggen var blød uden muskelværn, og at det kunne gennemføres uden smerteklager. Patienten var øm i begge flanker, hvor der ikke blev observeret dæmpning. Der blev anlagt blærekateter. Kateteret fungerede primært med klar urin, men senere med blodtilblandet urin.

Det blev besluttet, at akut CT-skanning ikke var indiceret, men at patienten skulle observeres med puls og blodtryksmåling.

Patienten blev tilset om natten. Den kliniske undersøgelse viste ikke nogen væsentlig ændring, men man fandt, at der var sket et fald i blodprocenten fra 8,3 ved indlæggelsen kl. 17.50 til 5,6 kl. 21.50. På baggrund heraf blev der givet blodtransfusion. Ydermere fremgik det af laboratorieskemaet, at der var sket en stigning i se-kreatinin, hvilket er et udtryk for påvirkning af nyrefunktionen. Der var normal urinproduktion.

Dagen efter blev patienten undersøgt af en afdelingslæge fra ortopædkirurgisk afdeling. Han gennemså røntgenbilledet af bækkenet fra indlæggelsesdagen og skønnede, at kvaliteten af billedet var dårlig, hvorfor han ordinerede et nyt samme dag. Han vurderede, at der ikke forelå brud eller ledscred svarende til korsben eller dettes led med bækkenvingen, hvorfor han ordinerede mobilisering af patienten.

Det fremgår af sagen, at patientens tilstand blev bedret i dagene efter indlæggelsen. Den 6. indlæggelsesdag havde han feber. Der blev observeret blod i afføringen den 7. indlæggelsesdag. Den 8. dag var han mobiliseret og spiste og drak fint. Han var godt smertedækket, og der havde været gang i maven.

Den 10. indlæggelsesdag fik lægerne klinisk mistanke om en endetarmslæsion, da der blev observeret luft i underhuden svarende til ben og lysk. De relevante undersøgelser, CT-skanning og røntgenkontrastundersøgelse af endetarmen blev foretaget akut. Undersøgelsen viste, at der var kon-

trastudløb gennem et lille hul i endetarmen, og der blev korrekt foretaget akut operation. Operationen blev udført i overensstemmelse med sædvanlig praksis.

Patienten var i indlæggelsesperioden indlagt på anæstesiologisk-intensiv afdeling, hvor undersøgelse og behandling foregik som et samarbejde mellem de forskellige specialer. Intensivlægerne havde det daglige ansvar, og patienten blev tilset af de øvrige relevante specialafdelinger.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev undersøgt i tilstrækkelig grad under indlæggelsen, og at han først blev scannet 9 dage efter trafikulykken.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af lægerne på anæstesi-intensiv afdeling for behandlingen af patienten, idet han fra indlæggelsen blev observeret og behandlet omhyggeligt. Man var fra starten

opmærksom på, at god smertebehandling på grund af de mange ribbensbrud var vigtig for at undgå, at patientens vejrtrækning blev så dårlig, at respiratorbehandling ville blive nødvendig. Vejrtrækningen blev løbende overvåget ved måling af blodets iltindhold og ved kliniske undersøgelser, suppleret med røntgenundersøgelse af lungerne.

I øvrigt fandt nævnet, at indgift af væske og ernæring blev omhyggeligt planlagt og dokumenteret. Nyrernes funktion blev kontrolleret ved daglige laboratorieundersøgelser og måling af urinproduktion.

Endelig fandt nævnet, at både stamafdelingen, parenkymkirurgisk afdeling, ortopædkirurgisk afdeling og mikrobiologisk afdeling blev involveret i relevant omfang. Da patientens tilstand blev dramatisk forværret, foregik bestræbelserne på udredning og behandling i et efter beskrivelsen velfungerende samarbejde mellem de nævnte afdelinger.

Nævnet kunne oplyse, at det er velkendt, at en blodansamling i bækkenet og bag bughinden som følge af bækkenbrud kan føre til forbigående ophør af tarmfunktion, hvorfor det var forståeligt, at der gik en uge før patienten havde afføring. Tilstanden begrundede ikke specielle diagnostiske eller behandlingsmæssige tiltag.

Klage over mangelfuld intensiv behandling

En 28-årig kvinde, som var 2. gangsfødende, blev indlagt på sygehus med veer. Livmodermunden var ved indlæggelsen 3 cm åben. Hun fik presseveer kl. ca. 11.30. Da jordemoderen prikkede hul på fosterhinderne sås det, at fostervandet var tykt og grønt. Jordemoderen lyttede til fosterets hjertelyd med træstetoskop og fandt denne god efter hver af de følgende effektive presseveer. 13 minutter efter vandafgang fødte kvinden en dreng på 4150 gram. Han skreg straks efter fødslen. Han blev suget med jordemodersug fra næse, svælg og mave. Han fik Apgar Score 9 efter 1 minut og 9 efter 5 minutter.

Patienten anførte overfor jordemoderen, at hun ikke syntes, at drengen skreg ordentligt. Jordemoderen vurderede dog, at han var i velbefindende med gode farver og reflekser, og opfordrede faderen til at slå drengen under fødderne for at få ham til at skrigere mere.

Efter undersøgelse med længde- og vægtmåling blev drengen påvirket med grå kulør og nedsat muskelkraft. Han blev atter suget med jordemodersug, hvorved der kom grønt fostervand. Samtidig blev læge og anæstesi-personale tilkaldt.

Ca. kl. 12.40 kom anæstesi-overlæge A tilstede. Derudover blev anæstesi-overlæge B tilkaldt til fødeafdelingen på grund af barnets dårlige respiration. Da overlæge B kom tilstede, var barnet lagt i kuvøse, og anæstesisygeplejerskerne var i gang med at ventilere og suge barnet. Der sugedes flere gange tykt grønt fostervand op. Umiddelbart herefter intuberedes barnet i første forsøg, og blev ventileret med ilt. Iltmætningen blev kl. 13.00 målt til 60%. Herefter blev der suget yderligere grønt fostervand op, og der blev givet penicillin 100.000 enheder i en vene.

I en udtalelse til sagen oplyste overlæge B, at han og overlæge A var tilstede under behandlingen, at barnet blev intuberet af en anæstesisygeplejerske, og at det ved stetoskopi af lungespidserne opadtil og nedadtil på begge sider sikredes, at tuben var korrekt placeret. De observerede, at brystkassen bevægede sig ensartet på begge sider. Han oplyste endvidere, at tuben blev fikseret, og

at han i øvrigt igen før transporten til et andet sygehus kontrollerede med stetoskop, at tuben var korrekt placeret.

Herefter var barnets kulør god, og bevægelserne pæne. Der kom dog straks indtrækninger, når man forsøgte at overlade vejrtrækningen til barnet selv.

Det blev herefter besluttet, at barnet skulle overføres til et andet sygehus. Den første ambulance, som ankom til sygehuset, var ikke egnet til transport af en kuvøse, hvorfor en anden blev rekvireret kl. 13.25. Ventetiden forsinkede transporten til det andet sygehus. I ventetiden lå barnet i kuvøse og blev ventileret med ilt og suget fra luftrøret. Hjerteraktionen var i hele forløbet stabil. Ambulancen afhentede barnet, og kørte det til intensiv afdeling på det andet sygehus. Barnet blev ledsaget af to anæstesisygeplejersker, og var, under transporten, under fortsat behandling med ventilation. Under transporten blev der lyttet på hjerte og puls. Drengen reagerede sløvt, men bevægede arme og ben normalt. Muskelkraften blev fundet god, og han havde pæne farver. Hjerterytme ved EKG (elektrokardiogram), og iltmætning blev løbende kontrolleret. Han blev suget en gang under transporten. Iltmætningen var under hele ambulancetransporten mellem 70 og 75%.

I sin udtalelse til sagen oplyste overlægen, at der ved transport med anæstesisygeplejerskeledsagelse altid er en læge med fra stamafdelingen. På grund af akut sygdom hos en 1. reservelæge var det ikke mulig i den pågældende situation, at der fulgte en læge med. Overlægerne var enige om, at de varetog vagten på sygehuset, og de lod to erfarne anæstesisygeplejersker være med under transporten.

Barnet blev senere overflyttet til et tredje sygehus til yderligere intensiv behandling. Der var svære lungeforandringer som følge af det grønne fostervand i lungerne, og barnet fik siden påvist en hjerneblødning.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik af overlægerne på anæstesiaafdelingen for deres behandling af den nyfødte dreng ej heller af, at der i den pågældende situation medfulgte to erfarne anæstesisygeplejersker.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at da overlægerne fra anæstesiaafdelingen kom tilstede, var der indledt håndventilation af barnet samt målt iltmætning. Da barnet blev dårligere, blev der foretaget intubering og sugning fra luftrøret og lungerne. Barnet behandledes desuden med penicillin for at forebygge en infektion.

Patientklagenævnet har endvidere lagt vægt på, at overlægen besluttede at overflytte barnet til neonatalafdelingen på et andet sygehus, da barnets tilstand ikke rettede sig.

Vedrørende informationen om barnets tilstand fandt Patientklagenævnet, at personalet på sygehuset, på tidspunktet for beslutningen om overflytning til det andet sygehus, ikke havde mulighed for at vurdere, hvor alvorlig situationen var, eller hvordan den ville udvikle sig. Patientklagenævnet fandt på denne baggrund ikke anledning til kritik af, at moderen ikke blev informeret mere indgående.

Klage over operation i rygmarvsbedøvelse

En 76-årig kvinde blev på et sygehus opereret for blindtarmsbetændelse.

Man havde forinden valgt at overflytte hende fra et mindre sygehus til et større, fordi hun havde kronisk lungesygdom og overvægt, som kunne medføre behov for intensiv behandling efter operationen.

Der blev planlagt akut operation.

Der blev foretaget anæsthesitilsyn forud for operationen. Patienten var da moderat til svært påvirket af sin kroniske bronkitis og astma. Rygmarvsbedøvelsen blev foretaget umiddelbart før operationen.

Operationen gennemførtes uden tekniske problemer og med et stabilt kredsløb hos patienten. Ved operationen fandt man en betændt og bristet blindtarm og behandlede efterfølgende med sædvanlig kirurgisk teknik samt antibiotika mod den beskrevne betændelse i bughulen.

Efter operationens afslutning blev patienten observeret på intensiv afdeling. Overlægen ordinerede kl. 03 i journalen postoperativ behandling, herunder smertebehandling ved infusion af lokalbedøvelsesmiddel (Naropin) og morfin i epiduralkateteret.

Ved MR-skanning 2 dage efter operationen fandt man, at den nederste del af rygmarven (conus) var beskadiget som følge af nedsat eller ophævet blodtilførsel til det pågældende område.

Der var klaget over, at den ansvarlige for bedøvelsen - som foregik ved indstik i rygmarven - ramte forkert og ødelagde en eller flere rygmarvsnerver, samt at patienten efter operationen var lammet fra navlen og nedefter.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var anledning til kritik af anæstesilægenes behandling af patienten.

Da der var risiko for lungeproblemer med mulig respiratorbehandling efter operationen, fandt nævnet, at det var korrekt at søge bedøvelsen gennemført som epidural- og spinalbedøvelse dvs. indsprøjtning af lokalbedøvende medikamenter uden for rygmarvens hinder samt i rygmarvskanalen.

I såvel journal som i overlægens udtalelse var det anført, at patienten fik dette forklaret. Patientklagenævnet fandt derfor, at patienten fik tilstrækkelig information om bedøvelsesmetoden.

Nævnet fandt, at anlæggelse af spinalanalgesi og epiduralkateter foregik i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Nævnet lagde vægt på, at ifølge journalen og udtalelsen fra overlægen blev der anvendt gængse lægemidler i sædvanlige doseringer, samt at bedøvelsen var velfungerende under operationen, og at der på intet tidspunkt var perioder med unormalt lavt blodtryk.

Patientklagenævnet kan oplyse, at ophævelse af blodtilførslen gennem de blodkar, der forsyner den forreste del af rygmarven, er en sjælden, men velbeskrevet komplikation i forbindelse med store operationer på f.eks. legemspulsåren. Komplikationen er ekstremt sjælden i forbindelse med andre operationer, f.eks. blindtarmsoperation, men den kan opstå, uden at man ved hvordan.

Nævnet fandt på baggrund af operationsbeskrivelsen, at operationen foregik i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Ifølge operationsbeskrivelsen og udtalelsen fra den opererende kirurgiske overlæge blev operationen gennemført ukompliceret med den givne bedøvelse.

Klage over vanskelig bedøvelse

En 48-årig mand kom til skade med venstre ben ved et trafikuheld. Det blev først besluttet at behandle konservativt med bandage, men 5 dage efter ændredes dette, idet der fandtes indikation for operativ behandling.

Operationen blev planlagt til 3 dage senere. Dagen før operationen havde patienten en samtale med overlæge A, om hvilken type bedøvelse, der skulle anvendes ved operationen.

Patienten anførte, at det ved denne samtale blev aftalt, at der skulle anvendes helbedøvelse, idet rygmarvsbedøvelse ikke var mulig på grund af hans dårlige ryg. Overlægen anførte, at han ikke havde nogen præcis erindring om, hvad der blev drøftet, men at det var sædvanligt, at der på basis af journalen og samtalen med patienten aftales en bedøvelsesform og oplyses om forventede påvirkninger og komplikationsmuligheder.

I anæsthesijournalen noterede overlæge A, at han foreslog rygmarvsbedøvelse.

Patientklagenævnet fandt, at overlæge A ved anbefaling af rygmarvsbedøvelse foretog et korrekt skøn på baggrund af samtalen med patienten.

Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om overlæge A havde noteret i journalen, at spørgsmålet om bedøvelsesform havde været drøftet med patienten, særligt under hensyntagen til, at der forelå særlige forhold omkring bedøvelsen og valget af bedøvelsesform.

Overlæge B, der forestod bedøvelsen, anførte, at han blev orienteret om, at patienten var informeret om vanskelighederne ved at indlægge en slange i hans luftrør (intubere) på sædvanlig vis ved helbedøvelse, og at patienten var informeret om muligheden for at forsøge med rygmarvsbedøvelse uanset de kendte vanskeligheder ved dette. Overlæge B anførte, at han efter denne orientering havde opfattelse af, at spørgsmålet om valg af bedøvelsesform var overladt ham i samråd med patienten.

Patienten anførte, at overlæge B forsøgte rygmarvsbedøvelse, selvom patienten protesterede mod dette.

Overlæge B anførte, at han foretog en undersøgelse af patienten, hvor han fandt, at det ikke ville være muligt at intubere normalt. Han tilbød derfor en rygmarvsbedøvelse, hvilket patienten accepterede, at man forsøgte.

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik af, at overlæge B først forsøgte med rygmarvsbedøvelse, idet der på forhånd kunne imødeses tekniske vanskeligheder ved en helbedøvelse, og idet en sådan kunne indebære en vis risiko på grund af problemet med intubation.

Efter at have forsøgt indstik 2 gange mellem henholdsvis 3. og 4. lændehvirvel og mellem 2. og 3. lændehvirvel, måtte overlægen opgive at anlægge rygmarvsbedøvelse, efter at patienten havde bedt om, at der ikke blev forsøgt yderligere.

Det blev herefter aftalt, at patienten skulle i fuld narkose, idet luftvejene først skulle sikres ved anlæggelse af en luftslange, hvilket ikke kunne gøres på almindelig vis (direkte laryngoskopi), men måtte gøres ved hjælp af et kikkertinstrument (fiberbronkoskop).

Patienten anførte, at han havde ubehag ved nedlæggelsen af luftslangen, og at han fik forskellige beskeder fra overlæge B om først at undgå at hoste, og senere netop at hoste, for at slangen kunne passere hans stemmelæber.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere overlægens anlæggelse af helbedøvelsen, herunder nedføring af luftslangen (intubation) med kikkertinstrument, idet dette blev udført i overensstemmelse med sædvanlig praksis.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke var muligt at nedlægge luftslangen med den normalt anvendte teknik på grund af nedsat bevægelighed omkring patientens kæbe og hals.

Nævnet var opmærksom på de forskellige opfattelser af forløbet, som henholdsvis patienten og overlægen havde haft. Der forelå ikke yderligere oplysninger i sagen, der kunne understøtte den ene opfattelse frem for den anden, og nævnet havde ikke mulighed for at få sagen yderligere belyst. Patientklagenævnet kunne således ikke vurdere, hvad der præcist var foregået.

I et sådant tilfælde gælder det almindelige retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode.

Efter de regler, der gælder for Patientklagenævnets virksomhed, havde nævnet herefter ikke grundlag for at fastslå, at en overtrædelse af lægeloven havde fundet sted.

Klage over lejring

I nedenstående sag var det anæstesilægen, der var ansvarlig for lejring af patienten ifølge de interne regler på afdelingen. Ansvar for lejring af patienten kan påhvile forskellige personalegrupper, og ansvaret for lejringen aftales på den enkelte afdeling.

En 44-årig kvinde blev indlagt på en neurokirurgisk afdeling, med tegn på diskusprolaps.

Ved operationen, som inklusive bedøvelsen varede fra kl. 12.50 til kl.14.00, var kvinden lejret i bugleje efter anæstesi- og neurokirurgisk afdelings sædvanlige procedure. Der blev hverken under operationen eller efter denne observeret eller noteret noget om problemer eller komplikationer. På anæstesiskemaet var det noteret, at patienten var overvægtig.

Et par dage efter tilbageflytningen til det lokale sygehus fik kvinden en smertende føleforstyrrelse på ydersiden af højre lår. Senere undersøgelser har ikke kunnet udelukke, at føleforstyrrelsen kunne være forårsaget af en trykbetinget påvirkning af den specifikke perifere nervegren til højre ben.

Patientklagenævnet fandt på det foreliggende, at der ikke var grundlag for kritik af anæstesilægen i forbindelse med lejringen af kvinden ved operationen.

Nævnet lagde herved vægt på, at kvinden under operationen blev lejret efter sædvanlig procedure på anæstesiologisk afdeling.

Nævnet fandt i øvrigt denne lejningsprocedure i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Kvinden var således under operationen lejret i bugleje med anvendelse af puder til polstring. De konstaterede føleforstyrrelser fandt nævnet således måtte opfattes som hændelige komplikationer, der ikke kunne tilskrives manglende omhu i forbindelse med lejringen.

Nævnet kunne i øvrigt oplyse, at kvindens overvægt ikke i sig selv betød særlige forholdsregler, idet der i alle tilfælde vil blive udvist særlig omhu, når en patient lejres i bugleje.

3. KLAGER I FORBINDELSE MED HJERTE- OG KREDSLØBSSYGDOMME

Patientklagenævnet har i 1998 truffet en række afgørelser, der vedrørte behandling i forbindelse med hjerte- og kredsløbssygdomme. Nedenfor refereres fem af afgørelserne.

Behandling med blodpropopløsende og blodfortyndende medicin på mistanke om blodprop i hjertet

En 64-årig mand blev indlagt akut, da han havde udviklet kraftige smerter af trykkende karakter tværs over brystet med udstråling til halsen. Patienten havde endvidere åndenød, svedudbrud og var utilpas. Ved modtagelsen på sygehuset oplyste han, at han 3-4 dage tidligere havde haft et lignende tilfælde af almen utilpashed udløst af anstrengelse med sovende fornemmelser i højre arm. Han oplyste endvidere, at han siden 1992 havde været behandlet med Magnyl 150 mg dagligt, da lægerne under en indlæggelse havde haft mistanke om, at han havde haft en blodprop i hjertet.

Reservelægen, der undersøgte patienten ved indlæggelsen, mistænkte, at der var tale om en blodprop i hjertet og iværksatte behandling med blodpropopløsende og blodfortyndende præparater.

Behandlingen havde imidlertid ikke den ønskede virkning, og mistanken om blodprop i hjertet blev afkræftet. Der var herefter mistanke om akut betændelse i hjertesækken. To dage senere fik patienten hjertestop, og genoplivning var forgæves. Efter dødens indtræden blev der foretaget en ekkokardiografisk undersøgelse, hvorved der fandtes en stor ansamling i hjertesækken. Døden mentes herefter at være forårsaget af en akut indsættende, voldsom blødning. Patientens første symptomer måtte derfor være udløst af en bristning på legemspulsåren (dissikerende aortaaneurisme). Den efterfølgende obduktion bekræftede denne diagnose.

Patientklagenævnet kan oplyse, at en bristning af legemspulsåren er en sjælden tilstand, som normalt angives at optræde med en hyppighed på 5-20 per million indbygger, svarende til 25-100 tilfælde per år i Danmark. Den mest almindelige differentialdiagnose er akut blodprop i hjertet, som er en meget almindelig sygdom med ca. 18.000 tilfælde pr. år i Danmark. Andre differentialdiagnoser er ustabil angina pectoris (svære brystsmerter på grund af truende blodprop i hjertet), lungeemboli (blodprop i lungerne), mavesår og betændelse i hjertesækken. I nogle tilfælde kan der optræde specifikke fund, som skal henlede mistanken på dissikerende aortaaneurisme, herunder eksempelvis utæt aortaklap eller pulsforskelle på armene eller benene.

Nævnet kan oplyse, at store undersøgelser har vist, at patienter med typiske smerter for akut blodprop i hjertet (AMI) og særlige forandringer i ekg (ST-elevation eller grenblok) får dødeligheden reduceret med omkring 25%, hvis der akut behandles med blodfortyndende og blodpropopløsende medicin.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at der blev foretaget en ekg-undersøgelse, som viste mindre ST-elevation i de midterste prækordiale afledninger. Der blev ikke fundet hørlige mislyde ved stetoskopi af hjerte og halspulsårer. Der var endvidere god puls i begge lyskereioner.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at de såkaldte coronarenzymer ikke var fundet forhøjet, efter at blodprop i hjertet var afkræftet, at en ekkokardiografisk undersøgelse ikke viste væske i hjertesækken, samt at de forandringer, der var påvist ved ekkokardiografi, kunne forklares ved patientens sygehistorie fra 1992. Endelig lagde nævnet vægt på, at patienten ikke havde fået nye symptomer, der burde afkræfte den formodede diagnose om betændelse ved hjertesækken.

Patientklagenævnet fandt herefter ikke at kunne kritisere, at reservelægen på grundlag af patientens subjektive klager, de kliniske og parakliniske undersøgelsesfund og de elektrokardiografiske forandringer fandt, at patienten havde en blodprop i hjertet, og derfor indledte behandling med blodpropopløsende og blodfortyndende præparater.

Patient på venteliste til ballonudvidelse

En 52-årig mand fik foretaget ekg-undersøgelse, som viste, at han havde haft en blodproppdannelse i hjertets forvæg. Koronararteriografi blev udført ca. 5 måneder senere og viste, at en af kranspulsåregrenene var helt tillukket, og at to sidegrene hertil var forsnævrede.

På grundlag af fundene blev patienten tilbudt ballonbehandling af den nedadstigende forreste kranspulsåregren. Det blev oplyst, at der for patienten ville være en ventetid på 1-2 måneder. Det blev vurderet, at patienten var en lavrisikopatient, og patienten blev informeret om, at han kunne fortsætte med at udøve fysiske aktiviteter.

I den efterfølgende periode blev patienten kontrolleret flere gange hos egen læge, hvor blodtrykket blev fundet noget lavt. Det fremgår af egen læges journal, at der var øget hjertekrampe. Patienten døde få dage efter sidste kontrol hos egen læge. Efterfølgende hospitalssektion viste, at der var en frisk blodproppdannelse i hjertet.

Patientklagenævnet oplyste, at sygdommene ved koronararteriografi normalt inddeles i 3 grupper, afhængig af, om der er forsnævninger i 1, 2 eller alle 3 kranspulsårer. Endelig tales om hovedstammestenose, hvis der er forsnævring på venstre kranspulsåres hovedstamme.

Nævnet lagde vægt på, at koronararteriografien hos denne patient viste 1 karssygdom, hvilket vil sige sygdom svarende til nedadgående forreste kranspulsåregren og dennes sidegrene. Der blev angiveligt ikke påvist sygdom i de to øvrige kranspulsåregrene.

Det kunne oplyses, at det for patienter med påvist 1 karssygdom, og som samtidig er i stabil fase, er normal praksis i Danmark, at der ikke udføres ballonudvidelse af kranspulsåren i forbindelse med koronararteriografien. Lidt afhængigt af hvorledes de forskellige afdelinger har organiseret sig, udføres ballonudvidelsesproceduren enten senere inden for samme indlæggelse eller ved en senere indlæggelse.

Patientklagenævnet fandt således, at den for den pågældende patient planlagte procedure svarede til, hvad der er almindelig praksis i Danmark.

På grundlag af sygehistorien, de ved undersøgelsen konstaterede fund, samt de ved koronararteriografien påviste forandringer, fandt Patientklagenævnet, at der ikke kunne stilles krav om, at lægerne skulle have gennemført yderligere undersøgelser.

For så vidt angår holdningen til fysisk aktivitet, når man har hjertesygdom, oplyste nævnet, at denne på baggrund af en række undersøgelser havde ændret sig betydeligt igennem de senere år. Det er således blevet almindelig praksis i Danmark, såvel som mange steder i udlandet, at man tillader et fysisk aktivitetsniveau op til symptomgrænsen. Dette gælder i særlig grad patienter, der vurderes som såkaldt "lav-risiko patienter", men gælder også i nogen grad patienter med højere risiko afhængig af, hvad type underliggende hjertesygdom, der er tale om.

Patientklagenævnet fandt således ikke anledning til kritik af, at lægen meddelte patienten, at han kunne fortsætte med sportslige aktiviteter i den udstrækning, det ikke gav symptomer.

Observation efter supplerende behandling med Rytmonor

En 76-årig kvinde blev tilbudt implantering af en pacemaker, da hun havde episoder med for hurtig hjerterytme. Indgrebet forløb problemfrit. På grund af for hurtig hjerterytme efter indgrebet blev Sotacor dosis øget, og der blev tillige iværksat behandling med Rytmonor. To dage efter indgrebet blev kvinden udskrevet af en 1. reservelæge. Observationen havde vist pæn hjerterytme om morgenen på udskrivningsdagen, og overvågningsrapporten viste, at pacemakere var velfungerende. Dagen efter udskrivelsen blev patienten genindlagt, da hun var koldtsvedende og havde lavt blodtryk.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at der dagen efter indgrebet blev konstateret en ny type for hurtig hjerterytme, hvorfor den igangværende behandling med Sotacor blev øget dagen inden udskrivelsen. Det blev samtidig noteret i journalen, at kvinden skulle observeres for effekten af denne behandling i 3 – 4 døgn, og at pacemakere skulle efterses. Endvidere lagde nævnet vægt på, at der om aftenen inden udskrivelsen yderligere var påbegyndt en ny antiarytmisk behandling med Rytmonor (et klasse IC antiaryticum).

Patientklagenævnet fandt, at 1. reservelægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, idet patienten ikke burde have været udskrevet dagen efter påbegyndt Rytmonor-behandling, da den iværksatte behandling og det hidtidige sygdomsforløb gjorde det nødvendigt med en længerevarende observation.

Nævnet fandt endvidere, at risikoen for et forstadie til uregelmæssig hjerteraktion (proarytmi) er velkendt ved anvendelse af Rytmonor behandling ved blandt andet iskæmisk hjertesygdom og sædvanligvis kræver flere døgn konstant observation (telemetri) inden udskrivning. Kvinden burde derfor have været observeret i ikke under 3 døgn, idet hun også var i behandling med Sotacor, som i sig selv indebærer en risiko for forstadie til uregelmæssig hjerteraktion. Endelig fandt nævnet, at kombinationen af Sotacor og Rytmonor er usædvanlig.

Behandling med Ticlid i forbindelse med indsættelse af stent

Indsættelse af stent i forbindelse med ballonudvidelse af kranspulsårer er blevet en relativt almindelig procedure på hjertemedicinske (kardiologiske) afdelinger. En stent er et lille metalgitter, som spændes op inde i åren, så den forbliver åben. Der indsættes i Danmark stent ved mere end 2/3 af alle ballonudvidelser af kranspulsårer. De mest almindelige anerkendte indikationer for indsættelse af stent er dels, at der ikke opnås tilfredsstillende resultater ved selve ballonudvidelsen,

dels at forsnævringerne er langstrakte og endelig i de tilfælde, hvor der i forbindelse med ballonudvidelsen kommer udvridning i karret.

Det er almindeligt at påbegynde behandling med præparatet Ticlid dagen før indgrebet, hvis der er mulighed for, at der skal indsættes en stent. Behandlingens varighed er ca. 1 måned efter stentimplantationen.

Ticlid er et lægemiddel, som hæmmer blodpladernes evne til at klumpe sammen og danne blodpropper. Præparatet er meget effektivt til at forhindre, at der kommer blodproppdannelse, hvor stenten er placeret. Det er dokumenteret, at man med Ticlid-behandling kan erstatte den tidligere anvendte blodfortyndende behandling (AK-behandling). Den tidligere anvendte AK-behandling havde dels flere komplikationer, og dels medførte den længere indlæggelse. Dette er baggrunden for, at man de fleste steder har valgt at skifte til Ticlid-behandling.

Ticlid er ikke registreret i Danmark, men anvendes over en stor del af den vestlige verden i forbindelse med stentindsættelse. Den enkelte specialafdeling skal søge om tilladelse i Lægemiddelstyrelsen til at anvende præparatet hos den pågældende kategori af patienter.

Akutte bivirkninger til Ticlid er sjældne, hvorfor der ikke gives en testdosis eller prøvedosis af præparatet, før behandling påbegyndes. De almindeligste bivirkninger til Ticlid er let øget blødningstendens, mavebesvær med utilpashed eller diarré og hududslæt. I sjældne tilfælde kan dannelsen af hvide blodlegemer og blodplader i knoglemarven hæmmes. Når der tilbydes behandling med indsættelse af stent samt behandling med Ticlid, skal patienten informeres om forhold, som må anses for væsentlige for patientens stillingtagen til behandlingen, herunder nærliggende risiko for alvorlige komplikationer eller bivirkninger.

Nedenfor refereres to afgørelser, der omhandler behandling med Ticlid.

• Information om indgreb og behandling

En 65-årig mand havde forsnævring af højre kranspulsåres forgreninger og blev opereret med ballonudvidelse af kranspulsåren med indsættelse af stent.

Det fremgår af journalen, at patienten dagen inden operationen blev informeret om daglig indtagelse af Magnyl, ligesom han blev informeret om og accepterede behandling med Ticlid, hvis der skulle indsættes stent. Det fremgår endvidere af journalen, at patienten blev informeret om indgrebet og de mulige komplikationer i forbindelse hermed. Herudover fremgår det af et journalnotat fra en telefonisk henvendelse kort efter udskrivelsen, at patienten erkendte at have modtaget afdelingens informationskrivelse om behandling med Ticlid.

Ballonudvidelsen med indsættelse af stent forløb uden komplikationer. En fornyet røntgenundersøgelse af kranspulsårerne viste, at den indsatte stent var velfungerende. I henhold til afdelingens instruks var behandling med Ticlid påbegyndt dagen før operationen. Patienten blev udskrevet fire dage efter operationen.

Tre dage efter udskrivelsen henvendte patienten sig telefonisk til kardiologisk afdeling, da han havde fået blåfarvning af lysken og det ene håndled samt mavebesvær og koliksmærter. Patienten ophørte herefter med Ticlid-behandlingen.

Patientklagenævnet fandt, at der på grund af forsnævringen af højre kranspulsåres forgreninger var indikation for ballonudvidelse med indsættelse af stent.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne i forbindelse med information om indgrebet og den medicinske behandling med Ticlid, da oplysningerne i sagen sammenfattende tydede på, at patienten fik både mundtlig og skriftlig information.

Nævnet bemærkede, at patienten ikke kunne forvente at blive informeret via egen læge, da der er tale om en specialprocedure, som egen læge ikke nødvendigvis har viden til at kunne give detaljeret information om. I øvrigt hviler informationspligten i relation til specialprocedurer hos den involverede afdeling, hvor det er almindelig praksis, at informationen gives af journalskrivende læge, når det drejer sig om afdelingens almindelige procedurer.

Nævnet fandt, at lægerne på den kardiologiske afdeling ikke kunne kritiseres for behandlingen af patienten med Ticlid. Nævnet lagde vægt på, at dette præparat anvendes til behandling netop i relation til stentindsættelse på en stor del af verdens kardiologiske specialafdelinger. Endvidere lagde nævnet vægt på, at det er almindelig klinisk praksis at påbegynde behandlingen, dagen før selve undersøgelsen udføres, hvis der er mulighed for, at der skal indsættes en stent.

• Information om bivirkninger

En 53-årig kvinde fik foretaget ballonudvidelse med indsættelse af stent på grund af forsnævret kranspulsåre. Forløbet var uden komplikationer. Inden indgrebet blev patienten sat i behandling med Ticlid. Patienten fik efterfølgende leverbetændelse formentlig forårsaget af Ticlid-behandlingen.

Afdelingen oplyste, at medicin fremkaldt leverbetændelse i forbindelse med Ticlidbehandling er meget sjælden, og bivirkningen er derfor ikke medtaget i den skriftlige information, som blev udleveret i forbindelse med behandlingen. Der blev endvidere ikke informeret mundtligt om muligheden for leverbetændelse (toksisk leverpåvirkning), da risikoen herfor blev anset for værende minimal.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det af sygeplejekardex fremgår, at patienten dagen inden indgrebet fik udleveret afdelingens skriftlige informationsmateriale om hjertekrampe og undersøgelse af hjertets kranspulsårer.

Der var i sagen modstridende oplysninger om, hvorvidt patientinformationen omhandlende den medicinske efterbehandling efter stentanlæggelse i en kranspulsåre i hjertet blev udleveret.

Det er i sådanne tilfælde afgørende, om der foreligger yderligere oplysninger i sagen, der kan understøtte den ene forklaring frem for den anden, således at Patientklagenævnet kan vurdere, hvad der er foregået.

Nævnet lagde vægt på, at det af udtalelser fra afdelingens overlæge og sygeplejersker fremgik, at det er afdelingens faste procedure i forbindelse med Ticlidbehandling at udlevere skriftlig samt mundtlig patientinformation.

Efter en samlet vurdering af sagens oplysninger, fandt nævnet det herefter ikke godtgjort, at patientinformationen vedrørende Ticlidbehandling ikke var blevet givet til patienten.

Patientklagenævnet fandt, at ordinationen af Ticlid-behandling var velbegrunder, og at patienten fik information i et omfang, der lever op til det forventelige og følger normen for, hvad der er gældende inden for det kardiologiske område i Danmark. Nævnet fandt herunder, at den bivirkning, der ramte patienten, er så sjælden, at det ikke i henhold til lægeloven kunne kritiseres, at der ikke blev informeret herom.

Nævnet finder imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om det havde fremgået af journalen, at patienten var blevet informeret.

4. KLAGER I FORBINDELSE MED KIRURGISK BEHANDLING AF HORMONSYGDOMME

Patientklagenævnet har i 1998 behandlet 3 sager, der vedrørte klager over kirurgisk behandling af hormonsygdomme. To af sagerne vedrørte behandling af struma, mens den sidste sag vedrørte betændelse i bugspytkirtlen. Klagerne omhandlede blandt andet behandling, diagnosticering, information og journalføring. Der blev givet kritik i én sag for behandling, information og journalføring.

Klage over behandling med radio-jod

En 43-årig mand havde igennem 7 år haft struma med forhøjet stofskifte. Patienten blev indlagt med henblik på behandling med radiojod og blev i den forbindelse orienteret om behandlingen mundtligt og skriftligt. I det skriftlige materiale var der imidlertid ikke nævnt noget om muligheden for varig beskadigelse af hormonproduktionen ved for kraftig behandling med radiojod og dermed risikoen for livsvarig behandling med stofskifteøgende medicin. Der blev ifølge den behandlende læge i stedet givet mundtlig information herom.

Ved behandlingen blev der givet en dosis radiojod på 600 MBq131.

Efter behandlingen, som foregik ambulant, blev patienten indlagt akut med symptomer i form af kraftnedsættelse i begge ben og stærk mæthed. Tilstanden blev opfattet som en mulig følge dels af stofskiftelidelsen, dels af psykiske problemer, idet patienten igennem flere år havde lidt af mani-depressiv psykose.

Efter udskrivelsen modtog patienten stofskifteøgende behandling (eltroxin).

Der blev klaget over, at patienten blev henvist til behandling med radiojod i stedet for en alternativ behandlingsmetode. Der blev tillige klaget over, at der blev ordineret en for stor dosis radiojod, samt at patienten ikke forinden behandlingen var blevet informeret om risikoen ved behandling med for høj dosis radiojod.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af den valgte behandlingsmetode.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det fremgik af patientens sygehistorie at sygdommen, til trods for længere tids medicinsk behandling, ikke var bragt i ro, og at patientens stofskifte var tydeligt

forhøjet. Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var indstillet på behandling med radiojod.

Patientklagenævnet oplyste i den forbindelse, at det var almindelig praksis ved patienter med forhøjet stofskifte at indlede behandlingen med medicin, der hæmmer skjoldbruskkirtlens funktion. Nævnet oplyste endvidere, at såfremt der efter en eller flere behandlingsperioder af måneders varighed kommer nye tilbagefald med forhøjet stofskifte, vil det være relevant at ændre strategi for behandling til enten operation eller radiojod, og det er ofte behandling med radiojod, der anbefales.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at den ordinerede mængde radiojod lå højt men inden for de dosisområder, der anvendes internationalt. Der fandtes således ikke grundlag for kritik af størrelsen af den ordinerede dosis radiojod.

Patientklagenævnet lagde herved vægt på, at det på baggrund af en scintigrafiundersøgelse blev skønnet, at der var en kirtelvægt på 50-60 ml og på baggrund heraf, blev der indgivet 600MBq¹³¹I jodid som behandlingsdosis. Nævnet lagde endvidere vægt på, at dosis blev beregnet ud fra oplysninger om gentagne tilbagefald under medicinsk behandling, kirtelstørrelsen samt kendskabet til patientens psykiatriske lidelse.

Patientklagenævnet fandt endelig, at patienten var tilstrækkeligt informeret om risici ved behandlingen.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at det i journalen var noteret, at patienten accepterede risikoen for vedvarende nedsat funktion af stofskifte-kirtlen på grund af radiojodbehandlingen og eventuelt behov for hormonbehandling for at kompensere for den nedsatte funktion.

Patientklagenævnet fandt det således godtgjort, at patienten havde modtaget information om risikoen ved behandling med for høj en dosis radiojod, og at denne information var i overensstemmelse med sædvanlig praksis på området.

Klage over behandling af forstørret skjoldbruskkirtel

En 50-årig kvinde henvendte sig i perioden januar til juli 1996 flere gange til egen læge med forskellige symptomer

I april 1997 fik patienten af sin nye praktiserende læge konstateret en hård knude i skjoldbruskens venstre side. Efter en undersøgelse af knuden, som fandtes godartet, blev hun henvist til medicinsk ambulatorium med henblik på nærmere undersøgelse.

Ambulatoriet tilbød patienten enten at deltage i et behandlingsforsøg med alkoholindsprøjtning i knuden eller at henvise hende til kirurgisk afdeling med henblik på vurdering af mulighederne for operation. Patienten afslog behandlingsforsøget og blev herefter henvist til kirurgisk afdeling. Den undersøgende overlæge vurderede, at en operation måtte frarådes, idet den næppe ville hjælpe på hendes symptomer i forbindelse med knuden.

I juli 1997 tilbød medicinsk ambulatorium endnu engang patienten at deltage i behandlingsforsøget med alkoholindsprøjtning i knuden, hvilket hun atter afslog.

Der blev klaget over, at patientens oprindelige praktiserende læge ikke havde diagnostiseret hendes struma, at kirurgisk afdeling ikke havde tilbudt hende operation herfor, og at medicinsk ambulatorium ikke havde tilbudt hende tilstrækkelige behandlingsmuligheder.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere patientens oprindelige læge for behandlingen i perioden fra januar til juli 1996, idet hendes henvendelser ikke havde drejet sig om struma eller symptomer, der kunne sættes i forbindelse med struma.

Patientklagenævnet fandt endvidere ikke anledning til kritik af, at overlægen på kirurgisk afdeling ikke havde tilbudt patienten en operation. Nævnet lagde vægt på, at strumaen var godartet og ringe i størrelse, og at overlægen objektivt ikke fandt sammenhæng mellem patientens symptomer og den påviste struma.

Patientklagenævnet kunne oplyse, at det er forholdsvist sjældent, at der opereres for struma. I de tilfælde, hvor der foretages operation, skyldes det enten, at det drejer sig om en meget stor struma, som giver klare og tydelige trykgener med besværlig vejrtrækning, truende kvælning eller synkebesvær, at man har mistanke om kræftudvikling, eller hvis strumaen giver svære kosmetiske gener.

Nævnet fandt endelig ikke anledning til kritik af den behandling, lægerne på medicinsk ambulatorium havde tilbudt patienten. Nævnet lagde vægt på, at lægerne flere gange havde undersøgt patienten i henhold til sædvanlig praksis og havde drøftet behandlingsmulighederne med hende. Nævnet kunne oplyse, at den eneste kendte mulighed for at behandle struma er fjernelse ved operation. Da dette tidligere var blevet frarådet af den undersøgende overlæge på kirurgisk afdeling, fandt Patientklagenævnet, at lægerne på medicinsk ambulatorium ikke havde mulighed for at tilbyde patienten anden behandling end behandlingsforsøget med alkoholindsprøjtning.

Klage over mangelfuld undersøgelse og behandling af lidelse i galdeveje og bugspytkirtel

En 62-årig kvinde blev på grund af mistanke om en mulig lidelse i bugspytkirtlen henvist til undersøgelse på kirurgisk ambulatorium på hospital A, hvor et nærmere undersøgelsesprogram blev planlagt. Forinden iværksættelsen af dette program, blev patienten imidlertid indlagt akut på kirurgisk afdeling, hospital A, på grund af mistanke om betændelse i galdevejene. Efter behandling med antibiotika i 2 dage gik tilfældet i ro, og kvinden kunne udskrives til fortsatte ambulante undersøgelser, herunder ERCP-undersøgelse og CT-scanning. Ved udskrivelsen var hun uden feber og velbefindende. ERCP-undersøgelsen blev foretaget 8 dage senere under fornyet indlæggelse på hospital A.

ERCP-undersøgelsen kunne imidlertid ikke gennemføres som planlagt, hvorfor den undersøgende overlæge måtte afbryde denne med henblik på fornyet undersøgelse på et senere tidspunkt. Der blev ikke forud for undersøgelsen informeret om mulige komplikationer, idet disse blev fundet yderst sjældne.

Efter den afbrudte undersøgelse blev patienten bragt tilbage til afdelingen. Ved modtagelsen kl. ca. 11.30 var patienten vågen og velbefindende, havde normal puls og blodtryk og ønskede i øvrigt at komme hjem snarest. Efter frokost klagede patienten over mavesmerter og fik en let smertestillende tablet herfor. Det er oplyst til sagen, at overlægen sidste gang tilså kvinden før kl. 14.00, hvor hun var velbefindende. Kl. 14.00 blev der på grund af travlhed på afdelingen afholdt "skrivebordsstuegang". Ved denne lejlighed blev overlægen oplyst om, at patienten havde fået smertestillende

medicin på grund af mavesmerter. Kl. ca.15.00 forlod patienten afdelingen på trods af anbefaling fra en sygeplejerske om at blive. Forinden fik hun endnu en smertestillende tablet på grund af mavesmerter.

Samme aften blev patienten indlagt akut på kirurgisk afdeling på nærmeste hospital B på grund af mavesmerter. Undersøgelser viste tegn på betændelse i bugspytkirtlen. Den følgende dag blev patienten overflyttet til kirurgisk afdeling på hospital A, hvor hun tidligere var blevet behandlet. En CT-scanning bekræftede, at der var akut betændelse i bugspytkirtlen og stase i den indre og de ydre galdegange. Patienten blev herefter overflyttet til intensiv afdeling, hvor hun blev behandlet med antibiotika. En fornyet CT-scanning 2 dage senere viste i det væsentlige uændrede forhold. I forbindelse med undersøgelsen fik patienten imidlertid en voldsom opkastning med nedsugning af maveindholdet i lungerne, og der blev indledt respiratorbehandling. På grund af efterfølgende nyresvigt blev det tillige nødvendigt behandle med dialyse. En ultralydsundersøgelse af bughulen viste fortsat stase i galdegangene, men ingen tegn på ansamlinger. Ved fornyet CT-scanning 6 dage senere påvistes en ansamling bag mavesækken, der blev udtømt ved ultravejledt drænanlæggelse. Dette måtte senere gentages. Efter yderligere 6 dage blev der foretaget operativ åbning af bughulen, og der blev fjernet henfaldent væv fra bughulen. Patienten sløjede yderligere af, og døden indtraf den følgende dag.

Der blev klaget over, at behandlingen for betændelse i galdevejene ikke var tilstrækkelig omfattende, og at ERCP-undersøgelsen ikke blev iværksat tidligere. Der blev endvidere klaget over ERCP-undersøgelsen, idet denne angiveligt havde medført en beskadigelse af patientens bugspytkirtel, over manglende information om risikoen herfor, samt over at patienten ikke inden hjemsendelse blev undersøgt for eventuel skade efter kikkertundersøgelsen. Der blev videre klaget over, at hospital A afviste at genindlægge patienten akut efter udskrivelsen. Endelig blev der klaget over, at lægerne, efter at patienten igen var overflyttet til hospital A, ikke havde foretaget tilstrækkelig undersøgelse og behandling af de komplikationer, der indtraf hos patienten efter kikkertundersøgelsen.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægernes behandling for betændelse i galdevejene, ligesom det ikke fandtes kritisabelt, at ERCP-undersøgelsen først fandt sted 8 dage efter. Patientklagenævnet lagde vægt på, at behandlingen var i overensstemmelse med almindelig praksis på det aktuelle tidspunkt.

For så vidt angik spørgsmålet om information vedrørende risici forbundet med undersøgelsen, fandt Patientklagenævnet, at den undersøgende overlæge burde have informeret herom. Nævnet lagde vægt på, at der efter en ERCP-undersøgelse er en lille risiko for enten blødning, perforation, eller komplicerende bugspytkirtelbetændelse, og at hver af disse komplikationer er så alvorlige, at overlægen burde have informeret patienten herom. Patientklagenævnet fandt således, at overlægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed.

Patientklagenævnet fandt under de givne omstændigheder ikke grundlag for kritik af overlægens undersøgelse af patienten. Nævnet lagde herved vægt på, at bugspytkirtlens udførelsesgang lå mellem 2 udposninger på tolvfingertarmen og var vanskelig tilgængelig, samt at et optaget røntgenbillede viste normal forhold. Det var imidlertid ikke muligt at gennemføre undersøgelsen som planlagt på grund af en apparaturteknisk fejl, hvorfor undersøgelsen måtte afbrydes med henblik på fornyet undersøgelse på et senere tidspunkt.

Hvad angik overlægens tilsyn med patienten, fandt Patientklagenævnet, at det måtte lægges til grund, at overlægen havde tilset hende inden ”skrivebordsstuegang” kl. 14. 00. Patientklagenævnet fandt i den forbindelse at overlægens journalføring var mangelfuld, idet det ikke fremgik af journalen, at patienten var blevet tilset og undersøgt på dette tidspunkt.

Patientklagenævnet fandt herefter grundlag for kritik af overlægens opfølgning på patienten frem til udskrivningstidspunktet. Nævnet lagde vægt på, at overlægen var bekendt med, at patienten havde fået smerter efter det tidspunkt, hvor han ved sit tilsyn havde fundet hende velbefindende. Nævnet lagde videre vægt på, at det fremgik af afdelingens instruks, at der ved mavesmerter skal foretages blodprøveundersøgelse, og at patienten skal forblive i afdelingen. Nævnet fandt således at instruksen ikke var fulgt i det aktuelle tilfælde. Nævnet lagde endelig vægt på, at det fremgik af patientens journal, at hun kort forinden havde været indlagt på grund af mistanke om betændelse i galdegangene.

Patientklagenævnet fandt endelig ikke at kunne kritisere, at patienten ved genindlæggelsen samme aften blev indlagt på det nærmeste hospital. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at der ikke umiddelbart var tegn på akut behandlingskrævende sygdom, der alene kunne behandles på et bestemt hospital, og at hun var blevet indlagt på det hospital, hvor hun områdemæssigt hørte til.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af den behandling, kvinden modtog af lægerne på kirurgisk afdeling og intensiv afdeling i forbindelse med de komplikationer, der indtraf hos kvinden efter kikkertundersøgelsen. Nævnet lagde herved vægt på, at lægerne havde foretaget relevante og omfattende undersøgelser af kvinden.

5. KLAGER INDEN FOR ORTOPÆDKIRURGI

5.1 Klager over behandling af håndledsbrud, herunder Colles-frakturer og knætraumer, på skadestue og i ortopædkirurgisk ambulatorium

Patientklagenævnet modtager en del klager over den lægelige behandling inden for ortopædkirurgien, herunder behandling modtaget på skadestuer og i ortopædkirurgisk ambulatorier. Klagetemaerne er mangeartede. I denne årsberetning refereres sager om beslutning om behandling af håndledsbrud, herunder Colles-frakturer, og sager om akutte knæskader og diagnostik af læsion af forreste korsbånd.

Nedenfor refereres 6 afgørelser vedrørende behandling af håndledsbrud, herunder beslutning om behandling i den tidlige fase. Afgørelserne viser, at der kan være et dårligt resultat efter behandling af håndledsbruddet trods korrekt behandling. Sagerne viser tillige, at der er varierende behandlingsmuligheder i den tidlige fase, dels i forhold til behovet for røntgenkontroller, dels i forhold til den umiddelbare beslutning om anvendelse af kirurgisk behandling, eksempelvis fiksering med Hoffmann-apparat, eller konservativ behandling i form af anlæggelse af gipsbandage.

Derefter refereres 3 afgørelser, der alle viser, at det akut beskadigede knæ typisk er svært at vurdere, og at det således ikke er muligt at præcisere, på hvilket tidspunkt man bør gå videre med

yderligere diagnostiske tiltag. Det fremgår således af afgørelserne, at det er almindelig praksis at afvente det kliniske forløb ved ambulante kontroller, medmindre der er klare tegn på beskadigelse af forreste korsbånd med løshed ved skuffeundersøgelse og Lackmanns test (skuffeundersøgelse på strakt knæ). Er der således aftagende gener fra knæet og fortsat ingen tegn på løshed, foretages der ikke udredning med kikkertundersøgelse og/eller scanning.

5.1.1 Klager vedrørende håndledsbrud

Forskydning af brud trods korrekt behandling

En 65-årig kvinde klagede over, at hendes hånd.led blev sat skævt sammen efter et håndledsbrud. Dette gav efterfølgende gener med bl.a. ømhed og mangel på kraft i hånden.

Kvinden var faldet og havde taget for sig med højre hånd. Hun var herefter blevet undersøgt på en skadestue af en læge, der stillede diagnosen: højresidigt, forskudt håndledsbrud med brud gennem den nederste del af spolebe.net. Der var ved røntgenundersøgelse fundet en 20 graders bagud.kipning af den nederste del af spolebenet. Lægen satte bruddet på plads med efterfølgende anlæggelse af gipsbandage med hånden i en stilling, hvor den var let bøjet mod håndfladesiden. Røntgenkontrol umiddelbart herefter viste lidt forkortning, men at ledfladen næsten var i neutral stilling. Armen blev lagt i armslynge og patienten blev henvist til røntgenkontrol samt klinisk kontrol i ambulatoriet fem dage senere. Røntgenbillederne blev efterfølgende gennemgået af en røntgenlæge og en ortopædkirurgisk overlæge, der begge fandt, at den opnåede stilling af bruddet var helt tilfredsstillende.

2 uger efter behandlingen blev gipsen fjernet og håndleddet rettet op, således at hånden blev sat i neutral stilling. Røntgenkontrol viste i sideoptagelse uændret brudstilling og i forfraoptagelse en ubetydelig sammenpresning på brudstedet med ganske let vinkling mod tommelfingersiden. Undersøgelsen viste næsten uændret stilling i forhold til røntgenbillederne efter påpladssætningen

Der opstod en uge efter røntgenkontrollen problemer med følelsesløshed i tommelfingeren. Disse problemer var fortsat til stede ved gipsfjernelse 2 uger senere, og patienten blev opfordret til at søge sin egen læge ved behov for fysioterapi. Der blev ved den kliniske undersøgelse ikke fundet tegn på forskydninger af bruddet, og der blev ikke foretaget røntgenkontrol ved gipsfjernelsen.

Et halvt år senere blev patienten på grund af fortsatte gener fra hånden henvist til røntgenundersøgelse. Der blev da påvist betydelig forskydning af bruddet i forhold til røntgenundersøgelsen ved opretningen af bruddet. Bruddet var således helet i en forværret stilling med let tiltagende forkortning og vinkling bagud over mod tommelfingersiden. Det fremgik ikke af sagen præcist, hvornår forskydningen af bruddet opstod.

Selvom bruddet senere blev forskudt, fandt nævnet, at patienten var blevet undersøgt korrekt og i overensstemmelse med sædvanlig praksis på skadestuen. Der blev ikke fundet anledning til kritik af den påpladssætning, der var foretaget, idet den efterfølgende røntgenkontrol samme dag samt efter henholdsvis 2 og 3 ugers forløb havde vist, at der herved var opnået en acceptabel stilling af bruddet. Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere, at der ikke blev foretaget røntgenkontrol ved gipsfjernelsen, da det ikke var sædvanlig praksis, idet brud primært vurderes klinisk ved gipsfjernelsen. Findes der herved tegn på heling, vil en røntgenoptagelse således ikke have nogen umiddelbare konsekvenser for behandlingen.

Manglende røntgenkontrol af håndledsbrud, fikseret med Hoffmanns-apparatur

En 47-årig kvinde klagede over fejlbehandling samt manglende kontrol i forbindelse med behandlingen af et håndledsbrud.

Kvinden havde pådraget sig en Colles-fraktur. Bruddet blev sat på plads, og armen blev gipsbandageret af en læge på en skadestue. Ved kontrol 2 uger senere blev det konstateret, at bruddet var skredet, og hun blev herefter opereret på sygehusets ortopædkirurgiske afdeling af en 1. reservelæge. Der blev påsat et såkaldt Hoffmanns apparatur. Der blev efterfølgende foretaget røntgenundersøgelse til kontrol af brudstillingen.

Patienten var i de næste par måneder til 7 kontrolundersøgelser, hvor de involverede læger fandt tilfredsstillende forhold. Ved fire af disse konsultationer blev hun undersøgt af 1. reservelægen, som vurderede, at det var unødvendigt at foretage røntgenundersøgelse af armen, idet der ikke var mistanke om brudskred.

Ved kontrol en uge efter fjernelse af apparaturet blev behandlingen afsluttet. Da der var fundet betydelig bevægeindskrænkning, blev patienten henvist til ergoterapi.

Ved røntgenundersøgelse 3 måneder senere blev der fundet stærkt forringet fejlstilling med vinkling på ca. 20 grader fremad af ledfladen.

Nævnet lagde ved vurderingen af sagen vægt på, at operationen blev foretaget i overensstemmelse med sædvanlig praksis, samt at røntgenundersøgelse ved operationens afslutning havde vist rimelige forhold og en betydeligt bedret brudstilling. Nævnet lagde endvidere væst på, at håndledsbrud, der er sat på plads og fikseret med Hoffmanns apparatur, kun sjældent skrider, hvorfor det ikke er gængs praksis at foretage røntgenkontrol heraf, såfremt røntgenundersøgelse efter påpladssætning har vist tilfredsstillende forhold. På denne baggrund fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af 1. reservelægen i forbindelse med operationen og de efterfølgende kontrolundersøgelser.

Manglende kontrol af Hoffmanns-apparatur

En 52-årig kvinde klagede over behandlingen af et håndledsbrud. Der var især klaget over, at den læge, der opererede hende, ikke sørgede for, at hun fik kontrolleret og efterspændt et såkaldt mini-Hoffmanns apparatur, der var sat på for at holde på bruddet. Det blev derfor overset, at en møtrik på apparaturet var faldet af.

Kvinden havde et forskudt brud på højre håndled, og blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling, hvor en reservelæge foretog operativ korrektion og fiksation af bruddet med et mini-Hoffmanns apparatur. Operationen og det umiddelbare forløb herefter var uden problemer.

Ved ambulans kontrol 10 dage senere fandt reservelægen klinisk tilfredsstillende forhold. Røntgenundersøgelse viste let kipning på ca. 5 grader, hvilket blev anset som acceptabelt.

Ved røntgenkontrol 3 uger senere blev der konstateret skred i bruddet samt løshed i fiksationsapparaturet på grund af en løs vingemøtrik. Da bruddet var helet, blev der alene foretaget fjernelse af apparaturet og anlagt gipsbandage. Patienten havde derefter indskrænket bevægelighed i håndleddet og nedsat kraft i hånden.

Nævnet lagde ved vurderingen af sagen vægt på, at patienten var blevet kontrolleret i overensstemmelse med sædvanlige retningslinier. Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ved kontrollen 10 dage efter operationen blev konstateret stort set uændret brudstilling, hvorfor løsningen af møtrikken i apparaturen og skredet i bruddet måtte være opstået derefter. Nævnet fandt, at skredet i bruddet var en sjælden, men hændelig komplikation. På baggrund af disse forhold fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget i forbindelse med operationen og de efterfølgende kontrolundersøgelser.

Manglende røntgenkontrol ved gipsfjernelse

En 47-årig kvinde klagede over, at lægerne i et ortopædkirurgisk ambulatorium undlod røntgenkontrol i forbindelse med gipsfjernelse efter behandlingen af brud ved højre håndled med det resultat, at det for sent blev diagnosticeret, at bruddet var skredet.

Kvinden fik, efter at hun var faldet, på skadestuen ved en røntgenoptagelse konstateret, at hun havde et tværbrud nedad i højre spoleben med let forskydning og vinkling mod strækkesiden, samt brud ved roden af albuebenets griffelformede fremspring. Bruddet blev behandlet med påpladsætning og gipsbandagering. Røntgenkontrol herefter viste, at brudstillingen med fortsat let forskydning og vinkling mod strækkesiden i spolebensbruddet måtte betegnes som acceptabel, så ukompliceret opheling af bruddet kunne ventes.

Ved kontrol i ortopædkirurgisk ambulatorium én uge senere viste røntgenoptagelse, at brudstillingen uændret var acceptabel. Ved kontrol 4 uger senere fandtes bruddet klinisk helet, og gipsen blev fjernet. Der var nogen bevægeindskrænkning i håndled og fingre, hvorfor hun blev vurderet af afdelingens ergoterapeut, og behandlingen derefter afsluttet.

Patienten blev 2 uger senere atter undersøgt i ortopædkirurgisk ambulatorium, idet der var konstante smerter og en del bevægeindskrænkning i højre håndled. Røntgenoptagelse viste, at bruddet i spolebenet var ophelet med forkortning og yderligere vinkling mod strækkesiden. Patienten blev herefter tilbudt operation med gennemsøring af spolebenet og tilflytning af knoglekile fra den ene hoftekam.

Nævnet lagde vægt på, at bruddet korrekt blev vurderet som ukompliceret og kun let forskudt. I overensstemmelse med sædvanlig ortopædkirurgisk praksis blev brudhelingen kontrolleret med røntgenoptagelse på ugedagen og med klinisk undersøgelse for heling ved gipsfjernelse 5 uger efter bruddet. Der blev herved ikke fundet tegn til stillingsændring af bruddet. Nævnet fandt, at det var korrekt at antage, at stillingen af den type brud, som patienten havde ved højre håndled, var stabil, idet det er sjældent, at der forekommer yderligere skred i brud af denne type. Nævnet fandt endvidere, at behandlingen var foregået i overensstemmelse med sædvanlig ortopædkirurgisk praksis, og nævnet fandt således ikke grundlag for at kritisere lægerne på ortopædkirurgisk afdeling for deres behandling af patienten.

Fejlstilling, bevægeindskrænkning og smerter trods korrekt behandling

En 34-årig kvinde klagede over den behandling, hun modtog af lægerne på ortopædkirurgisk afdeling i forbindelse med brud på hendes venstre håndled.

Kvinden pådrog sig under håndboldkamp et brud på den nederste ende af venstre underarm. Hun blev dagen efter i narkose behandlet på ortopædkirurgisk afdeling for underarmsbruddet, der blev sat på plads og bandageret med en gipsskinne. Røntgenkontrol viste god stilling af bruddet.

Patienten henvendte sig 3 dage senere, idet hun havde smerter i armen. Kontrolrøntgenfoto viste fortsat god stilling, hvorfor afdelingen ikke foretog sig noget med henblik på de angivne smerter. 8 dage efter primær behandling blev patientens arm atter røntgenfotograferet, og man løsnede forbindingen en smule for at lindre på smerterne.

Patienten var 7 dage herefter igen til ambulant kontrol. Hun oplyste, at hun i forbindelse med behandlingen 7 dage tidligere havde fornemmelse af, at der var sket et eller andet med knoglebruddet. Gipsbandagen blev fjernet – der var da gået 2 uger siden den primære behandling – og hånden forsigtigt rettet op til neutral stilling, og der blev anlagt ny gipsskinne. Ved kontrolrøntgenfoto fik man mistanke om, at bruddet var skredet, hvorfor nye røntgenbilleder blev taget. Disse mente man imidlertid viste uændrede forhold. Det blev derfor besluttet, at patienten ikke skulle have yderligere behandling, før gipsbandagen definitivt skulle fjernes.

Gipsbandagen blev fjernet 3 uger efter. Der blev tilsyneladende ikke taget røntgenfoto på dette tidspunkt. Ifølge patienten var bruddet skredet, og armen var skæv og ubrugelig med smerter. Dette fremgår ikke af journalen. Der blev anlagt støttebind og påbegyndt genoptræning.

1½ måned senere var patienten atter til undersøgelse, hvor der konstateredes betydelige bevægelsesindskrænkninger i venstre håndled samt smerter. Konklusionen på denne undersøgelse blev, at det venstresidige underarmsbrud var ophelet i en klinisk fejlstilling med vinkling og forkortning. Videre behandling heraf fandtes at skulle finde sted på en håndkirurgisk afdeling på et andet sygehus.

Nævnet lagde ved vurderingen af sagen vægt på, at brudstillingen ifølge journalen var god umiddelbart efter påpladssætningen, samt at efterbehandlingen efter nævnets vurdering var omhyggelig og grundig med hyppige og radiologiske kontroller. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det ikke er ualmindeligt, at håndledsbrud trods korrekt behandling ender med forkortning og bagudvinkling.

Nævnet fandt, at der havde været indikation for påpladssætning, da der forelå et venstresidigt håndledsbrud, samt at påpladssætningen var blevet gennemført i overensstemmelse med almindelig praksis. Nævnet fandt derfor ikke anledning til at kritisere den primære behandling. Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for kritik af den efterbehandling, patienten modtog.

Manglende behandling på trods af fejlstilling

En 61-årig kvinde klagede over, at et brud på hendes højre underarm blev sat skævt sammen.

Kvinden var faldet og havde herefter henvendt sig på en skadestue, hvor en reservelæge fandt et brud på højre underarm med en let forskydning af det nederste knoglestykke og med bøjning på ca. 10° mod strækkesiden. Frakturen blev forsøgt sat på plads i lokalbedøvelse og bandageret med hånden bøjet let mod bøjesiden. Røntgenkontrol viste bedret og acceptabel stilling.

8 dage efter behandlingen på skadestuen blev patienten tilset i ortopædkirurgisk ambulatorium, hvor en reservelæge fandt, at bruddet var skredet en smule, og at spolebenets ledflade pegede mellem 15° og 20° mod strækkesiden. Reservelægen konfererede med mellemvagten, der fandt brudstillingen acceptabel, og patienten blev tilsagt til fornyet røntgenkontrol efter yderligere 5 dage.

Dagen efter blev røntgenbillederne vurderet på en røntgenkonference, og der blev ikke foretaget yderligere i den forbindelse.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af den behandling, patienten modtog på skadestuen, idet behandlingen var i overensstemmelse med almindelige anerkendte principper, og der blev opnået god stilling i brudfladen.

Nævnet fandt derimod, at bagvagten, der havde vurderet brudstillingen i ortopædkirurgisk ambulatorium, samt den for røntgenkonferencen ansvarlige læge havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Nævnet lagde herved vægt på, at bruddet var skredet i en sådan grad, at dette efter almindelig god klinisk praksis, burde have medført, at der havde været iværksat forsøg på opnåelse af en bedret stilling i bruddet enten ved fornyet påpladssætning eller ved operation.

5.1.2 Klager vedrørende akutte knæskader og korsbåndslæsioner

Behandling af delvist læderet korsbånd

En 18-årig kvinde klagede over den behandling, hun havde modtaget på skadestue og i ortopædkirurgisk ambulatorium efter have forvredet venstre knæ.

Kvinden faldt under skiløb i udlandet, og blev undersøgt af en lokal praktiserende læge, som fandt, at der var tale om et sprængt korsbånd og lagde hele benet i gips. Hun blev herefter fløjet til Danmark og undersøgt på en skadestue 3 dage efter faldet.

Ifølge skadestuens instruks skulle patienter med mistanke om hel eller delvis overrivning af forreste korsbånd ikke indlægges i den akutte situation, men vurderes af en bagvagt senest 1 uge efter den første kontakt til skadestuen. I forbindelse med den første henvendelse skulle der foretages undersøgelse med henblik på udelukkelse af brud. Ifølge instruksen var der sædvanligvis ikke behov for bandage. Ved den primære undersøgelse ved bagvagt skulle behovet for primær rekonstruktion vurderes. I givet fald skulle dette planlægges til 6-8 uger senere, når hævelsen var svundet, og bevægelsen normaliseret.

På skadestuen blev patienten undersøgt af reservelæge A, der af patienten blev oplyst om den anden læges diagnose. Efter undersøgelsen, aftalte reservelæge A tid til fornyet undersøgelse 1 uge senere.

7 dage efter undersøgelsen på skadestuen mødte patienten til den aftalte undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium, og blev her set af 1. reservelæge B, der ligeledes undersøgte patienten 3 uger senere, hvor der fandtes indikation for en kikkertundersøgelse af knæet.

1. reservelæge B foretog kikkertundersøgelse godt 2 måneder efter primærskaden. Undersøgelsen viste, at forreste korsbånd var delvis læderet, men at der derudover var normale forhold. Ved undersøgelsen var der ingen løshed af knæet.

Med hensyn til reservelæge A lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin undersøgelse af patienten fandt indskrænket bevægelighed, let hævelse og dyb smerte i knæet, samt at der ved røntgenundersøgelse ikke var fundet tegn på brud, men ansamling. Nævnet lagde endvidere vægt på, at lægen i henhold til afdelingens instruks aftalte tid til en fornyet undersøgelse inden for 1 uge ved 1. reservelæge i ortopædkirurgisk ambulatorium.

Med hensyn til 1. reservelæge B lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin første undersøgelse af patienten fandt, at der var fremgang. Knæet kunne dog kun bøjes til 90, og det var vanskeligt at foretage en nærmere undersøgelse af knæet på grund af kraftige spændinger. Lægen gav instruktioner i bevægeøvelser samt aftalte fornyet klinisk kontrol 2 uger senere. Ved den efterfølgende kontrol blev der fundet 5 graders strækkedefekt og ømhed ved den mediale ledlinie, men ellers normale forhold. Det blev aftalt, at der skulle foretages kikkertundersøgelse, og ved kikkertundersøgelsen blev der ikke fundet forhold, som kunne behandles.

Nævnet lagde tillige vægt på, at der altid er en betydelig usikkerhed i forbindelse med knæundersøgelse få dage efter en akut skade, ligesom der heller ikke kan foretages fuldstændig knæundersøgelse umiddelbart efter, at en gipsbandage er fjernet. Nævnet fandt på baggrund af de nævnte forhold ikke anledning til at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af henholdsvis reservelæge A og 1. reservelæge B.

Forsinket diagnosticering af overrevet korsbånd

En 18-årig kvinde klagede over den behandling, hun havde modtaget på en skadestue og i et ortopædkirurgisk ambulatorium i forbindelse med forvridding af hendes venstre knæ, herunder at det ikke blev konstateret, at hendes forreste korsbånd var revet over.

Kvinden henvendte sig på skadestuen, hvor hun blev undersøgt af reservelæge A, der stillede diagnosen "forvridding af andre og ikke specificerede dele af knæ" og ordinerede krykker til aflastning samt ny tid i ortopædkirurgisk ambulatorium i begyndelsen af den kommende uge.

Fire dage senere konsulterede patienten en praktiserende speciallæge i ortopædkirurgi, der på baggrund af en objektiv undersøgelse diagnosticerede en total overrivning af forreste korsbånd. Der blev aftalt tid til rekonstruktion af venstre knæ en måned senere under forudsætning af, at hævelsen var forsvundet, og bevægelsen var i orden. Patienten fik ordineret træning inden operationen.

Ved den aftalte kontrol i ortopædkirurgisk ambulatorium en uge efter skaden, blev patienten undersøgt af reservelæge B, der ikke fandt grundlag for yderligere nærmere udredning og afsluttede behandlingen, da patienten oplyste om undersøgelse og aftale hos praktiserende speciallæge.

Med hensyn til reservelæge A lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin kliniske undersøgelse ikke fandt hævelse eller anslag af knæskallen. Der var endvidere ingen ømhed af ledlinierne eller løshed i knæet, som kunne strækkes og bøjes fuldt ud. En røntgenundersøgelse viste ingen tegn på brud, og knæskallen var normalt beliggende. Reservelæge A aftalte tid til kontrol en uge senere, da årsagen til patientens symptomer ikke umiddelbart kunne specificeres nærmere.

Med hensyn til reservelæge B lagde nævnet vægt på, at lægen ved kontrollen i ortopædkirurgisk ambulatorium undersøgte for løshed i knæet og herved ikke fandt kliniske tegn på overrivning af det forreste korsbånd. Lægen afstod fra yderligere udredning, idet patienten oplyste om undersøgelsen hos den praktiserende speciallæge i ortopædkirurgi og den aftalte behandling.

Nævnet lagde tillige vægt på, at undersøgelse af knæleddet efter akut opstået skade ofte er behæftet med nogen usikkerhed, og det er derfor en udbredt praksis at sætte patienter til kontrol enten hos egen læge eller i ambulatoriet ca. 1 uge efter. Nævnet fandt på baggrund af de nævnte forhold

herefter ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af reservelægerne A og B.

Overset overrivning af korsbånd

En 20-årig mand klagede over, at det i forbindelse med behandling i et ortopædkirurgisk ambulatorium ikke blev konstateret, at forreste korsbånd i hans venstre knæ var revet over.

Manden henvendte sig på skadestuen, fordi han havde pådraget sig en skade i venstre knæ i forbindelse med fodboldspil. Ved en undersøgelse blev der konstateret smerter omkring den indvendige ledlinie og de fibrøse bindevævsbånd på indersiden af venstre knæ, samt smerter på indersiden af knæet ved rotation i knæleddet. Der var endvidere skuffeløshed som udtryk for mulig korsbåndsskade, og han fik anlagt gipsskinne. Fem dage senere blev han undersøgt af reservelæge A i ortopædkirurgisk ambulatorium.

En måned efter primærskaden blev patienten på ny undersøgt i ortopædkirurgisk ambulatorium. Undersøgelsen blev foretaget af reservelæge B, som afsluttede behandlingen.

Tre måneder senere vred patienten om på venstre knæ, og henvendte igen på skadestuen, hvor han på grund af mistanke om menisklæsion og læsion af det indvendige ledbånd i knæet blev behandlet med et støttebind. Han blev endvidere tilrådet aflastning samt henvist til efterfølgende undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium. Patienten var på dette tidspunkt kommet sig over knæledstraumet, som han havde pådraget sig fire måneder tidligere.

Ved den efterfølgende undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium 11 dage senere blev patienten på ny tilset af reservelæge B, der konkluderede, at der var tale om følger efter en forstuvning.

Godt et år efter primær skaden blev patienten på ny undersøgt på skadestuen, idet han igen var vredet om på venstre knæ. Undersøgelsen gav mistanke om indvendig menisklæsion eller læsion af knæleddets indvendige ledbånd. Patienten blev derfor behandlet med en bagre gipsskinne og henvist til undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium, hvor han en uge senere blev undersøgt af reservelæge C, som fandt, at der ikke var belæg for at mistænke en menisk – eller ledbåndsskade.

Omkring 3 år efter primærskaden blev patienten undersøgt ved hjælp af en kikkert. Ved undersøgelsen fandtes en ældre komplet overrivning af det forreste korsbånd.

Nævnet lagde vægt på, at patienten primært blev behandlet for skade på de indvendige sideledbånd, at denne skade kunne forklare hans symptomer, samt at der havde været god fremgang i forbindelse med de aktuelle knæskader.

Med hensyn til reservelæge A lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin objektive undersøgelse fandt ømhed og 5 graders løshed med fast stop omkring venstre knæleds indvendige fibrøse bindevævsbånd. Ved undersøgelsen blev der endvidere fundet usikker forreste skuffeløshed og usikker Lachmanns test, hvorfor lægen vurderede, at der var grundlag for at gentage undersøgelsen ved en efterfølgende kontrol. Patienten kunne strække benet helt og bøje til 70 grader, og han blev tilrådet at holde benet i ro med en cirkulær gipskapsel i 4 uger, hvorefter bandagen skulle fjernes og knæet vurderes på ny.

Med hensyn til reservelæge B lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin førstes objektive undersøgelse af patienten ikke fandt hverken side – eller skuffeløshed, samt at lægen instruerede patienten i optræningsøvelser. Ved den anden undersøgelse fandt lægen, at det var gået betydeligt fremad med benet, samt at patienten kunne støtte på det, uden at der var smerter. Ved den objektive undersøgelse fandt lægen normale knækonturer, ingen ansamling, men nogen ømhed omkring den øverste tilhæftning af venstre knæleds indvendige ledbånd. Der var hverken side – eller skuffeløshed, og der var uømme ledlinier.

Med hensyn til reservelæge C lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin undersøgelse fandt, af patienten var smertefri. Der var en lille ledansamling i venstre knæ, men knæet var uømt omkring ledlinien og ligamentstilhæftningerne. Knæet kunne bevæges fra 0 – 100 , hvorefter der blev udløst smerter på forsiden af knæet. Der blev ikke fundet side – eller skuffeløshed.

Nævnet lagde tillige vægt på, at det er hyppigt forekommende, at der er uoverensstemmelse mellem en udvendig knæundersøgelse og fundet ved en senere kikkertundersøgelse. Specielt når der er smerter i knæleddet, vil en patient ofte ubevidst spænde muskulaturen i forbindelse med undersøgelse for løshed og dermed sløre en tilstedeværende løshed i knæet. Nævnet fandt på baggrund af de nævnte forhold ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af reservelægerne A, B og C, herunder at lægerne ikke på noget tidspunkt havde absolut indikation for at foretage en kikkertundersøgelse i knæet.

5.2 Klager over anvendelse af Boneloc-cement

Boneloc-cement blev i begyndelsen af 90'erne taget i brug på flere danske sygehuse. Cementen blev fortrinsvis benyttet til hofteoperationer, hvor hofteprotesen blev fastcementeret med denne cement. Boneloc-cement er dog også blevet anvendt til andre operationstyper, blandt andet knæoperationer.

Sundhedsstyrelsen har skønnet, at der blev opereret omkring 3100 hoftepatienter med Boneloc-cement i den periode, cementen blev anvendt.

Efterfølgende viste det sig, at der på visse afdelinger kunne konstateres en øget hyppighed af protese-løsning, når der var brugt Boneloc-cement.

På denne baggrund henstillede Sundhedsstyrelsen den 10. oktober 1995 til samtlige amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab, at der blev taget kontakt til samtlige afdelinger, hvor der var anvendt Boneloc-cement med henblik på, at de berørte patienter skriftligt blev orienteret om:

- mulighederne for kontrol og eventuel reoperation
- mulighederne for at rejse sag for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
- at patienter, som er opereret efter 1. juli 1992, har mulighed for at søge om erstatning efter lov om patientforsikring

Patientklagenævnet havde indtil 1. januar 1998 antaget 67 klager over operationer, hvor der var anvendt Boneloc-cement.

Patientklagenævnet besluttede i 1997 at forelægge Boneloc-sagerne for Retslægerådet. I april 1998 fik nævnet de første sager retur fra Retslægerådet, og i løbet af de følgende måneder fulgte de øvrige sager.

Retslægerådet var af nævnet blevet stillet følgende spørgsmål:

- Var det en fejl, at der på afdelingen blev anvendt Boneloc-cement ved den aktuelle operation?

Retslægerådets besvarelse var enslydende i de forelagte sager: ”I midten af 1980-erne og begyndelsen af 1990-erne drejede en betydelig del af den faglige diskussion om indsættelse af kunstige led (alloplastikker) sig om følgende forhold:

1) Varmeudviklingen ved hærkning af den cement, der anvendes ved disse operationer, og dens skadelige effekt på patienternes knogler fremkaldt af varmen.

2) Koncentrationen af fri monomér (den mindste molekylenhed, som indgår i stoffet) i patienternes blod ved cementeringen.

3) Giftigheden af monomérdampe, specielt MMA-monomér (methyl-metakrylat), frigjort ved cementblandingen under operationen. Hudpåvirkning og mulig skade på centralnervesystemet hos operationspersonalet var i søgelyset.

Boneloc blev bragt på markedet omkring 1990. Det havde en lavere hærkningstemperatur end de almindeligt anvendte cementer, angiveligt lavere indhold af MMA-monoméren og samtidig et simpelt blandingssystem med minimalt dampudslip og hudkontakt.

Cementen blev udviklet på Rigshospitalet og markedsført af et velkendt firma, hvilket medvirkede til en hurtig udbredelse af Boneloc til en betydelig del af de danske og en del udenlandske ortopædkirurgiske afdelinger. Det er ikke oplyst, med hvilke informationer Boneloc-cementen blev markedsført.

På dette tidspunkt forelå dyreforsøg, men ingen klinisk afprøvning. Det skal her pointeres, at der ikke i Danmark findes en offentlig godkendelsesprocedure i forbindelse med indførelse af implantater eller lignende i patientbehandlingen. Der er således ingen krav om, at der forud for introduktionen af et nyt implantat skal foreligge videnskabelig dokumentation for implantatets anvendelighed. Endelig skal det anføres, at der ikke tidligere var konstateret svigt i knoglecementen efter ændringer af sammensætningen. Boneloc-cementens svigt kom derfor uventet.

Det er imidlertid velkendt, at det indsatte protesemateriale løsnes langt hurtigere hos patienter, der er opereret for følger efter hoftelidsskred og/eller hos patienter, hvor det kunstige hofteled udskiftes ved en senere operation. Dette gælder uanset den anvendte cementtype.

Da der ikke forelå lægevidenskabelige retningslinier i forbindelse med indførelse af implantater - og der stadig ikke gør det - er læger i sådanne situationer udelukkende bundet af lægelovens regler om omhu og samvittighedsfuldhed m.v. Hvorvidt disse regler er overtrådt, er en juridisk vurdering. Det ligger derfor uden for Retslægerådets kompetence at udtale sig nærmere, om benyttelsen af Boneloc har været ansvarspådragende i tiden indtil nedennævnte kritiske meddelelser fremkom i oktober 1994.

I oktober 1994 fremkom i foredragsform første gang meddelelse fra et dansk centralsygehus om en større frekvens af tidlig løsning ved anvendelsen af Boneloc-cementen, end ved andre kendte cementtyper. Boneloc-cement blev trukket tilbage fra markedet i april 1995.”

På denne baggrund mente Retslægerådet sig ikke i stand til at besvare spørgsmålene om, hvorvidt det i de konkrete sager var en fejl, at der blev anvendt Boneloc-cement til operationerne på afdelingerne på operationstidspunktet.

I enkelte sager, var der udover anvendelsen af Boneloc-cement også klaget over:

- At der ikke forud for operationen var blevet informeret om, at der ville blive anvendt Boneloc-cement.
- At der ved brugen af Boneloc-cement havde været tale om et klinisk forsøg.

Patientklagenævnet afgjorde de første 14 sager i maj 1998. Yderligere 47 sager blev afgjort i løbet af 1998, efterhånden som nævnet fik sagerne retur fra Retslægerådet. I de sager, nævnet afgjorde i maj 1998, havde operationerne fundet sted i perioden fra juli 1990 til juli 1993. I disse sager fandt Patientklagenævnet, at det ikke var en overtrædelse af lægeloven, at der som knoglecement blev anvendt Boneloc, fordi lægerne efter nævnets vurdering ikke havde haft grund til at mistænke, at der var særlige risici ved at anvende Boneloc på tidspunktet for disse operationer.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at der ikke fandtes en offentlig godkendelsesprocedure eller var krav om klinisk afprøvning i forbindelse med indførelse af implantater eller lignende i patientbehandlingen. Der var således ikke krav om, at der skulle foreligge videnskabelig dokumentation for anvendeligheden af cementen. Lægerne var derfor udelukkende bundet af lægelovens regler om omhu og samvittighedsfuldhed, når de brugte Boneloc-cement.

Nævnet lagde også vægt på, at der ikke forud for ibrugtagningen af Boneloc var påvist betydelige forskelle i kvaliteten og holdbarheden af de forskellige eksisterende fabrikater af cement.

Uanset hvilken cementtype, der anvendes, løsnes den indsatte hofteprotese langt hurtigere hos patienter, der er opereret for følger efter hofteskred. Det samme er tilfældet hos patienter, hvor det kunstige hofteled udskiftes ved en senere operation.

Endvidere lagde nævnet vægt på Retslægerådets oplysning om, at der først i oktober 1994 i forbindelse med et foredrag kom meddelelse fra et dansk centralsygehus om en større hyppighed af tidlig løsning ved anvendelsen af Boneloc, end ved andre cementtyper. Først i juni 1995 kom de første veldokumenterede kliniske opgørelser af Boneloc-cementerede hofteproteser, som klart påviste de alvorlige problemer med denne cementtype.

Professor Lars Nordskov Nielsens rapport om Sundhedsstyrelsens rolle i Boneloc-sagen blev offentliggjort i maj 1998. Af rapporten fremgår det, at problemerne med Boneloc-cementen, herunder navnlig mistanken om proteseløsning, blev diskuteret på Dansk Ortopædisk Selskabs møde den 29. og 30. oktober 1993. To overlæger talte på mødet om deres dårlige erfaringer med anvendelsen af Boneloc-cement. Professor Bjarne Lund fra Rigshospitalet konkluderede som følge af debatten på mødet, at man burde ophøre med at anvende Boneloc-cementen efter dette møde. En stor del af landets sygehuse, herunder Rigshospitalet, ophørte med at anvende Boneloc-cementen efter dette møde. Nævnet har i sine senere afgørelser også lagt vægt på disse oplysninger, og i to

sager, hvor operationerne fandt sted i perioden fra november 1993 til februar 1994, fandt nævnet også, at det ikke udgjorde en overtrædelse af lægeloven, at der som knoglecement var blevet anvendt Boneloc ved hofteoperationerne. Nævnet fandt dog, at lægerne på baggrund af de drøftelser, der havde fundet sted under mødet i Dansk Ortopædisk Selskab i 1993, havde haft grund til at mistænke, at der var særlige risici ved at anvende Boneloc-cement. Nævnet fandt derfor, at det havde været hensigtsmæssigt, om der ikke var blevet anvendt Boneloc-cement efter dette møde.

I de sager, hvor der tillige var klaget over, at der havde været tale om forsøg, lagde nævnet til grund, at Boneloc-cement havde været afdelingens standardcement til cementerede proteser, og at anvendelsen af Boneloc-cement således ikke skete som led i et forsøg.

I de sager, hvor der var klaget over information, fandt nævnet ikke, at lægerne ifølge lægeloven havde pligt til at informere patienten om, at der som cement ville blive anvendt Boneloc i forbindelse med hofteoperation. Sagerne vedrørte operationer, der havde fundet sted i perioden fra november 1990 til november 1992. Afgørelserne blev truffet på grundlag af reglerne om information, hvorefter voksne habile patienter som hovedregel har krav på information om deres sygdom, herunder om undersøgelser, behandling og indgreb samt om risiko for eventuelle komplikationer og bivirkninger i det omfang, de ønsker det. Lægen har pligt til af egen drift at informere patienten om forhold, som denne må formodes ikke at være bekendt med, og som må være væsentlige for patientens stillingtagen til undersøgelse og behandling m.v. En sådan pligt foreligger særligt, når der påtænkes foretaget operative indgreb eller behandling, som medfører en nærliggende risiko for alvorlige komplikationer eller bivirkninger. Der gælder en skærpet informationspligt i forbindelse med forsøg, ligesom der må foreligge et mere udtrykkeligt samtykke til behandling m.v.

Da hoftekirurgiens udvikling har medført, at den enkelte hospitalsafdeling/læge tager udstyr/metoder/teknik i brug, som i større eller mindre grad afviger fra det, man tidligere har benyttet, fortolkes reglerne således, at hvis udstyret kun i detaljer afviger fra tidligere kendte principper, afhænger lægens informationspligt af, om det forudgående princip var velkendt for lægen. Nævnet lagde til grund, at Boneloc-cement var afdelingernes standardcement ved cementerede proteser, og at anvendelsen af Boneloc-cement således ikke skete som led i et forsøg. Efter nævnets opfattelse kunne det således ikke anses for væsentligt for en patients stillingtagen til en hofteudskiftningsoperation, at patienten havde kendskab til operationstekniske detaljer, som forskellige proteseudformninger og cementtyper, når operationen blev udført i overensstemmelse med gængse metoder og teknikker, som lægen/hospitalet er fortrolig med.

Total hofteudskiftningsoperation med fastsættelse af proteser i cement var efter nævnets opfattelse allerede da en velkendt teknik.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at der forud for introduktionen af Boneloc-cement ikke var konstateret betydende forskelle i kvaliteten mellem de eksisterende cementer. Nævnet lagde endvidere vægt på Retslægerådets oplysning om, at der ikke tidligere var konstateret svigt i knoglecementen efter ændringer af sammensætningen. I sager, hvor operationen fandt sted i perioden fra november 1993 til 1994, altså efter mødet i Dansk Ortopædisk Selskab i oktober 1993, fandt nævnet også, at lægerne ikke havde pligt til efter lægeloven at informere om, at der som cement ville blive anvendt Boneloc. Men da lægerne efter nævnets opfattelse på baggrund af mødet i Dansk Ortopædisk Selskab i oktober 1993 havde grund til at mistænke, at der var særlige risici

ved at anvende Boneloc, fandt nævnet, at det havde været hensigtsmæssigt, om patienterne var blevet informeret om, at man ikke kendte langtidsvirkningen af Boneloc-knoglecement.

Nævnet modtog i løbet 1998 stadig klager over operationer, hvor der havde været anvendt Boneloc-cement. En del af disse klager blev afvist som forældede efter reglen i Centralstyrelseslovens § 22, idet klageren i mere end 2 år havde eller burde have været bekendt med, at der var blevet benyttet Boneloc-cement i forbindelse med den påklagede operation.

Da Retslægerådets besvarelser af de refererede spørgsmål var enslydende, besluttede nævnet ikke at høre Retslægerådet i nye sager, hvor problemstillingerne var identiske med de tidligere besvarede sager, og hvor den påklagede operation havde fundet sted på et tidspunkt, der ikke var senere end det seneste operationstidspunkt Retslægerådet havde haft mulighed for at udtale sig om. I løbet af året blev en del klager trukket tilbage af Patientforeningen Danmark, før nævnet traf afgørelse. Ved udgangen af 1998 verserede der stadig 3 klager over anvendelsen af Boneloc-cement.

5. KLAGER INDEN FOR ORTOPÆDKIRURGI

5.1 Klager over behandling af håndledsbrud, herunder Colles-frakturer og knætraumer, på skadestue og i ortopædkirurgisk ambulatorium

Patientklagenævnet modtager en del klager over den lægelige behandling inden for ortopædkirurgien, herunder behandling modtaget på skadestuer og i ortopædkirurgisk ambulatorier. Klageemaerne er mangeartede. I denne årsberetning refereres sager om beslutning om behandling af håndledsbrud, herunder Colles-frakturer, og sager om akutte knæskader og diagnostik af læsion af forreste korsbånd.

Nedenfor refereres 6 afgørelser vedrørende behandling af håndledsbrud, herunder beslutning om behandling i den tidlige fase. Afgørelserne viser, at der kan være et dårligt resultat efter behandling af håndledsbruddet trods korrekt behandling. Sagerne viser tillige, at der er varierende behandlingsmuligheder i den tidlige fase, dels i forhold til behovet for røntgenkontroller, dels i forhold til den umiddelbare beslutning om anvendelse af kirurgisk behandling, eksempelvis fikseration med Hoffmann-apparatur, eller konservativ behandling i form af anlæggelse af gipsbandage.

Derefter refereres 3 afgørelser, der alle viser, at det akut beskadigede knæ typisk er svært at vurdere, og at det således ikke er muligt at præcisere, på hvilket tidspunkt man bør gå videre med yderligere diagnostiske tiltag. Det fremgår således af afgørelserne, at det er almindelig praksis at afvente det kliniske forløb ved ambulante kontroller, medmindre der er klare tegn på beskadigelse af forreste korsbånd med løshed ved skuffeundersøgelse og Lackmanns test (skuffeundersøgelse på strakt knæ). Er der således aftagende gener fra knæet og fortsat ingen tegn på løshed, foretages der ikke udredning med kikkertundersøgelse og/eller scanning.

5.1.1 Klager vedrørende håndledsbrud

Forskydning af brud trods korrekt behandling

En 65-årig kvinde klagede over, at hendes hånd.led blev sat skævt sammen efter et håndledsbrud. Dette gav efterfølgende gener med bl.a. ømhed og mangel på kraft i hånden.

Kvinden var faldet og havde taget for sig med højre hånd. Hun var herefter blevet undersøgt på en skadestue af en læ.ge, der stillede diagnosen: højresidigt, forskudt håndledsbrud med brud gennem den nederste del af spolebe.net. Der var ved røntgenundersøgelse fundet en 20 graders bagud.kipning af den nederste del af spolebenet. Lægen satte bruddet på plads med efterfølgende anlæggelse af gipsbandage med hånden i en stilling, hvor den var let bøjet mod håndfladesi.den. Røntgenkontrol umiddelbart herefter viste lidt forkortning, men at ledfladen næsten var i neutral stilling. Armen blev lagt i armslynge og patienten blev henvist til røntgenkontrol samt klinisk kontrol i ambulatoriet fem dage senere. Røntgenbillederne blev efterfølgende gennemgået af en røntgenlæge og en ortopædkirurgisk overlæge, der begge fandt, at den opnåede stilling af bruddet var helt tilfredsstillende.

2 uger efter behandlingen blev gipsen fjernet og håndleddet rettet op, således at hånden blev sat i neutral stilling. Røntgenkontrol viste i sideoptagelse uændret brudstilling og i forfraoptagelse en ubetydelig sammen.presning på brudstedet med ganske let vinkling mod tommelfingersiden. Undersøgelsen viste næsten uændret stilling i forhold til røntgenbillederne efter påpladssætningen

Der opstod en uge efter røntgenkontrollen problemer med følelsesløshed i tommelfingeren. Disse problemer var fortsat til stede ved gipsfjernelse 2 uger senere, og patienten blev opfordret til at søge sin egen læge ved behov for fysioterapi. Der blev ved den kliniske undersøgelse ikke fundet tegn på forskydninger af bruddet, og der blev ikke foretaget røntgenkontrol ved gipsfjernelsen.

Et halvt år senere blev patienten på grund af fortsatte gener fra hånden henvist til røntgen.undersøgelse. Der blev da påvist betydelig forskydning af bruddet i forhold til røntgenundersøgelsen ved opretningen af bruddet. Bruddet var således helet i en forværret stilling med let tiltagende forkortning og vink.ling bagud over mod tommelfingersiden. Det fremgik ikke af sagen præcist, hvornår forskydningen af bruddet opstod.

Selvom bruddet senere blev forskudt, fandt nævnet, at patienten var blevet undersøgt korrekt og i overensstemmelse med sædvanlig praksis på skadestuen. Der blev ikke fundet anledning til kritik af den påpladssætning, der var foretaget, idet den efterfølgende røntgenkontrol samme dag samt efter henholdsvis 2 og 3 ugers forløb havde vist, at der herved var opnået en acceptabel stilling af bruddet. Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere, at der ikke blev foretaget røntgenkontrol ved gipsfjernelsen, da det ikke var sædvanlig praksis, idet brud primært vurderes klinisk ved gipsfjernelsen. Findes der herved tegn på heling, vil en røntgenoptagelse således ikke have nogen umiddelbare konsekvenser for behandlingen.

Manglende røntgenkontrol af håndledsbrud, fikseret med Hoffmanns-apparat

En 47-årig kvinde klagede over fejlbehandling samt manglende kontrol i forbindelse med behandlingen af et håndledsbrud.

Kvinden havde pådraget sig en Colles-fraktur. Bruddet blev sat på plads, og armen blev gipsbandageret af en læge på en skadestue. Ved kontrol 2 uger senere blev det konstateret, at bruddet var skredet, og hun blev herefter opereret på sygehusets ortopædkirurgiske afdeling af en

1. reservelæge. Der blev påsat et såkaldt Hofmanns apparatur. Der blev efterfølgende foretaget røntgenundersøgelse til kontrol af brudstillingen.

Patienten var i de næste par måneder til 7 kontrolundersøgelser, hvor de involverede læger fandt tilfredsstillende forhold. Ved fire af disse konsultationer blev hun undersøgt af 1. reservelægen, som vurderede, at det var unødvendigt at foretage røntgenundersøgelse af armen, idet der ikke var mistanke om brudskred.

Ved kontrol en uge efter fjernelse af apparaturet blev behandlingen afsluttet. Da der var fundet betydelig bevægeindskrænkning, blev patienten henvist til ergoterapi.

Ved røntgenundersøgelse 3 måneder senere blev der fundet stærkt forringet fejlstilling med vinkling på ca. 20 grader fremad af ledfladen.

Nævnet lagde ved vurderingen af sagen vægt på, at operationen blev foretaget i overensstemmelse med sædvanlig praksis, samt at røntgenundersøgelse ved operationens afslutning havde vist rimelige forhold og en betydeligt bedret brudstilling. Nævnet lagde endvidere væst på, at håndledsbrud, der er sat på plads og fikseret med Hoffmanns apparatur, kun sjældent skrider, hvorfor det ikke er gængs praksis at foretage røntgenkontrol heraf, såfremt røntgenundersøgelse efter påpladssætning har vist tilfredsstillende forhold. På denne baggrund fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af 1. reservelægen i forbindelse med operationen og de efterfølgende kontrolundersøgelser.

Manglende kontrol af Hoffmanns -apparatur

En 52-årig kvinde klagede over behandlingen af et håndledsbrud. Der var især klaget over, at den læge, der opererede hende, ikke sørgede for, at hun fik kontrolleret og efterspændt et såkaldt mini-Hoffmanns apparatur, der var sat på for at holde på bruddet. Det blev derfor overset, at en møtrik på apparaturet var faldet af.

Kvinden havde et forskudt brud på højre håndled, og blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling, hvor en reservelæge foretog operativ korrektion og fiksektion af bruddet med et mini-Hoffmanns apparatur. Operationen og det umiddelbare forløb herefter var uden problemer.

Ved ambulans kontrol 10 dage senere fandt reservelægen klinisk tilfredsstillende forhold. Røntgenundersøgelse viste let kipning på ca. 5 grader, hvilket blev anset som acceptabelt.

Ved røntgenkontrol 3 uger senere blev der konstateret skred i bruddet samt løshed i fiksektionsapparaturet på grund af en løs vingemøtrik. Da bruddet var helet, blev der alene foretaget fjernelse af apparaturet og anlagt gipsbandage. Patienten havde derefter indskrænket bevægelighed i håndleddet og nedsat kraft i hånden.

Nævnet lagde ved vurderingen af sagen vægt på, at patienten var blevet kontrolleret i overensstemmelse med sædvanlige retningslinier. Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ved kontrollen 10 dage efter operationen blev konstateret stort set uændret brudstilling, hvorfor løsningen af møtrikken i apparaturen og skredet i bruddet måtte være opstået derefter. Nævnet fandt, at skredet i bruddet var en sjælden, men hædelig komplikation. På baggrund af disse forhold fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget i forbindelse med operationen og de efterfølgende kontrolundersøgelser.

Manglende røntgenkontrol ved gipsfjernelse

En 47-årig kvinde klagede over, at lægerne i et ortopædkirurgisk ambulatorium undlod røntgenkontrol i forbindelse med gipsfjernelse efter behandlingen af brud ved højre håndled med det resultat, at det for sent blev diagnosticeret, at bruddet var skredet.

Kvinden fik, efter at hun var faldet, på skadestuen ved en røntgenoptagelse konstateret, at hun havde et tværbrud nedad i højre spoleben med let forskydning og vinkling mod strækkesiden, samt brud ved roden af albuebenets griffelformede fremspring. Bruddet blev behandlet med påpladssætning og gipsbandagering. Røntgenkontrol herefter viste, at brudstillingen med fortsat let forskydning og vinkling mod strækkesiden i spolebensbruddet måtte betegnes som acceptabel, så ukompliceret opheling af bruddet kunne ventes.

Ved kontrol i ortopædkirurgisk ambulatorium én uge senere viste røntgenoptagelse, at brudstillingen uændret var acceptabel. Ved kontrol 4 uger senere fandtes bruddet klinisk helet, og gipsen blev fjernet. Der var nogen bevægeindskrænkning i håndled og fingre, hvorfor hun blev vurderet af afdelingens ergoterapeut, og behandlingen derefter afsluttet.

Patienten blev 2 uger senere atter undersøgt i ortopædkirurgisk ambulatorium, idet der var konstante smerter og en del bevægeindskrænkning i højre håndled. Røntgenoptagelse viste, at bruddet i spolebenet var ophelet med forkortning og yderligere vinkling mod strækkesiden. Patienten blev herefter tilbudt operation med gennemsøring af spolebenet og tilflytning af knoglekile fra den ene hoftekam.

Nævnet lagde vægt på, at bruddet korrekt blev vurderet som ukompliceret og kun let forskudt. I overensstemmelse med sædvanlig ortopædkirurgisk praksis blev brudhelingen kontrolleret med røntgenoptagelse på ugedagen og med klinisk undersøgelse for heling ved gipsfjernelse 5 uger efter bruddet. Der blev herved ikke fundet tegn til stillingsændring af bruddet. Nævnet fandt, at det var korrekt at antage, at stillingen af den type brud, som patienten havde ved højre håndled, var stabil, idet det er sjældent, at der forekommer yderligere skred i brud af denne type. Nævnet fandt endvidere, at behandlingen var foregået i overensstemmelse med sædvanlig ortopædkirurgisk praksis, og nævnet fandt således ikke grundlag for at kritisere lægerne på ortopædkirurgisk afdeling for deres behandling af patienten.

Fejlstilling, bevægeindskrænkning og smerter trods korrekt behandling

En 34-årig kvinde klagede over den behandling, hun modtog af lægerne på ortopædkirurgisk afdeling i forbindelse med brud på hendes venstre håndled.

Kvinden pådrog sig under håndboldkamp et brud på den nederste ende af venstre underarm. Hun blev dagen efter i narkose behandlet på ortopædkirurgisk afdeling for underarmsbruddet, der blev sat på plads og bandageret med en gipsskinne. Røntgenkontrol viste god stilling af bruddet.

Patienten henvendte sig 3 dage senere, idet hun havde smerter i armen. Kontrolrøntgenfoto viste fortsat god stilling, hvorfor afdelingen ikke foretog sig noget med henblik på de angivne smerter. 8 dage efter primær behandling blev patientens arm atter røntgenfotograferet, og man løsnede forbindelsen en smule for at lindre på smerterne.

Patienten var 7 dage herefter igen til ambulant kontrol. Hun oplyste, at hun i forbindelse med behandlingen 7 dage tidligere havde fornemmelse af, at der var sket et eller andet med

knoglebruddet. Gipsbandagen blev fjernet – der var da gået 2 uger siden den primære behandling – og hånden forsigtigt rettet op til neutral stilling, og der blev anlagt ny gipsskinne. Ved kontrolrøntgenfoto fik man mistanke om, at bruddet var skredet, hvorfor nye røntgenbilleder blev taget. Disse mente man imidlertid viste uændrede forhold. Det blev derfor besluttet, at patienten ikke skulle have yderligere behandling, før gipsbandagen definitivt skulle fjernes.

Gipsbandagen blev fjernet 3 uger efter. Der blev tilsyneladende ikke taget røntgenfoto på dette tidspunkt. Ifølge patienten var bruddet skredet, og armen var skæv og ubrugelig med smerter. Dette fremgår ikke af journalen. Der blev anlagt støttebind og påbegyndt genoptræning.

1½ måned senere var patienten atter til undersøgelse, hvor der konstateredes betydelige bevægelsesindskrænkninger i venstre håndled samt smerter. Konklusionen på denne undersøgelse blev, at det venstresidige underarmsbrud var ophelet i en klinisk fejlstilling med vinkling og forkortning. Videre behandling heraf fandtes at skulle finde sted på en håndkirurgisk afdeling på et andet sygehus.

Nævnet lagde ved vurderingen af sagen vægt på, at brudstillingen ifølge journalen var god umiddelbart efter påpladssætningen, samt at efterbehandlingen efter nævnets vurdering var omhyggelig og grundig med hyppige og radiologiske kontroller. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det ikke er ualmindeligt, at håndledsbrud trods korrekt behandling ender med forkortning og bagudvinkling.

Nævnet fandt, at der havde været indikation for påpladssætning, da der forelå et venstresidigt håndledsbrud, samt at påpladssætningen var blevet gennemført i overensstemmelse med almindelig praksis. Nævnet fandt derfor ikke anledning til at kritisere den primære behandling. Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for kritik af den efterbehandling, patienten modtog.

Manglende behandling på trods af fejlstilling

En 61-årig kvinde klagede over, at et brud på hendes højre underarm blev sat skævt sammen.

Kvinden var faldet og havde herefter henvendt sig på en skadestue, hvor en reservelæge fandt et brud på højre underarm med en let forskydning af det nederste knoglestykke og med bøjning på ca. 10° mod strækkesiden. Frakturen blev forsøgt sat på plads i lokalbedøvelse og bandageret med hånden bøjet let mod bøjesiden. Røntgenkontrol viste bedret og acceptabel stilling.

8 dage efter behandlingen på skadestuen blev patienten tilset i ortopædkirurgisk ambulatorium, hvor en reservelæge fandt, at bruddet var skredet en smule, og at spolebenets ledflade pegede mellem 15° og 20° mod strækkesiden. Reservelægen konfererede med mellemvagten, der fandt brudstillingen acceptabel, og patienten blev tilsagt til fornyet røntgenkontrol efter yderligere 5 dage.

Dagen efter blev røntgenbillederne vurderet på en røntgenkonference, og der blev ikke fortaget yderligere i den forbindelse.

Nævnet fandt ikke anledning til kritik af den behandling, patienten modtog på skadestuen, idet behandlingen var i overensstemmelse med almindelige anerkendte principper, og der blev opnået god stilling i brudfladen.

Nævnet fandt derimod, at bagvagten, der havde vurderet brudstillingen i ortopædkirurgisk ambulatorium, samt den for røntgenkonferencen ansvarlige læge havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Nævnet lagde herved vægt på, at bruddet var skredet i en sådan grad, at dette efter almindelig god klinisk praksis, burde have medført, at der havde været iværksat forsøg på opnåelse af en bedret stilling i bruddet enten ved fornyet påpladssætning eller ved operation.

5.1.2 Klager vedrørende akutte knæskader og korsbåndslæsioner

Behandling af delvist læderet korsbånd

En 18-årig kvinde klagede over den behandling, hun havde modtaget på skadestue og i ortopædkirurgisk ambulatorium efter have forvredet venstre knæ.

Kvinden faldt under skiløb i udlandet, og blev undersøgt af en lokal praktiserende læge, som fandt, at der var tale om et sprængt korsbånd og lagde hele benet i gips. Hun blev herefter fløjet til Danmark og undersøgt på en skadestue 3 dage efter faldet.

Ifølge skadestuens instruks skulle patienter med mistanke om hel eller delvis overrivning af forreste korsbånd ikke indlægges i den akutte situation, men vurderes af en bagvagt senest 1 uge efter den første kontakt til skadestuen. I forbindelse med den første henvendelse skulle der foretages undersøgelse med henblik på udelukkelse af brud. Ifølge instruksen var der sædvanligvis ikke behov for bandage. Ved den primære undersøgelse ved bagvagt skulle behovet for primær rekonstruktion vurderes. I givet fald skulle dette planlægges til 6-8 uger senere, når hævelsen var svundet, og bevægelsen normaliseret.

På skadestuen blev patienten undersøgt af reservelæge A, der af patienten blev oplyst om den anden læges diagnose. Efter undersøgelsen, aftalte reservelæge A tid til fornyet undersøgelse 1 uge senere.

7 dage efter undersøgelsen på skadestuen mødte patienten til den aftalte undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium, og blev her set af 1. reservelæge B, der ligeledes undersøgte patienten 3 uger senere, hvor der fandtes indikation for en kikkertundersøgelse af knæet.

1. reservelæge B foretog kikkertundersøgelse godt 2 måneder efter primærskaden. Undersøgelsen viste, at forreste korsbånd var delvis læderet, men at der derudover var normale forhold. Ved undersøgelsen var der ingen løshed af knæet.

Med hensyn til reservelæge A lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin undersøgelse af patienten fandt indskrænket bevægelighed, let hævelse og dyb smerte i knæet, samt at der ved røntgenundersøgelse ikke var fundet tegn på brud, men ansamling. Nævnet lagde endvidere vægt på, at lægen i henhold til afdelingens instruks aftalte tid til en fornyet undersøgelse inden for 1 uge ved 1. reservelæge i ortopædkirurgisk ambulatorium.

Med hensyn til 1. reservelæge B lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin første undersøgelse af patienten fandt, at der var fremgang. Knæet kunne dog kun bøjes til 90, og det var vanskeligt at foretage en nærmere undersøgelse af knæet på grund af kraftige spændinger. Lægen gav instruktioner i bevægeøvelser samt aftalte fornyet klinisk kontrol 2 uger senere. Ved den efterfølgende kontrol blev der fundet 5 graders strækkedefekt og ømhed ved den mediale ledlinie,

men ellers normale forhold. Det blev aftalt, at der skulle foretages kikkertundersøgelse, og ved kikkertundersøgelsen blev der ikke fundet forhold, som kunne behandles.

Nævnet lagde tillige vægt på, at der altid er en betydelig usikkerhed i forbindelse med knæundersøgelse få dage efter en akut skade, ligesom der heller ikke kan foretages fuldstændig knæundersøgelse umiddelbart efter, at en gipsbandage er fjernet. Nævnet fandt på baggrund af de nævnte forhold ikke anledning til at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af henholdsvis reservelæge A og 1. reservelæge B.

Forsinket diagnosticering af overrevet korsbånd

En 18-årig kvinde klagede over den behandling, hun havde modtaget på en skadestue og i et ortopædkirurgisk ambulatorium i forbindelse med forvridding af hendes venstre knæ, herunder at det ikke blev konstateret, at hendes forreste korsbånd var revet over.

Kvinden henvendte sig på skadestuen, hvor hun blev undersøgt af reservelæge A, der stillede diagnosen "forvridding af andre og ikke specificerede dele af knæ" og ordinerede krykker til aflastning samt ny tid i ortopædkirurgisk ambulatorium i begyndelsen af den kommende uge.

Fire dage senere konsulterede patienten en praktiserende speciallæge i ortopædkirurgi, der på baggrund af en objektiv undersøgelse diagnosticerede en total overrivning af forreste korsbånd. Der blev aftalt tid til rekonstruktion af venstre knæ en måned senere under forudsætning af, at hævelsen var forsvundet, og bevægelsen var i orden. Patienten fik ordineret træning inden operationen.

Ved den aftalte kontrol i ortopædkirurgisk ambulatorium en uge efter skaden, blev patienten undersøgt af reservelæge B, der ikke fandt grundlag for yderligere nærmere udredning og afsluttede behandlingen, da patienten oplyste om undersøgelse og aftale hos praktiserende speciallæge.

Med hensyn til reservelæge A lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin kliniske undersøgelse ikke fandt hævelse eller anslag af knæskallen. Der var endvidere ingen ømhed af ledlinierne eller løshed i knæet, som kunne strækkes og bøjes fuldt ud. En røntgenundersøgelse viste ingen tegn på brud, og knæskallen var normalt beliggende. Reservelæge A aftalte tid til kontrol en uge senere, da årsagen til patientens symptomer ikke umiddelbart kunne specificeres nærmere.

Med hensyn til reservelæge B lagde nævnet vægt på, at lægen ved kontrollen i ortopædkirurgisk ambulatorium undersøgte for løshed i knæet og herved ikke fandt kliniske tegn på overrivning af det forreste korsbånd. Lægen afstod fra yderligere udredning, idet patienten oplyste om undersøgelsen hos den praktiserende speciallæge i ortopædkirurgi og den aftalte behandling.

Nævnet lagde tillige vægt på, at undersøgelse af knæledet efter akut opstået skade ofte er behæftet med nogen usikkerhed, og det er derfor en udbredt praksis at sætte patienter til kontrol enten hos egen læge eller i ambulatoriet ca. 1 uge efter. Nævnet fandt på baggrund af de nævnte forhold herefter ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af reservelægerne A og B.

Overset overrivning af korsbånd

En 20-årig mand klagede over, at det i forbindelse med behandling i et ortopædkirurgisk ambulatorium ikke blev konstateret, at forreste korsbånd i hans venstre knæ var revet over.

Manden henvendte sig på skadestuen, fordi han havde pådraget sig en skade i venstre knæ i forbindelse med fodboldspil. Ved en undersøgelse blev der konstateret smerter omkring den indvendige ledlinie og de fibrøse bindevævsbånd på indersiden af venstre knæ, samt smerter på indersiden af knæet ved rotation i knæledet. Der var endvidere skuffeløshed som udtryk for mulig korsbåndsskade, og han fik anlagt gipsskinne. Fem dage senere blev han undersøgt af reservelæge A i ortopædkirurgisk ambulatorium.

En måned efter primærskaden blev patienten på ny undersøgt i ortopædkirurgisk ambulatorium. Undersøgelsen blev foretaget af reservelæge B, som afsluttede behandlingen.

Tre måneder senere vred patienten om på venstre knæ, og henvendte igen på skadestuen, hvor han på grund af mistanke om menisklæsion og læsion af det indvendige ledbånd i knæet blev behandlet med et støtてbind. Han blev endvidere tilrådet aflastning samt henvist til efterfølgende undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium. Patienten var på dette tidspunkt kommet sig over knæledstraumet, som han havde pådraget sig fire måneder tidligere.

Ved den efterfølgende undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium 11 dage senere blev patienten på ny tilset af reservelæge B, der konkluderede, at der var tale om følger efter en forstuvning.

Godt et år efter primær skaden blev patienten på ny undersøgt på skadestuen, idet han igen var vredet om på venstre knæ. Undersøgelsen gav mistanke om indvendig menisklæsion eller læsion af knæledets indvendige ledbånd. Patienten blev derfor behandlet med en bage gipsskinne og henvist til undersøgelse i ortopædkirurgisk ambulatorium, hvor han en uge senere blev undersøgt af reservelæge C, som fandt, at der ikke var belæg for at mistænke en menisk – eller ledbåndsskade.

Omkring 3 år efter primærskaden blev patienten undersøgt ved hjælp af en kikkert. Ved undersøgelsen fandtes en ældre komplet overrivning af det forreste korsbånd.

Nævnet lagde vægt på, at patienten primært blev behandlet for skade på de indvendige sideledbånd, at denne skade kunne forklare hans symptomer, samt at der havde været god fremgang i forbindelse med de aktuelle knæskader.

Med hensyn til reservelæge A lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin objektive undersøgelse fandt ømhed og 5 graders løshed med fast stop omkring venstre knæleds indvendige fibrøse bindevævsbånd. Ved undersøgelsen blev der endvidere fundet usikker forreste skuffeløshed og usikker Lachmanns test, hvorfor lægen vurderede, at der var grundlag for at gentage undersøgelsen ved en efterfølgende kontrol. Patienten kunne strække benet helt og bøje til 70 grader, og han blev tilrådet at holde benet i ro med en cirkulær gipskapsel i 4 uger, hvorefter bandagen skulle fjernes og knæet vurderes på ny.

Med hensyn til reservelæge B lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin førstes objektive undersøgelse af patienten ikke fandt hverken side – eller skuffeløshed, samt at lægen instruerede patienten i optræningsøvelser. Ved den anden undersøgelse fandt lægen, at det var gået betydeligt fremad med benet, samt at patienten kunne støtte på det, uden at der var smerter. Ved den objektive

undersøgelse fandt lægen normale knækonturer, ingen ansamling, men nogen ømhed omkring den øverste tilhæftning af venstre knæleds indvendige ledbånd. Der var hverken side – eller skuffeløshed, og der var uømme ledlinier.

Med hensyn til reservelæge C lagde nævnet vægt på, at lægen ved sin undersøgelse fandt, af patienten var smertefri. Der var en lille ledansamling i venstre knæ, men knæet var uømt omkring ledlinien og ligamentstilhæftningerne. Knæet kunne bevæges fra 0 – 100 , hvorefter der blev udløst smerter på forsiden af knæet. Der blev ikke fundet side – eller skuffeløshed.

Nævnet lagde tillige vægt på, at det er hyppigt forekommende, at der er uoverensstemmelse mellem en udvendig knæundersøgelse og fundet ved en senere kikkertundersøgelse. Specielt når der er smerter i knæledet, vil en patient ofte ubevidst spænde muskulaturen i forbindelse med undersøgelse for løshed og dermed sløre en tilstedeværende løshed i knæet. Nævnet fandt på baggrund af de nævnte forhold ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af reservelægerne A, B og C, herunder at lægerne ikke på noget tidspunkt havde absolut indikation for at foretage en kikkertundersøgelse i knæet.

5.2 Klager over anvendelse af Boneloc-cement

Boneloc-cement blev i begyndelsen af 90'erne taget i brug på flere danske sygehuse. Cementen blev fortrinsvis benyttet til hofteoperationer, hvor hofteprotesen blev fastcementeret med denne cement. Boneloc-cement er dog også blevet anvendt til andre operationstyper, blandt andet knæoperationer.

Sundhedsstyrelsen har skønnet, at der blev opereret omkring 3100 hoftepatienter med Boneloc-cement i den periode, cementen blev anvendt.

Efterfølgende viste det sig, at der på visse afdelinger kunne konstateres en øget hyppighed af protese-løsning, når der var brugt Boneloc-cement.

På denne baggrund henstillede Sundhedsstyrelsen den 10. oktober 1995 til samtlige amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab, at der blev taget kontakt til samtlige afdelinger, hvor der var anvendt Boneloc-cement med henblik på, at de berørte patienter skriftligt blev orienteret om:

- mulighederne for kontrol og eventuel reoperation
- mulighederne for at rejse sag for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
- at patienter, som er opereret efter 1. juli 1992, har mulighed for at søge om erstatning efter lov om patientforsikring

Patientklagenævnet havde indtil 1. januar 1998 antaget 67 klager over operationer, hvor der var anvendt Boneloc-cement.

Patientklagenævnet besluttede i 1997 at forelægge Boneloc-sagerne for Retslægerådet. I april 1998 fik nævnet de første sager retur fra Retslægerådet, og i løbet af de følgende måneder fulgte de øvrige sager.

Retslægerådet var af nævnet blevet stillet følgende spørgsmål:

- Var det en fejl, at der på afdelingen blev anvendt Boneloc-cement ved den aktuelle operation?

Retslægerådets besvarelse var enslydende i de forelagte sager: ”I midten af 1980-erne og begyndelsen af 1990-erne drejede en betydelig del af den faglige diskussion om indsættelse af kunstige led (alloplastikker) sig om følgende forhold:

1) Varmeudviklingen ved hærkning af den cement, der anvendes ved disse operationer, og dens skadelige effekt på patienternes knogler fremkaldt af varmen.

2) Koncentrationen af fri monomér (den mindste molekylenhed, som indgår i stoffet) i patienternes blod ved cementeringen.

3) Giftigheden af monomérdampe, specielt MMA-monomér (methyl-metakrylat), frigjort ved cementblandingen under operationen. Hudpåvirkning og mulig skade på centralnervesystemet hos operationspersonalet var i søgelyset.

Boneloc blev bragt på markedet omkring 1990. Det havde en lavere hærkningstemperatur end de almindeligt anvendte cementer, angiveligt lavere indhold af MMA-monoméren og samtidig et simpelt blandingsystem med minimalt dampudslip og hudkontakt.

Cementen blev udviklet på Rigshospitalet og markedsført af et velkendt firma, hvilket medvirkede til en hurtig udbredelse af Boneloc til en betydelig del af de danske og en del udenlandske ortopædkirurgiske afdelinger. Det er ikke oplyst, med hvilke informationer Boneloc-cementen blev markedsført.

På dette tidspunkt forelå dyreforsøg, men ingen klinisk afprøvning. Det skal her pointeres, at der ikke i Danmark findes en offentlig godkendelsesprocedure i forbindelse med indførelse af implantater eller lignende i patientbehandlingen. Der er således ingen krav om, at der forud for introduktionen af et nyt implantat skal foreligge videnskabelig dokumentation for implantatets anvendelighed. Endelig skal det anføres, at der ikke tidligere var konstateret svigt i knoglecementen efter ændringer af sammensætningen. Boneloc-cementens svigt kom derfor uventet.

Det er imidlertid velkendt, at det indsatte protesemateriale løsnes langt hurtigere hos patienter, der er opereret for følger efter hoftelidsskred og/eller hos patienter, hvor det kunstige hoftelid udskiftes ved en senere operation. Dette gælder uanset den anvendte cementtype.

Da der ikke forelå lægevidenskabelige retningslinier i forbindelse med indførelse af implantater - og der stadig ikke gør det - er læger i sådanne situationer udelukkende bundet af lægelovens regler om omhu og samvittighedsfuldhed m.v. Hvorvidt disse regler er overtrådt, er en juridisk vurdering. Det ligger derfor uden for Retslægerådets kompetence at udtale sig nærmere, om benyttelsen af Boneloc har været ansvarspådragende i tiden indtil nedennævnte kritiske meddelelser fremkom i oktober 1994.

I oktober 1994 fremkom i foredragsform første gang meddelelse fra et dansk centralsygehus om en større frekvens af tidlig løsning ved anvendelsen af Boneloc-cementen, end ved andre kendte cementtyper. Boneloc-cement blev trukket tilbage fra markedet i april 1995.”

På denne baggrund mente Retslægerådet sig ikke i stand til at besvare spørgsmålene om, hvorvidt det i de konkrete sager var en fejl, at der blev anvendt Boneloc-cement til operationerne på afdelingerne på operationstidspunktet.

I enkelte sager, var der udover anvendelsen af Boneloc-cement også klaget over:

- At der ikke forud for operationen var blevet informeret om, at der ville blive anvendt Boneloc-cement.
- At der ved brugen af Boneloc-cement havde været tale om et klinisk forsøg.

Patientklagenævnet afgjorde de første 14 sager i maj 1998. Yderligere 47 sager blev afgjort i løbet af 1998, efterhånden som nævnet fik sagerne retur fra Retslægerådet. I de sager, nævnet afgjorde i maj 1998, havde operationerne fundet sted i perioden fra juli 1990 til juli 1993. I disse sager fandt Patientklagenævnet, at det ikke var en overtrædelse af lægeloven, at der som knoglecement blev anvendt Boneloc, fordi lægerne efter nævnets vurdering ikke havde haft grund til at mistænke, at der var særlige risici ved at anvende Boneloc på tidspunktet for disse operationer.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at der ikke fandtes en offentlig godkendelsesprocedure eller var krav om klinisk afprøvning i forbindelse med indførelse af implantater eller lignende i patientbehandlingen. Der var således ikke krav om, at der skulle foreligge videnskabelig dokumentation for anvendeligheden af cementen. Lægerne var derfor udelukkende bundet af lægelovens regler om omhu og samvittighedsfuldhed, når de brugte Boneloc-cement.

Nævnet lagde også vægt på, at der ikke forud for ibrugtagningen af Boneloc var påvist betydelige forskelle i kvaliteten og holdbarheden af de forskellige eksisterende fabrikater af cement.

Uanset hvilken cementtype, der anvendes, løsnes den indsatte hofteprotese langt hurtigere hos patienter, der er opereret for følger efter hofteskred. Det samme er tilfældet hos patienter, hvor det kunstige hofteled udskiftes ved en senere operation.

Endvidere lagde nævnet vægt på Retslægerådets oplysning om, at der først i oktober 1994 i forbindelse med et foredrag kom meddelelse fra et dansk centralsygehus om en større hyppighed af tidlig løsning ved anvendelsen af Boneloc, end ved andre cementtyper. Først i juni 1995 kom de første veldokumenterede kliniske opgørelser af Boneloc-cementerede hofteproteser, som klart påviste de alvorlige problemer med denne cementtype.

Professor Lars Nordskov Nielsens rapport om Sundhedsstyrelsens rolle i Boneloc-sagen blev offentliggjort i maj 1998. Af rapporten fremgår det, at problemerne med Boneloc-cementen, herunder navnlig mistanken om proteseløsning, blev diskuteret på Dansk Ortopædisk Selskabs møde den 29. og 30. oktober 1993. To overlæger talte på mødet om deres dårlige erfaringer med anvendelsen af Boneloc-cement. Professor Bjarne Lund fra Rigshospitalet konkluderede som følge af debatten på mødet, at man burde ophøre med at anvende Boneloc-cementen efter dette møde. En stor del af landets sygehuse, herunder Rigshospitalet, ophørte med at anvende Boneloc-cementen efter dette møde. Nævnet har i sine senere afgørelser også lagt vægt på disse oplysninger, og i to sager, hvor operationerne fandt sted i perioden fra november 1993 til februar 1994, fandt nævnet også, at det ikke udgjorde en overtrædelse af lægeloven, at der som knoglecement var blevet anvendt Boneloc ved hofteoperationerne. Nævnet fandt dog, at lægerne på baggrund af de drøftelser, der havde fundet sted under mødet i Dansk Ortopædisk Selskab i 1993, havde haft grund

til at mistænke, at der var særlige risici ved at anvende Boneloc-cement. Nævnet fandt derfor, at det havde været hensigtsmæssigt, om der ikke var blevet anvendt Boneloc-cement efter dette møde.

I de sager, hvor der tillige var klaget over, at der havde været tale om forsøg, lagde nævnet til grund, at Boneloc-cement havde været afdelingens standardcement til cementerede proteser, og at anvendelsen af Boneloc-cement således ikke skete som led i et forsøg.

I de sager, hvor der var klaget over information, fandt nævnet ikke, at lægerne ifølge lægeloven havde pligt til at informere patienten om, at der som cement ville blive anvendt Boneloc i forbindelse med hofteoperation. Sagerne vedrørte operationer, der havde fundet sted i perioden fra november 1990 til november 1992. Afgørelserne blev truffet på grundlag af reglerne om information, hvorefter voksne habile patienter som hovedregel har krav på information om deres sygdom, herunder om undersøgelser, behandling og indgreb samt om risiko for eventuelle komplikationer og bivirkninger i det omfang, de ønsker det. Lægen har pligt til af egen drift at informere patienten om forhold, som denne må formodes ikke at være bekendt med, og som må være væsentlige for patientens stillingtagen til undersøgelse og behandling m.v. En sådan pligt foreligger særligt, når der påtænkes foretaget operative indgreb eller behandling, som medfører en nærliggende risiko for alvorlige komplikationer eller bivirkninger. Der gælder en skærpet informationspligt i forbindelse med forsøg, ligesom der må foreligge et mere udtrykkeligt samtykke til behandling m.v.

Da hoftekirurgi udvikling har medført, at den enkelte hospitalsafdeling/læge tager udstyr /metoder/teknik i brug, som i større eller mindre grad afviger fra det, man tidligere har benyttet, fortolkes reglerne således, at hvis udstyret kun i detaljer afviger fra tidligere kendte principper, afhænger lægens informationspligt af, om det forudgående princip var velkendt for lægen. Nævnet lagde til grund, at Boneloc-cement var afdelingernes standardcement ved cementerede proteser, og at anvendelsen af Boneloc-cement således ikke skete som led i et forsøg. Efter nævnets opfattelse kunne det således ikke anses for væsentligt for en patients stillingtagen til en hofteudskiftningsoperation, at patienten havde kendskab til operationstekniske detaljer, som forskellige proteseudformninger og cementtyper, når operationen blev udført i overensstemmelse med gængse metoder og teknikker, som lægen/hospitalet er fortrolig med.

Total hofteudskiftningsoperation med fastsættelse af protesen i cement var efter nævnets opfattelse allerede da en velkendt teknik.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at der forud for introduktionen af Boneloc-cement ikke var konstateret betydende forskelle i kvaliteten mellem de eksisterende cementer. Nævnet lagde endvidere vægt på Retslægerådets oplysning om, at der ikke tidligere var konstateret svigt i knoglecementen efter ændringer af sammensætningen. I sager, hvor operationen fandt sted i perioden fra november 1993 til 1994, altså efter mødet i Dansk Ortopædisk Selskab i oktober 1993, fandt nævnet også, at lægerne ikke havde pligt til efter lægeloven at informere om, at der som cement ville blive anvendt Boneloc. Men da lægerne efter nævnets opfattelse på baggrund af mødet i Dansk Ortopædisk Selskab i oktober 1993 havde grund til at mistænke, at der var særlige risici ved at anvende Boneloc, fandt nævnet, at det havde været hensigtsmæssigt, om patienterne var blevet informeret om, at man ikke kendte langtidsvirkningen af Boneloc-knoglecement.

Nævnet modtog i løbet 1998 stadig klager over operationer, hvor der havde været anvendt Boneloc-cement. En del af disse klager blev afvist som forældede efter reglen i Centralstyrelseslovens § 22,

idet klageren i mere end 2 år havde eller burde have været bekendt med, at der var blevet benyttet Boneloc-cement i forbindelse med den påklagede operation.

Da Retslægerådets besvarelser af de refererede spørgsmål var enslydende, besluttede nævnet ikke at høre Retslægerådet i nye sager, hvor problemstillingerne var identiske med de tidligere besvarede sager, og hvor den påklagede operation havde fundet sted på et tidspunkt, der ikke var senere end det seneste operationstidspunkt Retslægerådet havde haft mulighed for at udtale sig om. I løbet af året blev en del klager trukket tilbage af Patientforeningen Danmark, før nævnet traf afgørelse. Ved udgangen af 1998 verserede der stadig 3 klager over anvendelsen af Boneloc-cement.

6. PSYKIATRISKE ANKESAGER

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fungerer i medfør af psykiatrilovens § 38 som ankeinstans i forhold til de lokale psykiatriske patientklagenævn og følger de lokale nævns kompetence, som den er beskrevet i § 36. Efter denne bestemmelse omfatter kompetencen klager over tvangsbehandling, tvangs fiksering, beskyttelsesfiksering og anvendelse af fysisk magt.

6.1 Tvangsfiksering og mindste middels princip

Ifølge psykiatrilovens § 14 må tvangsfiksering kun anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Anvendelse af tvangsfiksering efter psykiatrilovens § 14 skal ske i overensstemmelse med mindste middels princip, som er lovfæstet i § 4. Princippet indebærer, at tvangsanvendelse skal begrænses til det absolut nødvendige minimum, at der blandt flere egnede tvangsmidler skal vælges det mindst indgribende, og at tvang skal anvendes på en så skånsom måde som muligt.

Selv om patienter måtte skønnes farlige, øver hærværk eller forulemper medpatienter, må de kun tvangsfikseres, hvis situationen ikke kan håndteres med mindre indgribende midler. Egnede foranstaltninger kan, afhængig af situationen, eksempelvis være rimelig eftergivenhed, beroligende ord eller tilbud om beroligende medicin. Også bestemte tvangsmæssige indgreb kan være mindre indgribende end tvangsfiksering, eksempelvis fastholden gennem en kortere tid, tvangsmæssig flytning til et andet opholdssted på sygehuset eller skærmning på enestue. Selv om det i en konkret situation kan stille sig usikkert, om en mindre indgribende foranstaltning vil vise sig lige så effektiv som en tvangsfiksering, kræver mindste middels princip, at afdelingspersonalet gør rimelige forsøg på at bringe situationen under kontrol uden eller med en begrænset magtanvendelse.

Tvangsfiksering af patient, som ikke kunne fastholdes eller skærmes på stuen

En 27-årig kvinde med hebefren skizofreni gennem flere år var efter to voldsepisoder blevet dømt til psykiatrisk behandling. Under indlæggelsen blev hun på et tidspunkt tiltagende dårligere, muligvis på grund af manglende medicinindtagelse. Patienten blev overflyttet på lukket afdeling, hvor hun fandtes præget af vrangforestillinger og tidvis aggressivitet. Efter knap to uger var hun en dag tiltagende psykotisk med vrangforestillinger, vredliden, højtråbende og udskældende, hvorfor hun

blev skærmet på sin stue. Patienten blev bedt om at holde sig på sin stue, men forlod denne, og blev efter en ny opfordring om at gå på sin stue udadreagerende, i hvilken forbindelse hun slog et personalemedlem hårdt i hovedet. Hun blev tvangsfikseret og accepterede efter en lægesamtale frivillig medicinering med Nozinan. Fikseringen blev ophævet efter 19 timer

Nævnet fandt i overensstemmelse med lokalnævnet, at betingelserne for tvangsfikseringen var opfyldt på grund af nærliggende fare for andres legeme og helbred. Nævnet lagde vægt på, at personalet forgæves havde søgt at berolige patienten og skærme hende på sin stue. På baggrund af tidligere erfaringer skønnede lægerne, at en beroligende injektion ved tvang ville nødvendiggøre, at patienten skulle fastholdes gennem længere tid indtil virkningens indtræden.

6.2 Tvangsfikseringen med remme

Som midler til tvangsfiksering må der alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Ved en tvangsfiksering må hånd- og fodremme samt handsker alene anvendes i den udstrækning, at en fiksering med bælte alene ikke skønnes tilstrækkelig.

Tvangsfiksering med diverse remme gennem 11 døgn

En 43-årig skizofren kvinde under intensiv antipsykotisk behandling blev tiltagende opkørt. Hun begyndte at kaste med askebægre, lamper og urtepotter og blev to gange med magt ført på sin stue. Efter at patienten havde bidt sig selv i begge underarme fik hun en beroligende injektion, men var efter en halv times fastholden uforandret selvdestruktiv. Hun blev herefter lagt i bælte, to fodremme, to håndremme, to handsker og en lang knærem. I forbindelse med fikseringen blev der givet beroligende injektion Stesolid 10 mg, og fikseringen varede i 2½ døgn. Dagen efter løsningen blev patienten på ny urolig, begyndte at kaste med inventar og bide sig selv. Hun blev fastholdt og fulgt til sengs, men fortsatte med at bide sig, hvorfor hun blev fikseret med bælte, to handsker og to håndremme. Cirka 4 timer senere blev der yderligere anlagt to fodremme og en lang knærem. Fikseringen med bælte, hånd- og fodremme blev ophævet efter 11 døgn.

Nævnet fandt i overensstemmelse med lokalnævnet tvangsfikseringerne lovmedholdelige på grund af nærliggende fare for patienten eller andre. Nævnet fandt mindste middels princip iagttaget, idet relevante mindre indgribende midler, herunder beroligende indsprøjtning ved første fiksering, havde været forsøgt forinden. Vedrørende fikseringens udstrækning lagde nævnet vægt på, at det ved daglige tilsyn blev konstateret, at patienten fortsat var til fare for sig selv, idet hun ved flere tilfælde bed sig selv, når det var muligt. Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten var medicinpåvirket uden effekt på den selvdestruktive adfærd, hvorefter det ikke fandtes sandsynliggjort, at en yderligere medicinsk behandling kunne have afkortet fikseringstiden.

6.3 Tvangsbehandling og mindste middels princip

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. psykiatrilovens § 12, stk.1, i forbindelse med § 10. Ved tvangsmedicinering skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger, jf. § 12, stk. 2

Det følger af mindste middels princip, at tvangsmedicinering kun må anvendes, når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige, og anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt

forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Lignende synspunkter gør sig gældende, når der skal tages stilling til, hvorvidt en igangværende tvangsmedicinering skal fortsætte med samme eller ændret medicin. Såfremt en patient frivilligt medvirker ved en medicinsk behandling, bedømmes nødvendigheden af en tvangsbehandling blandt andet under hensyntagen til effekten af den igangværende frivillige behandling.

Tvangsbehandling med henblik på at skifte præparat

En 45-årig kvinde havde 5 år inden den aktuelle sygdom to gange været i behandling på psykiatrisk afdeling, uden at der kunne konstateres nogen sindssygdom. Året før den aktuelle sygdom havde patienten været indlagt med forfølgelsesforestillinger. Efter to måneders tvangsmedicinering med Trilafon uden effekt, blev patienten udskrevet til fortsat Trilafonbehandling, da hun fortsat blev skønnet psykotisk.

Den aktuelle tvangsindlæggelse på psykiatrisk afdeling blev foretaget på farekriteriet, og dagen efter indlæggelsen var hun, om end ved klar bevidsthed, tidvis syns- og hørehallucineret. Patienten skønnedes behandlingskrævende psykotisk og muligvis til fare for sig selv eller andre.

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med Serenase.

Lokalnævnet tilsidesatte beslutningen om tvangsmedicinering, idet der blev lagt vægt på, at patienten frivilligt modtog behandling med antipsykotisk medicin Trilafon, og at beslutningen om tvangsbehandling med Serenase ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltninger.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn fandt efter en samlet bedømmelse, at det havde været uforsvarligt ikke at tvangsmedicinere patienten, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig bedring af tilstanden ellers var blevet væsentligt forringet.

Nævnet fandt endvidere, at et præparatskifte var indiceret og at den i forbindelse med tvangsbehandlingen ordinerede medicin opfyldte kravet om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering med færrest mulige bivirkninger.

Nævnet fandt imidlertid, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltninger, idet nævnet lagde vægt på, at patienten frivilligt havde modtaget behandling med Trilafon. Samtidig havde tidligere Trilafonbehandling haft en dæmpende effekt på patientens symptomer, og den aktuelle sygdom skyldtes formentlig, at patienten efter forrige indlæggelse ikke havde taget Trilafon i den ordinerede dosis.

Nævnet fandt således, at en anvendelse af tvang på det pågældende tidspunkt ikke stod i rimeligt forhold til den behandlingsmæssige fordel, der søgtes opnået ved et præparatskifte fra Trilafon til Serenase.

6.4 Særligt om tvangsbehandling med depotmedicin og mindste middels princip

Depotpræparater bør i videst muligt omfang undgås og må ikke være begyndelsesbehandling ved tvangsmedicinering af patienter, hvis reaktion på behandlingen man ikke kender.

Da depotpræparaters virkning strækker sig over et længere tidsrum og derfor giver dårligere muligheder for at afbryde behandlingen med omgående effekt, anses en tvangsmedicinering med depotmedicin som udgangspunkt som en mere indgribende foranstaltning end en tvangsmedicinering med et tilsvarende præparat med almindelig virkningstid.

Depotpræparater kan imidlertid under særlige omstændigheder være mindre indgribende end et tilsvarende præparat med almindelig virkningstid. Dette kan eksempelvis være tilfælde i situationer, hvor patienten - ud over at opfylde de almindelige betingelser for dels tvangsmedicinering, dels anvendelse af depotmedicin – i ganske særlig grad ville opleve tvangsbehandlingen som angstprovokerende, eller hvor der er rimelig grund til at påregne, at det ville blive nødvendigt med daglige injektioner under ikke ubetydelig fysisk magtanvendelse.

Patient skønnedes ikke at ville modsætte sig daglige injektioner

En 47-årig mand havde gennem en længere periode lidt af en mani-depressiv sygdom og på grund af flere manier været indlagt. I forbindelse med kriminalitet havde patienten fået en dom til behandling i psykiatrisk afdeling, således at overlægen sammen med Kriminalforsorgen kunne træffe beslutning om genindlæggelse.

Under tidligere sygdomsperioder var patienten blevet behandlet med antipsykotisk medicin Cisordinol, som havde haft en god afdæmpende virkning på de maniske symptomer.

I henhold til dom blev patienten på ny indlagt, da han gav udtryk for megalomane tvangsforestillinger, og det blev skønnet, at der var tale om en mani i forbindelse med patientens mani-depressive sygdom.

Efter 4 døgn indlæggelse, da patienten på egen hånd havde forladt afdelingen, blev der truffet beslutning om tvangsbehandling af ham med Cisordinol, subsidiært Cisordinol depot.

Lokalnævnet godkendte beslutningen om tvangsmedicinering med Cisordinol. Derimod fandt Lokalnævnet ikke betingelserne for anvendelse af depotmedicin opfyldt, da fysisk magtanvendelse ikke ansås for nødvendig.

Lokalnævnet udtalte, at afdelingen senere kunne træffe beslutning om tvangsmedicinering med depotmedicin, såfremt der ikke indtrådte en væsentlig bedring, eller hvis der ikke indtrådte betydelige bivirkninger.

Patientklagenævnet fandt, at der var grundlag for tvangsbehandling, og at denne opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltninger. Nævnet havde herved lagt vægt på, at patienten under tidligere behandling var søgt motiveret for frivillig antipsykotisk behandling.

Nævnet fandt dog, at behandling med Cisordinol depot ikke opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltninger, idet det ikke fandtes godtgjort, at patienten ville modsætte sig daglig behandling, således, at der måtte anvendes betydelig fysisk magt ved medicinindgivelsen, eller at daglig medicinindgift ville være specielt angstprovokerende for ham.

Nævnet bemærkede i øvrigt, at en manglende bedring i tilstanden eller udebliven af betydelige bivirkninger ikke kunne danne grundlag for en senere anvendelse af depotmedicin.

7. KLAGER OVER TANDLÆGER

I 1998 afgjorde Patientklagenævnet 74 sager, hvor der blev taget stilling til tandlægers faglige virksomhed. Heraf var 16 indberetningssager fra Sundhedsstyrelsen.

I 4 af de 74 sager indgik tillige andre faggrupper (læge, sygeplejerske, klinisk tandtekniker) i Patientklagenævnets afgørelse.

7.1 Hvilke sager?

Patientklagenævnet kan behandle klager over offentligt ansatte tandlæger, f.eks. den kommunale tandpleje og hospitalstandlæger. Patientklagenævnet behandler dog ikke klager over kommunalt ansatte tandlægekonsulenter, som tager stilling til anmodning om tilskud til behandling af voksne patienter, for eksempel efter regler om tilskud i bistandsloven. Dette gælder uanset, om tandlægekonsulenten har undersøgt patienten eller ej.

Privat praktiserende tandlæger, som har tiltrådt tandlægeforeningens overenskomst med Sygesikringen, er som udgangspunkt ikke omfattet af Patientklagenævnets virksomhedsområde. Klager over disse behandles af tandlægenævnet i det amt, hvor tandlægen har sin praksis, og tandlægenævnets afgørelser kan ankes til Landstandlægenævnet.

Det afgørende er, om den praktiserende tandlæge har tiltrådt den nævnte overenskomst. Det har i denne sammenhæng ingen betydning, om den konkrete behandling, der klages over, er tilskudsberettiget i henhold til sygesikringen eller ej.

Patientklagenævnet kan dog godt behandle en klage over en praktiserende tandlæge, som har tiltrådt den nævnte overenskomst, hvis den behandling, der klages over, er en del af den kommunale tandpleje. Det ses ofte, at mindre kommuners børnetandpleje ikke har fastansatte specialtandlæger inden for tandreguleringsområdet, men i stedet benytter private praktiserende specialtandlæger på konsulentbasis. Disse private tandlæger kaldes "tandlægekonsulenter", men fungerer reelt som en del af den kommunale børnetandpleje, idet de udfører undersøgelse og visitation af barnet på samme måde som ansatte specialtandlæger i større kommuners børnetandpleje. Patientklagenævnet behandler derfor klager over disse "tandlægekonsulenter", som reelt fungerer som en del af den kommunale børnetandpleje.

Praktiserende tandlæger, som ikke har tiltrådt den nævnte overenskomst, er også omfattet af Patientklagenævnets kompetenceområde.

Patientklagenævnet kan tillige behandle indberetningssager fra Sundhedsstyrelsen vedrørende praktiserende tandlæger. Dette skal blandt andet ses i sammenhæng med, at de amtslige tandlægenævn og Landstandlægenævnet skal foretage indberetning til Sundhedsstyrelsen om alle de af nævnene truffede afgørelser. Ifølge de gældende regler skal alle sager, hvor enten de amtslige tandlægenævn, Landstandlægenævnet eller Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er sket en overtrædelse af tandlægeoven, indbringes for Patientklagenævnet.

7.2 Hvilke tandlæger?

Af de 74 sager, der blev afgjort på nævnsmøder i 1998, vedrørte 29 sager tandlæger ansat i den kommunale tandpleje, 22 sager vedrørte privat praktiserende tandlæger, 13 sager vedrørte hospitalstandlæger, alle inden for det kæbekirurgiske område. Der var endvidere 5 sager vedrørende tandlæger på tandlægeskolerne, 3 sager om fængselstandlæger og en sag vedrørende en tandlæge på en kaserne. Endelig var der en sag, hvor tandlæger fra forskellige sektorer var involveret i forløbet.

7.3 Hvor hyppigt udtalte Patientklagenævnet kritik?

Af de 74 afgørelser drejede 6 sig om anmodninger om genoptagelse af tidligere afgørelser, hvoraf Patientklagenævnet afviste at genoptage 4. I de 2 afgørelser, der blev genoptaget, blev der givet kritik i den ene af de nye afgørelser.

I de resterende 68 afgørelser fandt Patientklagenævnet i 38 tilfælde, at der ikke var grundlag for kritik af den behandlende tandlæge. I 4 af disse afgørelser udtalte nævnet dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om den enkelte tandlæge havde foretaget en bestemt handling, men nævnet fandt dog ikke, at undladelsen var en overtrædelse af lov om tandlæger.

Patientklagenævnet fandt således, at tandlægeloven var overtrådt i alt i 31 tilfælde.

7.4 Temaer i sagerne

Et klagetema var, at der i forbindelse med kariesangreb ikke blev foretaget tilstrækkelig undersøgelse og behandling (7 sager). Et andet fremtrædende klagetema var, at der i den kommunale tandpleje ikke blev fundet indikation for at tilbyde tandregulering, eller at udført tandregulering ikke havde et tilfredsstillende resultat (21 sager). Endelig indgik utilstrækkelig journalføring i hovedparten af indberetningssagerne.

Derudover var der blandt andet følgende temaer:

- at der ikke var indikation for en bestemt behandling
- at en operation blev udført forkert
- at der opstod skade på tænder og tunge ved operation
- at der ikke blev informeret tilstrækkeligt
- Nogle af de behandlede sager omhandlede flere temaer.

7.5 Konkrete afgørelser

Behandling af karies

• *En 18-årig dreng var blevet behandlet af en tandlæge i en kommunal tandpleje i perioden fra januar 1993 til februar 1997.*

Den 25. februar 1997 blev drengen udskrevet fra den kommunale tandpleje til videre behandling hos privat tandlæge. I udskrivningsbrevet noterede tandlægen, hvilke tænder, som var blevet behandlet siden den 16. januar 1997. Herudover fremgik det, hvilke tænder, der skulle observeres for begyndende karies.

Patientklagenævnet fandt, at den behandling, som tandlægen udførte på drengen, ikke kunne kritiseres, idet spørgsmålet om, hvornår der skulle behandles med fyldning, beroede på tandlægens skøn, hvilket var i overensstemmelse med sædvanlig praksis.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der i hele forløbet regelmæssigt blev taget røntgenbilleder til kontrol af de begyndende kariesangreb, og at de enkelte angreb, som udviklede sig, blev behandlet med fyldning. End videre blev drengen ifølge journalen løbende informeret om kariessituationen samt givet instruktion i tandpleje og -hygiejne.

Nævnet kunne oplyse, at der sædvanligvis udvises tilbageholdenhed med fyldningsbehandling af de kariesangreb, som patienten selv er i stand til at rengøre ved daglig mundhygiejne. Nævnet fandt således ikke grundlag for kritik af tandlægen.

• En 15-årig dreng blev den 18. december 1992 undersøgt af tandlægen efter tilflytning . Den sidste undersøgelse fra hans forrige tandlæge viste, at man dér fandt tre begyndende kariesangreb den 9. juni 1992. Der blev taget sammenbidsrøntgenbilleder (bite-wing røntgenbilleder) i december 1992 til hjælp for undersøgelsen. Tandlægen vurderede, at der ikke var karies, men at tyggefladen på en tand skulle observeres.

I marts 1994 konstaterede tandlægen en begyndende kariesudvikling.

Tandlægen valgte i juni 1995 at behandle 2 kariesangreb med "non-operativ" kariesbehandling i form af fluorbehandling og instruktion i brug af tandtråd.

Patientklagenævnet oplyste, at karies er en sygdom, der skyldes sygdomsfremkaldende bakteriebelægninger, der ligger uforstyrret på tandoverfladen i lang tid. Når bakteriebelægningerne fjernes eller forstyrres grundigt, går en igangværende kariesproces i stå, og der skal lang tid til, før den går i gang igen, og den kan faktisk helt standses, hvis bakterieforstyrrelsen fortsætter. Det betyder, at tandlægen, der finder et igangværende kariesangreb på et tidligt stadie, har tid til at informere patienten om, hvordan han selv er i stand til at forhindre en videre udvikling af sit eller sine kariesangreb. Hvis denne information bliver forstået, og patienten foretager det nødvendige renhold, vil der ske en standsning af igangværende processer, og det bliver ikke nødvendigt med fyldningsbehandling. Fluorbehandling af det begyndende kariesangreb bidrager yderligere til at sænke hastigheden, hvormed et kariesangreb udvikler sig. Denne form for behandling kaldes under ét: 'non-operativ kariesbehandling'.

For at det skal kunne lade sig gøre at standse igangværende kariesprocesser på denne måde, skal tandlægen finde og udpege de aktive steder for patienten, og patienten skal på sin side følge tandlægens råd og anvisninger.

Bliver igangværende kariesangreb ikke standset, udvikler processen sig, og det bliver nødvendigt at behandle den kariesangrebne tand med en fyldning. Hvornår det i det enkelte tilfælde er nødvendigt at vælge at behandle den karieserede tand med en fyldning, er et skøn, den enkelte tandlæge foretager over udviklingshastigheden i hvert enkelt tilfælde, ved at afveje kariesangrebets dybde, dets udvikling over tid over for hyppigheden og graden af plakfjernelse. Som supplement til de kliniske undersøgelser kan tandlægen benytte sig af sammenbidsrøntgenbilleder (bite-wing røntgenbilleder) af kindtænderne, hvorved han får et indtryk af, hvor dybt kariesangrebet går ind i tanden. Dette er

en god hjælp til at foretage det rigtige behandlingsvalg, men ved vurdering af udviklingshastigheden af et kariesangreb er det nødvendigt med to billeder taget over tid.

Patientklagenævnet fandt, at røntgenbillederne fra 1992 var utilstrækkelige, fordi 2 af de tandflader, der vendte mod hinanden i de 2 bagerste kindtænder i højre side af overkæben, der hos den tidligere tandlæge var fundet begyndende karies i, lappede over hinanden, så man ikke kunne se, om fundet var rigtigt. Nævnet fandt på denne baggrund, at der burde have været taget nye billeder.

Nævnet fandt, at der tillige var røntgenfund, som burde have givet anledning til "non-operativ" behandling af de igangværende kariesangreb. Den manglende diagnosticering af de igangværende kariesangreb havde således ført til, at tandlægen ikke foretog den nødvendige behandling.

Nævnet fandt tillige, at kariesfundet i marts 1994 burde have givet anledning til at tage nye røntgenbilleder.

Nævnet fandt, at tandlægen i juni 1995 foretog en utilstrækkelig diagnostik af sammenbidsrøntgenbillederen (bite-wing røntgenbillederne).

Nævnet fandt, at der var kariesforandringer på i alt 6 tænder, hvoraf de 2 havde behov for fyldningsbehandling, mens det ville være korrekt at behandle de øvrige kariesangreb med "non-operativ" kariesterapi.

Nævnet fandt således, at tandlægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin behandling af patienten.

Tand slugt i forbindelse med bedøvelse

En 6-årig dreng slog ved et fald sin midterste venstre fortand i overkæben ud. Kort tid efter uheldet blev han bragt til sin skoles tandklinik. Tandlægen planlagde at sætte tanden tilbage på dens plads, og han placerede den udslåede tand i mundhulen mellem kæben og læbens inderside. Han instruerede drengen i hele tiden at bide sammen.

Herefter fik drengen lattergas samt overfladebedøvelse på slimhinden og lokalbedøvelse i form af indsprøjtning. Da bedøvelsen virkede, og tandlægen var klar til at indsætte tanden, kom drengen til at sluge den.

Tandlægen vurderede herefter, at det ikke var muligt at redde tanden efter ophold i mavesækken, og at muligheden for at fastgøre tanden ikke var god på grund af brud på knoglen omkring tanden, samt at tanden kun var halvt roddannet.

Patientklagenævnet fandt, at det ikke var korrekt af tandlægen at placere den udslåede tand i mundhulen på drengen, når der samtidig blev givet lattergas. Nævnet lagde vægt på, at lattergas ved sin smertestillende og beroligende virkning giver et ændret reaktionsmønster med risiko for, at et løst fremmedlegeme, som f.eks. en løs tand, kan synkes, uden at patienten umiddelbart opdager det.

Nævnet kunne oplyse, at en udslået tand normalt kan opbevares enten i mundhulen eller i saltvand under transporten fra ulykkesstedet. Så snart patienten kommer til tandlægebehandling, lægges tanden i saltvand for at sikre, at den bliver ren og klar til indsætning på sin plads i tandrækken.

Nævnet fandt endvidere, at tandlægen burde have sørget for, at der blev foretaget undersøgelser til udredning af, om tanden var gledet ned i mavesækken eller i luftvejene. Drengen kunne, som følge af lattergassens virkning, ikke forventes at være i stand til at mærke dette.

Nævnet lagde herved vægt på, at tanden var et fremmedlegeme, som kunne forårsage tillukning af luftvejene.

Nævnet fandt det ikke sandsynligt, at tanden kunne have været reddet, hvis den havde været i mavesækken, idet mavens indhold af syre ville have nedbrudt tandens støtteapparat (parodontalmembran), som skulle binde tanden til knoglen.

Nævnet fandt, at tandlægen ikke havde været omhyggelig og samvittighedsfuld i forbindelse med behandlingen. Nævnet indskærpede desuden over for tandlægen, at han skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Tandreguleringsbehandling og kæbeledsproblemer

• *En 10-årig pige fik i 1982 i den kommunale tandpleje konstateret, at der var kraftig mangel på plads til hjørnetanden i højre side af overkæben og første lille kindtand i venstre side af underkæben. Den forreste lille kindtand i venstre side af overkæben blev trukket ud, og der indsattes en bøjle i undermundens for at holde plads til de tænder, der skulle bryde frem senere. I 1983 fandtes det ikke muligt at skabe mere plads i underkæben med bøjlen, og det måtte accepteres, at der manglede lidt plads til tænderne i højre side af underkæben.*

Fra 1984 til 1988 var der knagen fra begge kæbeled. I 1987 blev der fremlagt en behandlingsplan omfattende fjernelse af yderligere tre små kindtænder samt fast bøjle i over- og underkæben. Det var pigen ikke interesseret i. Hun ville imidlertid gerne have en bidskinne til at afhjælpe generne fra kæbeledene, men brugte ikke denne regelmæssigt. Efter et halvt år ophørte hun helt med at bruge den, da bidskinnen efter hendes opfattelse ikke hjalp. Medio 1988, hvor pigen var 17 år, aftaltes det, at hun kunne henvende sig på ny, hvis hun fik brug for bidskinne igen.

Patientklagenævnet fandt det ikke sandsynliggjort, at de nuværende kæbeledsproblemer kunne relateres til den behandling, som pigen havde modtaget i den kommunale tandpleje, der var fremkommet med korrekte behandlingsforslag og havde udleveret en bidskinne. Nævnet bemærkede, at der ifølge journaloplysningerne fra efterfølgende tandlæger havde været en længere periode fra 1988 til 1992, hvor hun ikke havde været plaget af kæbeledsproblemer.

• *En 10-årig pige fik i 1988 i den kommunale tandpleje konstateret, at der var dårlig plads til hjørnetænderne i overkæben. Der blev udarbejdet en behandlingsplan, der indebar, at der skulle trækkes en lille kindtand ud i hver side af over- og underkæben, hvorefter de andre tænder skulle rettes på plads med fastsiddende bøjle. Behandlingen blev påbegyndt i 1990 og afsluttet i 1995.*

Der var modstridende oplysninger om, hvorvidt pigen i behandlingsperioden havde gjort opmærksom på kæbeledsproblemer. Studiemodeller af tandsættet fra 1997 viste, at sammenbiddet var næsten normalt, men at der i sideværts retning var en forskydning mod midtlinjen på 2 mm mod højre, og der var let pladsmangel til fortænderne i over- og underkæben .

Patientklagenævnet fandt, at tandreguleringsbehandlingen blev udført i overensstemmelse med sædvanlig praksis, og at der var opnået god plads til tænderne i over- og underkæbens sider. Pigens kæbeledsproblemer fandtes således ikke at være forårsaget af tandreguleringsbehandlingen.

Nævnet oplyste i begge afgørelser, at kæbeledsknæk kan forekomme såvel hos personer med normal tandstilling som hos personer med tandstillingsfejl/dårligt sammenbid.

Tandreguleringsbehandling og løfte om behandling

En 8-årig pige blev i 1988 af den kommunale tandplejes specialtandlægekonsulent anbefalet at få rettet sit krydsbid (skævt kindtandssammenbid) og de to store fortænder i overkæben, idet disse var drejede (roterede). Specialtandlægekonsulenten accepterede senere et tilbud fra en anden specialtandlæge angående behandling af krydsbiddet. Der var ikke nævnt noget om de drejede fortænder i tilbuddet.

Ved en visitation i 1991 fandtes der ikke grundlag for regulering af de to fortænder. Ved en fornyet visitation i 1995 fandtes tandstillingen perfekt, bortset fra de to fortænders stilling. Specialtandlægekonsulenten fandt fortsat ikke grundlag for at rette de drejede fortænder.

Det fremgik af sagen, at pigen og hendes forældre mente, at de af specialtandlægekonsulenten på vegne af kommunen havde fået et løfte om behandling af de roterede fortænder, hvilket denne afviste.

Patientklagenævnet fandt på baggrund af de dagældende visitationsregler ikke grundlag for kritik af specialtandlægekonsulentens vurderinger ved visitationerne i 1991 og 1995.

Nævnet fandt endvidere, at der ikke var grundlag for kritik af, at pigen i 1988 ikke havde fået rettet de drejede fortænder, idet der på det tidspunkt var ret vide rammer for, hvilke børn der skulle have tilbudt tandreguleringsbehandling. Det fandtes således ikke kritisabelt, at specialtandlægekonsulenten i 1988 ved modtagelsen af tilbuddet ikke sikrede, at pigen tillige fik rettet de drejede fortænder.

Vedrørende det ifølge klagen afgivne løfte gjorde nævnet opmærksom på, at nævnet ifølge lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. kun kan behandle klager over den faglige virksomhed, der udøves af sundhedspersoner. Nævnet kan derimod ikke behandle klager over andre forhold så som økonomiske forhold, og om specialtandlægekonsulenten kunne siges at have afgivet et løfte, der på baggrund af andre regler end tandlægeloven måtte have forpligtet kommunen til at betale for behandlingen. Nævnet kunne således ikke tage stilling til, hvorvidt pigen havde krav på, at kommunen tilbød tandreguleringsbehandling af de drejede fortænder, idet dette spørgsmål i sidste instans måtte afgøres ved domstolene.

Journalføring

I forbindelse med overgang til EDB makulerede en tandlæge i 1994 et antal originale håndskrevne journaler. Heraf var ca. 100 journaler mindre end 10 år gamle. Det drejede sig om journaler på patienter, som ikke længere kom i tandlægens klinik. Forinden makuleringen havde tandlægen lavet en nøjagtig afskrift af de originale journaler på EDB.

Patientklagenævnet fandt, at overgang til journalføring på EDB ikke ændrer ved opbevaringspligtens varighed, og at tandlægen derfor fortsat var forpligtet til at opbevare papirjournalerne.

På denne baggrund fandt Patientklagenævnet, at tandlægen ikke har været tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld ved sin opbevaring af de journaler, som var mindre end 10 år gamle, og som blev makuleret.

Information ved operation

• *En 50-årig kvinde blev undersøgt på en afdeling for tand-, mund- og kæbekirurgi efter henvisning. Tandlægen fandt en lokaliseret rodspidsbetændelse på en kindtand i undermundens i venstre side, og der var en cementeret stift i rodkanalen. Røntgenbilleder viste tillige en knækket rodfil ved rodspidsen samt såkaldt "foramen mentale" i nær relation hertil. Der blev planlagt rodspidsfjernelse med rodfyldning fra rodenden af den resterende rod (retrograd rodfyldning). Operationen blev foretaget under antibiotisk dække med penicillin.*

I efterforløbet klagede kvinden over sovende og kriblende fornemmelse i venstre underlæbe. Tilstanden blev lidt bedre, men der var fortsat en fornemmelse af bedøvelse i området med forekomst af isnende jag. 2 år efter operationen var tilstanden ikke normal, idet hun stadig klagede over nedsat følelse ved læbe og tandkød.

Patientklagenævnet fandt, at der var indikation for operationen, at denne blev udført i overensstemmelse med sædvanlig praksis, samt at der ikke var nogen relevant alternativ behandling.

Journalen bar ingen påtegning om præoperativ information til patienten om føleforstyrrelser, hvorfor Patientklagenævnet lagde til grund, at der ikke blev informeret om disse risici.

Patientklagenævnet fandt, at den opståede komplikation i form af varig føleforstyrrelse måtte betragtes som hændelig, men i betragtning af den umiddelbare sandsynlighed for forbigående føleforstyrrelse og den tilstedeværende - omend ringe - risiko for blivende forandringer, fandt nævnet, at information herom skulle have været givet inden operationen. Nævnet fandt derfor, at den behandlende tandlæge havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed.

Patientklagenævnet var bekendt med, at forbigående føleforstyrrelse efter operation er almindeligt forekommende efter rodspidsfjernelse med aktuel nærhed til underlæbens følenerve alene på grund af sårhagens træk, men at varige føleforstyrrelse derimod er sjældne.

• *En 42-årig kvinde var efter en undersøgelse skrevet op til fjernelse af visdomstænder i underkæben på en afdeling for tand-, mund- og kæbekirurgi efter henvisning fra egen tandlæge. Ved operationen frilagde specialtandlægen tanden ved opklapning på ydersiden af kæben og fjernede tanden. Der var tale om en relativt dybt lejret, vandretliggende tand uden direkte relation til underkæbens nervekanal. Ugedagen efter, hvor kvinden mødte op til suturfjernelse, blev der konstateret skade på tungenerven (nervus lingualis), idet hun havde en sovende fornemmelse i højre tungehalvdel. Specialtandlægen fulgte patienten, indtil tilstanden var stationær med den bevarede/genvundne grad af føleevne. Der var således ikke indikation for forsøg på mikrokirurgisk nerverekonstruktion.*

Patientklagenævnet fandt, at der ved operationen måtte være sket en læsion af tungenerven i højre side, men nævnet fandt det uafklaret, om komplikationen skyldtes selve operationen eller lokalbedøvelsen (nålelæsion). Nævnet fandt videre, at der på baggrund af de kliniske fund måtte være tale om en læsion med ophævet ledningsevne i enkelte dele af nervens ledningstråde og ikke i hele nerven og lagde hermed vægt på, at der i specialistregi var tale om en usædvanligt sjældent forekommende komplikation.

Patientklagenævnet fandt således, at der ikke var grundlag for at kritisere, at patienten ikke blev informeret om risikoen for, at en sådan komplikation kunne indtræde, idet nævnet lagde vægt på, at operationen blev foretaget ved hjælp af en teknik, som normalt er risikofri med hensyn til tungenerven, samt at komplikationen var yderst sjældent forekommende. Patientklagenævnet fandt endvidere, at specialtandlægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med operationen.

8. KLAGER OVER SYGEPLEJERSKER

Der blev i 1998 truffet afgørelse i 200 sager, der vedrørte sygeplejersker. I flere af sagerne blev der taget stilling til flere navngivne sygeplejersker eller en gruppe af sygeplejersker. I en del af sagerne blev der tillige taget stilling til den lægefaglige behandling.

I omkring halvdelen af sagerne var der klaget over observation og pleje. I de øvrige sager var der eksempelvis klaget over medicinering, tavshedspligt, forskellige undersøgelser, information

samt sygeplejerskers vurdering af en patients tilstand.

Tre af sagerne vedrørende observation og pleje refereres nedenfor. Endvidere refereres en sag vedrørende information om et barns kritiske tilstand samt en sag vedrørende optælling af servietter i forbindelse med en operation. I kapitel 16.4 om straffesager vedrørende sygeplejersker er der refereret et antal sager, der handler om fejlmedicinering og fejl i forbindelse med blodtransfusion.

Observation af patient med hjerteproblemer

En 68-årig mand blev indlagt på grund af stærke smerter i brystet og kæben med udstråling til højre skulder. Patienten var i behandling for forhøjet blodtryk og havde tidligere fået konstateret for højt kolesterol i blodet. På grund af anfaldsvise smerter i hjertet havde han tillige været i behandling med Nitroglycerin. Patienten havde forsøgt at behandle de aktuelle smerter med Nitroglycerin, hvilket imidlertid ikke havde hjulpet. Ved indlæggelsen var smerterne aftaget, men der var fortsat smerter i kæben. Blodtrykket var stabilt, og der blev taget hjertekardiogram med én times mellemrum. Undersøgelserne viste normale forhold uden tegn på forandringer, som kunne give mistanke om en akut hjertesygdom. En klinisk undersøgelse, herunder undersøgelse af hjerte og lunger, viste ligeledes normale forhold.

Den følgende dag blev patienten overflyttet til en medicinsk afdeling med henblik på observation, idet han fortsat havde smerter samt feber. Mellem klokken 16.15 og 16.45 lå patienten i sin seng. Han oplyste til aftensygeplejersken, at han stadig havde smerter i kæben, men at de var aftagende. Klokken 18.15 tilså sygeplejersken igen patienten, som da var i færd med at indtage sin aftensmad.

Ved rapportgivningen senere på aftenen oplyste det øvrige personale, at de havde set patienten oppegående omkring klokken 20.15 – 20.30.

Da aftensygeplejersken omkring klokken 22.00 gik en runde på afdelingen, var patienten ikke på sin stue. Hun undrede sig ikke over hans fravær, idet han ikke havde frembudt klager i løbet af aftenen.

Natsygeplejersken gik sin første runde klokken 23.45. Patienten var da ikke i sin seng, som var redt. Da sygeplejersken ikke tidligere havde set patienten, spurgte hun de øvrige patienter, om de var eller havde set den pågældende. Da ingen havde set patienten, mente sygeplejersken, at han muligvis var taget hjem. Hun spurgte dog, som en vanlig procedure, om personalet på den nærliggende afdeling havde en patient, de ikke kendte, hvilket ikke var tilfældet.

Den følgende morgen blev patienten fundet død på et af afdelingens toiletter. En medpatient oplyste, at toiletdøren havde været låst i længere tid.

Vedrørende aftensygeplejersken lagde Patientklagenævnet vægt på, at patienten ikke havde klaget over smerter i løbet af aftenen, samt at han havde været oppegående hele aftenen.

Patientklagenævnet fandt, at det havde været hensigtsmæssigt, om aftensygeplejersken havde set efter patienten, inden hun forlod sin vagt eller på anden måde havde givet besked til nattevagten om, at patienten sidst var blevet set klokken 20.15 – 20.30. Nævnet fandt dog ikke, at sygeplejersken havde udvist manglende omhu ved at undlade dette.

Vedrørende natsygeplejersken lagde Patientklagenævnet vægt på, at hun gik et par runder i løbet af natten, uden at hun så patienten. Nævnet lagde endvidere vægt på, at hun om morgenen gav dagvagten besked om, at patienten formentlig var gået på orlov, samt at hun ikke havde set ham hele natten.

I betragtning af, at patienten ikke var blevet set i adskillige timer, fandt Patientklagenævnet, at sygeplejersken burde have undersøgt, om hvorvidt patienten var blevet udskrevet eller var taget på orlov, eventuelt ved at kontakte aftensygeplejersken uanset tidspunkt på døgnet. Ved at undlade dette fandt Patientklagenævnet, at sygeplejersken havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed.

Planlægning og tilrettelæggelse af pleje og observation

En 65-årig kvinde blev indlagt på en medicinsk afdeling på grund af væskemangel. Hun havde et år tidligere fået konstateret lungekræft og havde først fået kemoterapi og var derefter blevet strålebehandlet. Der var planlagt fornyet strålebehandling til måneden efter afhængig af hendes tilstand. Hun fik smertestillende behandling og havde de sidste tre dage inden indlæggelsen ligget i sengen på grund af udpræget træthed. Hun havde desuden været konfus. Ved indlæggelsen mente man, at symptomerne enten kunne skyldes for meget smertestillende medicin, en hjerneblødning eller blodprop i hjernen eller eventuelt metastaser. En CT-scanning viste, at der var tale om metastaser i hjernen.

Der blev klaget over, at kvinden ikke fik tilstrækkelig hjælp til at spise, ryge og få rent tøj på. Ifølge klagen var hun ofte fundet med mere end et døgn gamle pletter på tøjet, og ofte i bare ben og natkjole, uvasket og med ubørstede tænder midt på eftermiddagen. Ifølge klagen glemte personalet, at hun ikke selv kunne spise og efterlod maden foran hende. Endvidere blev der klaget over, at hun

ikke blev observeret tilstrækkeligt, hvorfor hun blandt andet faldt ud af sengen og forlod afdelingen. Endelig blev der klaget over, at hun udviklede liggesår, fordi hun ikke blev vendt i sengen tit nok.

Afdelingen oplyste, at kvinden ikke altid ønskede at spise, når der blev serveret mad, eller deltage i den personlige hygiejne, når der var tid til det fra plejepersonalets side. Hun havde samtidig nedsat appetit. Med hensyn til hjælp til spisning var dette tit ikke nødvendigt, da hun – specielt når hun var udhvilet – selv kunne spise. Om natten blev hun i nogle tilfælde ikke vendt i sengen, fordi man ikke ville vække hende, når det endelig var lykkedes hende at falde i søvn.

Endvidere oplyste afdelingen, at der på grund af sygemeldinger ikke havde været tilstrækkeligt faglært personale i forhold til antallet af patienter. Dette havde medført utilstrækkelige observationer og utilstrækkelig hjælp til personer med behov herfor. Det er endvidere oplyst, at der var fast vagt en stor del af tiden i nat- og aftentimerne, hvor der var mest behov for det, samt at kvinden selv ønskede at gå oppe, og at hun ofte gik ud og ind af afdelingen, da det ikke var en lukket afdeling. Ved stor overbelægning i afdelingen blev de sværest syge patienter prioriteret plejemæssigt højest.

Afdelingssygeplejersken oplyste, at afdelingen ikke havde lov til at bestille faste vagter, selvom dette var ordineret af en læge. Såfremt det blev skønnet nødvendigt, skulle afdelingen således benytte det normale personale som fast vagt. Da både normering og fremmøde imidlertid var ringe, blev der ikke benyttet faste vagter i dagtimerne.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at kvinden efter det oplyste var periodevis uklar under indlæggelsen. Hun sov dårligt og stod nogle gange ud af sengen midt om natten og faldt, hvorfor hendes madras senere blev flyttet ned på gulvet. Hun kunne ikke altid orientere sig og gik derfor i nogle tilfælde ind på den forkerte stue eller lagde sig i den forkerte seng. Hun bragte endvidere uorden i depotet og på en hjertestopvogn. Hun kunne endvidere ikke altid huske, at hun ikke måtte ryge på sin stue. Da hun var ved at sætte ild, blev hendes cigaretter og lighter opbevaret på kontoret i afdelingen.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at kvinden ifølge journalnotat oftest var velfungerende om dagen, men urolig og konfus om natten, hvorfor der blev ordineret fast vagt om natten. Ifølge sygeplejekardex sov kvinden herefter roligere om natten. 3-4 uger efter indlæggelsen var kvinden ifølge journalen ikke længere urolig om natten, men urolig og konfus i dagtimerne og om aftenen. Der blev derfor ordineret fast vagt til både dag- og aftentimer.

Nævnet lagde yderligere vægt på, at det af journalen fremgår, at der en uge senere fortsat var behov for fast vagt, men at det ikke var lykkedes at skaffe en vagt til om natten. Det fremgår af sygeplejekardex, at kvinden nogle dage herefter om formiddagen var ude på hospitalsterrænet alene og blev fulgt tilbage af en pårørende til en medpatient. Senere samme dag var hun en tur hjemme sammen med sin søn. Hun bad aftenvagten om mulighed for at tage hjem alene, når det passede hende, hvilket aftenvagten bad hende tale med en læge om næste dag. Kl. 22 samme aften kom hun imidlertid tilbage til afdelingen sammen med en nabo, der havde fundet hende siddende hjemme på trappen foran sin lejlighed. Dagen efter bad hendes datter om en fast vagt – specielt til om aftenen.

Nævnet lagde endelig vægt på, at der var tale om en patient med fremskreden lungekræft med spredning til hjernen, som medførte, at hun ofte var meget forvirret, uklar og urolig og havde vanskeligt ved at orientere sig. Hun var endvidere meget svækket fysisk, havde dårlig appetit og

mange smerter. Hun måtte således utvivlsomt betragtes som en svært syg patient og således være sikret tilstrækkelige plejeresressourcer – også i tilfælde af overbelægning.

Patientklagenævnet fandt, at det hos afkræftede patienter er en meget vigtig sygeplejeopgave at hjælpe patienter med soignering i form af vask af kroppen, tandbørstning m.v. Nævnet lagde vægt på, at det fremgår af sygeplejekardex, at personalet var opmærksomme på dette, men at de ikke altid kunne nå at hjælpe kvinden.

Da kræftpatienter med udbredt sygdom ofte har nedsat appetit, er det meget vigtigt, at personalet er opmærksomme på at servere mad, som patienten har lyst til, på de tidspunkter, hvor patienten har lyst til det, samt er opmærksomme på at observere væskeindtagelsen – især ved patienter, som i perioder er meget uklare og forvirrede. Patientklagenævnet fandt på baggrund af oplysningerne i sygeplejekardex, at der ikke var tilstrækkelig opmærksomhed på kvindens ernæringstilstand.

Patientklagenævnet fandt, at forebyggelse af liggesår ligeledes er en meget vigtig sygeplejeopgave hos en afkræftet patient, men at det altid vil være en afvejning mellem ønsket om at undgå at forstyrre patienten ved ændring af stilling og samtidig undgå, at patienten udvikler smertefulde sår. Nævnet lagde vægt på, at der ca. 1½ måned efter indlæggelsen er beskrevet et sår på halebenet, og at det først på dette tidspunkt noteres, at kvinden bør have en vandseng. Hun fik næste dag en luftmadras.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at kvinden på grund af sin tilstand ofte havde brug for en fast vagt. På baggrund af oplysningerne i sagen fandt nævnet det imidlertid ikke muligt at klarlægge, hvornår hun havde fast vagt ud over om aftenen i fire dage ca. en måned efter indlæggelsen. Nævnet fandt dog at kunne lægge til grund, at der ikke blev benyttet personale som faste vagter i dagtimerne.

Ud fra en samlet vurdering af oplysningerne i sagen fandt nævnet, at kvinden ikke modtog en tilstrækkelig observation og pleje under sin indlæggelse på afdelingen. Nævnet fandt dog, at dette i høj grad skyldtes overbelægning og utilstrækkelige ressourcer på afdelingen og således ikke den faglige virksomhed, som blev udvist af de enkelte sygeplejersker.

Nævnet fandt således, at det havde været hensigtsmæssigt, om plejen og observationen af kvinden havde været prioriteret højere af personalet på afdelingen, således at hun i større grad havde været sikret den fornødne hjælp til spisning, personlig hygiejne og forebyggelse af liggesår. Denne afgørelse blev meddelt til afdelingsledelsen til orientering.

Nævnet fandt dog, at ansvaret for, at kvinden modtog tilstrækkelig observation og pleje særligt påhvilede afdelingssygeplejersken. Da kvinden som nævnt ikke blev sikret en sådan tilstrækkelig pleje og observation, fandt nævnet herefter, at afdelingssygeplejersken havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med tilrettelæggelsen af personalets observation og pleje af kvinden under indlæggelsen.

Observation af senil dement patient

En 90-årig kvinde blev indlagt på en medicinsk afdeling på grund af besvimelse. Hun var senil dement og havde tidligere været indlagt på grund af besvimelsestilfælde, som antagelig skyldtes kredsløbsforstyrrelse. Ved indlæggelsen var der ikke tegn på akutte kredsløbsproblemer eller dårlig almentilstand.

Fire dage efter indlæggelsen faldt kvinden om på gulvet, efter at hun havde rejst sig fra sin lænestol på sygestuen. Hun var på daværende tidspunkt alene på stuen, idet to andre patienter på samme stue netop var udskrevet. Da personalet var i tvivl, om kvinden kunne bruge sin klokkesnor, så de ofte ind til hende. Personalet bemærkede ikke, at hun forsøgte at rejse sig fra stolen for at gå. Ved faldet pådrog hun sig brud på højre overarm og muligvis på bækkenet.

Patientklagenævnet fandt, at sygeplejerskerne ikke udviste manglende omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med observationen af kvinden. Nævnet lagde vægt på, at personalet ifølge det oplyste ofte tilså hende, da de var i tvivl, om hun kunne bruge klokken. Endvidere lagde nævnet vægt på, at der ikke var oplysninger om, at kvinden var urolig og dermed krævede overvågning i større omfang.

Sygeplejerskes information til forældre i en akut behandlingssituation

En 2-dage gammel dreng blev indlagt, da han dagen forinden havde haft flere krampeanfald. Ved indlæggelsen blev der målt en temperatur på 37,9. Der blev endvidere foretaget lumbalpunktur, og der blev udtømt gullig, klar, gennemskinnelig rygmarvsvæske. Drengen fik efterfølgende et krampeanfald, efterfulgt af respirationsstop og langsom hjerteraktion. Da han ikke rettede sig spontant, blev der tilkaldt en narkoselæge og en hjertelæge. Der blev iværksat intensiv behandling, hvorefter drengen hurtigt rettede sig igen.

I forbindelse med behandlingen af respirationsstoppet spurgte hans mor den pågældende sygeplejerske, om han stadig var i live, hvilket blev bekræftet. Sygeplejersken mente derimod ikke, at hun havde udtalt sig om, at drengen havde haft respirationsstop. Hun oplyste til Patientklagenævnet, at hun fandt det upassende at informere om respirationsstoppet på et tidspunkt, hvor hun ikke kunne give en uddybende forklaring vedrørende drengens tilstand. Endvidere var det hendes opfattelse, at lægen skulle informere dem om hans tilstand.

Ifølge forældrenes klage fik de kun at vide, at deres søn var i live, fordi de spurgte sygeplejersken direkte.

Patientklagenævnet lagde til grund, at der forelå modstridende oplysninger fra forældrene og sygeplejersken.

Patientklagenævnet fandt overordnet, at der var tilgodeset et tilstrækkeligt hensyn til informationsgivning i den aktuelle situation. Nævnet fandt herefter ikke anledning til at kritisere sygeplejersken.

Optælling af servietter ved operation

En 28-årig kvinde fik foretaget en galdestensoperation. Operationen blev indledt gennem kikkert (laparoskop). Da forholdene på grund af tidligere betændelse i galdeblæren var meget uoverskuelige, blev det nødvendigt at foretage åben operation. Forløbet efter operationen var ukompliceret, og kvinden blev efter en uges indlæggelse udskrevet til ambulant kontrol.

Omkring 2½ måned senere blev kvinden akut indlagt, da hun gennem mere end én måned havde haft det dårligt med smerter og opkastninger. Ved kikkertundersøgelse fandtes en operationsserviet i tolvfingertarmen. Servietten blev samme dag fjernet ved en operation.

Der blev klaget over, at der blev glemt en serviet ved galdestensoperationen.

Fra afdelingens side blev det oplyst, at det er afdelingens vanlige procedure ved alle åbne operationer at optælle servietterne to gange ved operationens afslutning. Årsagen til, at der blev glemt en serviet, skyldtes formentlig, at servietterne til den første del af operationen (laparoskopien) ikke var blevet fjernet, inden instrumentbakken til den åbne operation blev pakket ud. Sygeplejerskerne oplyste, at de ikke havde mistanke til, at der skulle være efterladt en serviet.

Patientklagenævnet lagde til grund, at der var sket en optællingsfejl ved operationen, da der senere blev fundet en serviet i tolvfingertarmen på kvinden. Det var nævnets opfattelse, at der blev efterladt en serviet i bughulen, som gav anledning til en betændelsesreaktion, der angreb tolvfingertarmen med vævsdød til følge. Servietten vandrede derefter ind i tolvfingertarmen.

Patientklagenævnet fandt herefter, at de to operationssygeplejersker havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved ikke at sørge for, at der skete en korrekt optælling af servietter i forbindelse med operationen, og at de derfor glemte en serviet. Det er normalt operationssygeplejerskernes opgave at foretage optælling af servietter såvel forud for operationen som efter operationen. Operatøren påbegynder først lukning af operationssåret, når de ansvarlige sygeplejersker har foretaget deres kontrolforanstaltninger for at konstatere overensstemmelser vedrørende optællingerne.

9. KLAGER OVER KLINISKE TANDTEKNIKERE

I 1998 afgjorde Patientklagenævnet 29 klagesager, hvor der blev taget stilling til kliniske tandteknikers faglige virksomhed. Af de 29 sager var en sag en anmodning om genoptagelse.

I en af de 29 sager traf nævnet tillige afgørelse vedrørende en tandlæge.

9.1 Hvilke sager ?

Funktion som klinisk tandtekniker i Danmark omhandler kun virksomhed i privat praksis.

Påtale af overtrædelse af virksomhedsområdet ligger uden for nævnets kompetence, hvorfor disse sager oversendes til Sundhedsstyrelsen til eventuel videre foranstaltning

9.2 Hvor hyppigt udtalte Patientklagenævnet kritik ?

I 11 af afgørelserne fandt nævnet, at der i forbindelse med patientbehandlingen var grundlag for kritik af de involverede kliniske tandteknikers faglige virksomhed.

I 6 af afgørelserne fandt nævnet, at der var grundlag for kritik af de involverede kliniske tandteknikers journalføring.

I 2 af afgørelserne udtalte nævnet både kritik af den kliniske tandteknikers faglige virksomhed og journalføring.

I en enkelt sag udtalte nævnet, at den kliniske tandtekniker burde have imødekommet en anmodning om aktindsigt.

9.3 Temaer i sagerne, hvor nævnet udtalte kritik

I de 13 sager, hvor nævnet udtalte kritik af den faglige virksomhed, var der tale om flere fejl på de aftagelige proteser, der gjorde proteserne ubrugelige. En hyppig fejl var for stor bidhøjde på proteserne, for kraftig udformning af den lyserøde acryl, der vender mod læber, kinder og tunge og placering af fortænderne på underprotesen for tæt på underlæben.

9.4 Konkrete afgørelser

Helprotese knækkede

En 76-årig mand fik fremstillet en ny helprotese til overkæben. Trekvart år senere knækkede protesen i 2 dele. Der blev klaget over, at protesen knækkede så kort tid, efter den var indsat.

Ved syn og skøn fandtes ikke fejl og mangler på protesen, der kunne forklare, at den gik i stykker.

Nævnet fandt derfor, at den kliniske tandtekniker ikke havde overtrådt tandteknikerloven i forbindelse med selve behandlingen.

Nævnet fandt imidlertid, at den kliniske tandtekniker ikke havde været tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld ved sin journalføring af behandlingen. Således fremgik det ikke af journalmaterialet, hvad der blev udført ved kontrolbesøg, og bruddet af protesen fremgik heller ikke af journalen.

Klinisk tandtekniker fjernede guldbelægninger fra tidligere protese og afbrød behandlingen

En 68-årig mand fik fremstillet nye helproteser hos en klinisk tandtekniker. I forbindelse hermed blev 2 guldindlæg fra den gamle overkæbeprotese overflyttet til protesetænder i den nye overkæbeprotese. Manden syntes imidlertid, at guldindlæggene var sat forkert i den nye protese og klagede flere gange over dette. Desuden klagede han over, at overkæbeprotesen var skæv, og at han bed sig i tungen. Da den kliniske tandtekniker ikke mente, han kunne gøre manden tilfreds, fjernede han, uden at informere herom, guldindlæggene fra de nye proteser og returnerede dem til patienten. Den kliniske tandtekniker beholdt de nye proteser og tilbagebetalte sit honorar til patienten, som nu måtte anvende sine gamle proteser.

Patientklagenævnet fandt, at manden ikke umiddelbart kunne anvende sine gamle proteser, hvor guldindlæggene var fjernet, da fjernelse af guldindlæg almindeligvis implicerer, at de respektive protesetænder bliver ødelagt, og protesen derfor ikke var umiddelbart anvendelig.

Nævnet fandt derfor, at den kliniske tandtekniker ikke udviste omhu og samvittighedsfuldhed, da han i forbindelse med sin afbrydelse af behandlingen ikke satte guldindlæggene tilbage i de gamle proteser for at gøre dem anvendelige.

Delprotese til overkæben kunne ikke sidde fast

En 71-årig mand fik fremstillet delproteser til både over-og underkæbe. Proteserne blev indsat kort tid efter tandudtrækning af flere tænder i både over-og underkæbe. Som følge af ændringerne i

kæbeknoglen i forbindelse med ophelingen sad proteserne dårligt fast, og de passede ikke til underlaget.

I forbindelse med syn og skøn blev det konstateret, at en såkaldt T-bøjle på overprotesen var indlejret i acryl, hvorved den var blevet inaktiv og ikke deltog i fastholdelsen af protesen til underlaget.

Det var nævnets opfattelse, at T-bøjlen på overprotesen var blevet gjort inaktiv, da den i forbindelse med fremstilling af ny bund i protesen var blevet indlejret i acryl.

Patientklagenævnet fandt, at den kliniske tandtekniker havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, da han ikke havde opdaget, at T-bøjlen var blevet inaktiv, efter der var lavet ny bund i protesen.

10. KLAGER OVER APOTEKERE, FARMACEUTER OG APOTEKSASSISTENTER

Patientklagenævnets kompetence omfatter klager og indberetninger vedrørende den sundhedsfaglige virksomhed, som udøves af apotekere, farmaceuter, apoteksassistenter og apoteksmedhjælpere. Indberetninger vedrørende disse faggrupper foretages efter 1. januar 1997 af Lægemiddelstyrelsen. Forud for dette tidspunkt var Sundhedsstyrelsen tilsynsførende på området.

Gennem de seneste fire år har Patientklagenævnet modtaget 24 klager på apoteksområdet, hvoraf 21 blev antaget til behandling i nævnet.

Tabel 1. Antal oprettede og antagne klager og indberetninger på apoteksområdet 1995-1998

	Oprettede sager	Antagne til behandling i nævnet
1995	8	8
1996	3	2
1997	5	5
1998	8	6

Gennemsnitligt modtager nævnet således 6 apotekersager årligt. Til sammenligning kan det nævnes, at der i 1997 fandtes 291 apoteker og 44 apoteksfilialer i Danmark, og at hvert apotek i gennemsnit ekspederede 142.757 receptordinationer. [\[1\]](#)

Klageemner hos Patientklagenævnet er fortrinsvis fejludlevering af receptpligtig medicin, typisk udlevering af forkert medicin eller af korrekt medicin, men påført forkert doseringsanvisning. Derudover forekom der klager over apotekspersonalets faglige information til kunden samt klager over apotekets lagerhold og medikamenters fremskaffelse.

Klagerne afgøres for apotekspersonalets vedkommende i henhold til § 29, stk. 2, i bekendtgørelse om apoteker og apotekspersonale. Efter denne bestemmelse, som trådte i kraft den 19. maj 1997, er apotekspersonalet forpligtet til at udføre nærmere beskrevne opgaver med omhu og samvittighedsfuldhed.

Hændelser, der fandt sted forud for bestemmelsens ikrafttræden, blev bedømt efter den til enhver tid gældende faglige norm for de enkelte personalegrupper. Det samme gælder apotekerens sundhedsfaglige virksomhed, idet apotekere efter bestemmelsens ordlyd ikke er omfattet af § 29, stk. 2. Ved sin bedømmelse af, hvorvidt den faglige norm er overholdt, lægger nævnet især vægt på, om relevante bestemmelser i lovgivningen er overtrådt. De centrale bestemmelser findes i lov om apoteksvirksomhed og i receptbekendtgørelsen.

Siden bekendtgørelse om apoteker og apotekspersonale trådte i kraft i 1997 indeholder loven nu for første gang et udtrykkeligt krav om omhu og samvittighedsfuldhed i forhold til apotekspersonalet. Bestemmelsen svarer til lignende bestemmelser i anden autorisationslovgivning på sundhedsområdet, eksempelvis lægelovens § 6 og sygeplejelovens § 5, stk. 1.

Nævnet har på baggrund af den nye bestemmelse foretaget en justering af sin praksis på apoteksområdet med henblik på at skabe bedst mulig overensstemmelse med nævnets sædvanlige praksis ved anvendelsen af bestemmelser om omhu og samvittighedsfuldhed. Efter den tidligere praksis var det eksempelvis således, at nævnet anmodede politiet om at overveje tiltalerejsning, såfremt nævnet skønnede, at sagen ville resultere i en strafpålægelse. Efter den nugældende praksis retter nævnet kun henvendelse til politiet, såfremt nævnet finder, at der er tale om en forsømmelse af grovere karakter.

Til nærmere belysning af nævnets praksis på apoteksområdet refereres nedenfor et antal afgørelser, truffet af nævnet siden 1995.

10.1 Fejldosering af medicin, lavet til den enkelte patient (magistrelle lægemidler)

Cirka 10-dobbelt dosering af Nitrazepam mikstur

En moder havde fra et apotek A fået udleveret Nitrazepam mikstur til brug for sin 2-årige datter, der var i behandling for spasticitet. Da datteren kom til at virke usædvanlig træt, klagede moderen nogle dage senere over medikamentet hos apotek A. Herfra tog en apoteksassistent telefonisk kontakt med apotek B, som havde stået for fremstilling og kontrol af miksturen.

Ifølge apoteksassistenten blev det under telefonsamtalen oplyst, at moderen havde klaget over den magistrelle mikstur, hvorfor apotek A spurgte, om apotek B ville tage flasken retur og analysere indholdet. Dette blev besvaret bekræftende, og apotek A returnerede flasken sammen med en reklamationsformular.

Apotek A bestilte samme dag hos apotek B en ny flaske Nitrazepam mikstur til samme barn. Ved bestillingen blev det ikke oplyst, at apoteket tidligere på dagen havde reklameret over den første flaske. Apotek B ekspederede den nye bestilling ved at sende en flaske fra samme fremstillingsparti (batch), idet der var blevet fremstillet en batch på i alt 3 flasker. Moderen fik således senere udleveret en flaske fra samme batch hos apotek A.

5 dage efter reklamationen blev den returnerede flaske modtaget på apotek B. Flasken blev analyseret, og det viste sig, at nitrazepamindholdet var 4,46 mg/ml og ikke 0,5 mg/ml som anført i ordinationen. Fejlen skyldtes efter det oplyste en afvejningsfejl begået af en apoteksassistent på apotek B. Fremstillingen var blevet overværet af en anden apoteksassistent, og miksturen var ikke blevet analyseret inden udleveringen. Fejlen var ikke blevet opdaget i forbindelse med en farmaceutisk kontrol af fremstillingspapirerne.

Patientklagenævnet fandt, at de to apoteksassistenter fra apotek B, som havde medvirket ved fremstilling af Nitrazepam miksturen, ikke havde handlet fagligt korrekt ved varetagelsen af deres opgave. Nævnet lagde vægt på, at miksturens nitrazepamindhold havde været cirka 10 gange større end ordineret. Nævnet indskærpede begge apoteksassistenter at udvise større omhu i deres fremtidige virke.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den farmaceut, som havde kontrolleret fremstillingsdokumenterne. Patientklagenævnet lagde vægt på, at det af fremstillingsdokumenterne ikke kunne ses, at afvejningen af nitrazepamindholdet ikke havde været korrekt. Der havde således ikke været en printer tilkoblet vægten, hvorfor afvejningsresultatet ikke var blevet dokumenteret.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at den apoteksassistent hos apotek B, som besvarede den telefoniske henvendelse fra apotek A, ikke havde handlet fagligt korrekt, idet hun burde have søgt at få oplyst batchnummeret på den flaske, der var blevet indleveret, for at sikre, at der ikke blev udleveret medicin fra samme batch, før en analyse af den returnerede flaske var foretaget, samt for at vurdere, om der skulle foretages en tilbagekaldelse af flasker fra dette batchnummer.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af, at det ved apotek A's bestilling af en ny flaske ikke blev oplyst, at apoteket samme dag havde reklameret over den 1. flaske med Nitrazepam mikstur.

Nævnet fandt endelig ikke grundlag for kritik af, at det på apotek A i forbindelse med udleveringen af den næste flaske Nitrazepam mikstur ikke blev undersøgt om denne flaske var fra samme batch som den returnerede flaske. Nævnet fandt i den forbindelse, at det måtte forventes, at en sådan kontrol var blevet foretaget på apotek B før udleveringen til apotek A.

10.2 Udlevering af et forkert præparat

Udlevering af Fenemal, 100 mg, i stedet for Fenytoin, 100 mg

En kunde indleverede en recept på Fenytoin, 100 mg, mod epilepsi. Kunden fik herefter udleveret antiepileptisk medicin Fenemal, 100 mg.

Patientklagenævnet fandt, at den farmaceut og den apoteksassistent, som havde foretaget 1. og 2. kontrol af ekspeditionen, havde overtrådt § 25, stk. 1, nr. 2, henholdsvis nr. 3 i dagældende receptbekendtgørelse af 1993. Nævnet lagde vægt på, at det udleverede præparat ikke stemte overens med ordinationen.

Patientklagenævnet anmodede politiet om at overveje at rejse tiltale.

Farmaceuten og apoteksassistenten vedtog senere et bødeforlæg på 1.550 kr.

Udlevering af Digoxin, 0,25 mg, i stedet for Diazepam, 5 mg

En kunde indleverede en recept på nervetabletter Diazepam, 5 mg, 300 stk. Ifølge kunden blev der udleveret 3 glas á 100 stk. hjertetabletter Digoxin, 0,25 mg. Ifølge apoteket blev der sandsynligvis kun udleveret ét glas hjertemedicin Digoxin og to glas nervemedicin Diazepam, idet dette stemte overens med resultatet af en efterfølgende optælling af apotekets lager.

Efter en farmaceutisk receptkontrol blev medicinen fundet frem af en apoteksassistent, som kontrollerede, at medicinen var i overensstemmelse med recepten. En anden medarbejder på apoteket foretog en sidste kontrol af ekspeditionen, hvor det heller ikke blev opdaget, at der var fremtaget forkert medicin.

Patientklagenævnet fandt, at apoteksassistenten havde overtrådt § 25, stk. 1, nr. 2, i dagældende receptbekendtgørelse af 1993, idet der ikke var blevet udvist tilstrækkelig omhu ved receptens ekspedition. Nævnet fandt, at man ikke kunne tage stilling til, præcist hvor mange glas hjertemedicin Digoxin, der blev udleveret, men at dette var uden afgørende betydning, idet nævnet lagde vægt på, at kontrollen vedrørte samtlige glas.

Patientklagenævnet anmodede politiet om at overveje at rejse tiltale.

Apoteksassistenten vedtog senere et bødeforlæg på 1000 kr.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at der i forbindelse med den sidste kontrol var sket en overtrædelse af § 25, stk. 1, nr. 3, i dagældende receptbekendtgørelse af 1993. Da det ikke var muligt at identificere den pågældende medarbejder, blev afgørelsen meddelt apotekeren til orientering. Nævnet fandt det i den forbindelse uheldigt, at det ikke havde været muligt at opklare, hvem der havde medvirket ved den sidste kontrol.

Afgørelserne afspejler apotekspersonalets vidtgående ansvar for at forvise sig om receptens indhold, lige som der består en pligt til at få enhver rimelig tvivl om receptens indhold afklaret med den ordinerende læge, jf. nugældende receptbekendtgørelsens § 24, stk. 1, § 25 og § 27. Kun hvor en mangelfuld recept er udformet på en sådan måde, at der ikke er rimelig grund til at betvivle dens indhold og rigtighed, vil medicinudleveringen ikke kunne bebrejdes apotekspersonalet. Et eventuelt ansvar vil i så fald typisk påhvile receptudstederen alene.

Udlevering af Furosemid, 40 mg, i stedet for Furonet, 40 mg

En kunde indleverede en recept på Furonet tablet, 40 mg, men fik af apoteket udleveret medicin Furosemid tablet, 40 mg.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af den apoteksassistent og den farmaceut, som havde foretaget 1. og 2. kontrol af ekspeditionen, og som begge havde læst præparatets navn som Furosemid. Patientklagenævnet lagde herved vægt på, at de pågældende ikke havde været i tvivl om ordinationen og derfor ikke havde grund til at rette henvendelse til den receptudstedende læge med henblik på afklaring af ordinationen.

Det må antages, at det har haft betydning for nævnets vurdering, at begge præparater tilhørte den samme type medicin (loop-diuretika) og indeholdt samme mængde af samme terapeutisk aktive stof (furosemid). Ved nævnets bedømmelse af apotekspersonalets sundhedsfaglige virksomhed er det således af betydning, hvorvidt en ekspedition kan tænkes at indebære særlige risici for patienten.

Selve det forhold, at apotekspersonalet ikke fatter mistanke, kan således ikke være tilstrækkeligt til at fritage apotekspersonalet for ansvar, hvis en fejl burde være opdaget ved en omhyggelig og samvittighedsfuld ekspedition.

Udlevering af Flixotide, 50 mg i stedet for Flixotide, 500 mg

En kunde indleverede en recept på Flixotide, 500 mg, til inhalation mod åndenød hos en 58-årig kvinde. Der blev udleveret Flixotide, 50 mg.

Patientklagenævnet fandt, at de to apoteksassistenter, som havde foretaget 1. og 2. kontrol af ekspeditionen, havde overtrådt § 25, stk. 1, nr. 2, henholdsvis nr. 3 i dagældende receptbekendtgørelse af 1993. Patientklagenævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at den udleverede medicin indeholdt en 10 gange for lav dosis i forhold til det ordinerede.

Patientklagenævnet anmodede politiet om at overveje en tiltalerejsning.

De to apoteksassistenter vedtog senere et bødeforlæg på hver 1.500 kr.

10.3 Medicinudlevering med mangelfuld doseringsanvisning

10-dobbelt dosis af haloperidol

En kunde indleverede en recept på 100 stk. antipsykotiske tabletter Serenase, 0,5 mg, til en 71-årig patient. Recepten blev opfattet som lydende på Serenase, 5 mg, som indeholdt den tidobbelte mængde af præparatets aktive stof haloperidol. I overensstemmelse med Lægemiddelstyrelsens regler blev der foretaget en substitution til præparatet Aloperidin, 5 mg, ligeledes indeholdende den tidobbelte mængde haloperidol i forhold til det oprindeligt ordinerede.

Patientklagenævnet fandt, at den apoteksassistent og farmaceut, som havde foretaget selvstændig kontrol af ekspeditionen, havde overtrådt § 29, stk. 2, i bekendtgørelse om apoteker og apotekspersonale. Patientklagenævnet lagde herved vægt på, at fejlen ikke blev opdaget ved kontrollen af, hvorvidt medicinens type og mærkning svarede til receptens anvisninger.

Det var ikke muligt at få klarlagt den nærmere opgavefordeling mellem apoteksassistenten og farmaceuten, men nævnet fandt, at det måtte lægges til grund, at begge havde foretaget en selvstændig kontrol, således at hver især havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Patientklagenævnet indskærpede både apoteksassistenten og farmaceuten at udvise større omhu i deres fremtidige virke.

Forbytning af doseringsetiketter, Decadron med Neomycin og Atropin

En kunde indleverede en recept på to øjendråbepreparater, Decadron med Neomycin mod øjenbetændelse samt Atropin til brug i forbindelse med en øjeundersøgelse. Præparatet Decadron var ordineret i doseringen 3 gange dagligt i en uge. Præparatet Atropin var ordineret i doseringen 2 gange dagligt på dagen før undersøgelsen og på undersøgelsesdagens morgen.

Doseringsetiketterne blev udskrevet korrekt, men på grund af en forbytning anbragt på de forkerte beholdere.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere den pågældende receptekspedition. Nævnet lagde vægt på, at man ved en fejltagelse havde forbyttet doseringsetiketterne, og at fejlen ikke blev opdaget ved ekspeditionskontrol. Da det ikke var muligt at identificere den pågældende apoteksmedarbejder, blev afgørelsen meddelt apotekeren til orientering.

10.4 Medicinudlevering på grundlag af usædvanlige recepter mv.

Ekspedition på baggrund af en usædvanlig dosering af Klorokinofosfat

En kunde indleverede en recept på Klorokinofosfatabletter á 250 mg mod malaria. Recepten var på grund af en fejl hos den receptudstedende læge påført doseringsanvisning lydende på to tabletter én gang dagligt. Doseringen skulle retteligt have været to tabletter én gang ugentligt. Kunden fik herefter udleveret Klorokinofosfatabletter á 250 mg, mærket i overensstemmelse med receptens anvisninger.

Patientklagenævnet fandt, at den farmaceut, der havde foretaget kontrol af recepten, havde overtrådt § 25, stk. 1, nr. 1 i dagældende receptbekendtgørelse af 1995. Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at doseringen afveg betydeligt fra den sædvanlige dosering af Klorokinofosfatabletter, hvorfor farmaceuten burde have kontaktet den receptudstedende læge eller den receptindleverende kunde. Patientklagenævnet indskærpede overfor farmaceuten at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Ekspedition på baggrund af en vanskeligt læselig recept på Methotrexat

En kunde indleverede en recept på 100 stk. cellehæmmende medicin Methotrexat á 2,5 mg. Recepten var påført en vanskeligt læselig doseringsanvisning, som kunne tolkes både som "3 tabletter, en gang ugentligt for gigt" og som "3 tabletter, en gang dagligt for gigt". Den ordinerede dosering var understreget. Kunden fik herefter udleveret 100 stk. Methotrexat á 2,5 mg med anvisningen "3 tabletter, en gang dagligt for gigt". Den ekspederende farmaceut, som fandt doseringen påfaldende høj, aftalte med den receptindleverende kunde, at denne skulle ringe til den receptudstedende læge for at sikre sig klarhed over receptens indhold.

Patientklagenævnet fandt, at lægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved receptudstedelsen. Nævnet lagde herved vægt på, at recepten var skrevet utydeligt. Nævnet fandt det endvidere hensigtsmæssigt, om lægen havde undladt at understrege den ordinerede dosering, idet en sådan understregning efter den dagældende receptbekendtgørelse og sædvanlig praksis var forbeholdt ordination af et lægemiddel i en ikke sædvanlig dosis eller til en ikke sædvanlig anvendelse.

Patientklagenævnet fandt, at den ekspederende farmaceut havde overtrådt receptbekendtgørelsens § 25, stk. 1, nr. 1, idet farmaceuten inden medicinens udlevering burde have rettet henvendelse til den receptudstedende læge for at afklare receptens nærmere indhold. Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at farmaceuten havde forstået recepten således, at der var ordineret Methotrexat i doseringen 7,5 mg dagligt, svarende til 52,5 mg ugentligt. Nævnet fandt, at en så høj dosering af det potentielt sundhedsfarlige medikament hos en gigtpatient måtte give mistanke om en fejl ved recept-udstedelsen, uanset at doseringsangivelsen var understreget på recepten.

Nævnet anmodede politiet om at overveje en tiltalerejsning.

Farmaceuten vedtog senere et bødeforlæg på 1000 kr.

Ekspedition på baggrund af en usædvanlig recept på Klorokinfosfat (edb-fejl)

En mand henvendte sig i anledning af en forestående udenlandsrejse til sin praktiserende læge for at få ordineret tabletter mod malaria. Lægen udskrev en recept på Klorokinfosfatabletter, men på grund af en fejl ved receptens udskrivning i lægekonsultationen blev de sidste bogstaver i doseringsanvisningens første linie ikke printet ud. Doseringsanvisningen fik således følgende indhold:

ds. 2 tabl. ugentligt fra 1 ug
til 4 uger efter ophold i ma-
lariaområder

Doseringsanvisningen skulle have haft følgende indhold:

ds. 2 tabl. ugentligt fra 1 uge før
til 4 uger efter ophold i malaria-
områder

Manden indleverede samme dag recepten på et apotek. Den ekspederende apoteksassistent forstod anvisningen således, at tabletterne skulle indtages i 3 uger, med begyndelse én uge efter hjemkomst fra malariaområder. En tilsvarende doseringsanvisning blev påført medikamentet. Recept, produkt og doseringsanvisning blev herefter kontrolleret af én farmaceut, der attesterede, at recepten og lægemidlets mærkning fandtes korrekt. En anden farmaceut udleverede medikamentet med doseringsanvisningen til kunden.

Patientklagenævnet fandt, at den receptudstedende læge havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved receptudstedelse. Nævnet lagde vægt på, at der var tale om en meningsforstyrende fejl, der burde have været opdaget og rettet inden receptens udskrivelse.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at apoteksassistenten og den kontrollerende farmaceut havde overtrådt § 29, stk. 2, i bekendtgørelse om apoteker og apotekspersonale, idet ekspeditionen burde have været stillet i bero, indtil der var skabt klarhed over receptens tilsigtede indhold. Nævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at den forståelse af receptens doseringsanvisning, der blev lagt til grund for receptekspeditionen og påført medicinen som etikette, burde have givet mistanke om en fejl ved receptens udstedelse. Doseringen afveg betydeligt fra den sædvanlige dosering, og afvigelsen kunne ikke uden videre antages at være begrundet i særlige konkrete omstændigheder.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at receptens udformning måtte give mistanke om en fejl ved udskrivningen, fordi teksten i doseringsanvisningens første linie var printet ud over skrivefeltet og afskåret midt i et ord, kort efter en påbegyndt bogstav. Der var således en nærliggende mulighed for, at relevante data var gået tabt.

Patientklagenævnet indskærpede apoteksassistenten samt farmaceuten at udvise større omhu i deres fremtidige virke.

Nævnet fandt ikke anledning til at kritisere den farmaceut, som havde udleveret medicinen. Nævnet lagde vægt på, at farmaceuten ikke havde foretaget en yderligere kontrol af recepten, og at en sådan kontrol heller ikke måtte forekomme påkrævet i den konkrete situation.

10.5 Receptekspeditioner under særlige forhold

Patientklagenævnet har flere gange haft anledning til at tage stilling til apotekspersonalets faglige virksomhed i situationer, som væsentligt adskilte sig fra de sædvanlige forhold på et hovedapotek.

Receptekspedition på et vagtapotek

En kunde indleverede en recept på to malariaforebyggende medikamenter, Klorokinfosfat og Paludrine, på et vagtapotek. Den vagthavende farmaceut, som var alene på apoteket, fandt ved en receptkontrol, at recepten var udfyldt korrekt, hvorefter han fremtog medicinen, udskrev doseringsetiketterne og anbragte disse på pakningerne. Ved sin kontrol af ekspeditionen bemærkede han ikke, at etiketterne var blevet forbyttet, således at præparaterne blev udleveret med forkert dosisangivelse.

Patientklagenævnet fandt, at den vagthavende farmaceut havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin ekspedition af recepten, idet doseringsetiketterne blev forbyttet og fejlen ikke opdaget ved den efterfølgende kontrol.

Receptekspedition på et grønlandsk medicindepot

En kunde indleverede en recept på 25 stk. søsygetabletter Sepan, 5 mg, på et medicindepot i Grønland. Tabletteerne skulle anvendes af medlemmerne af en idrætsklub, hvis ungdomshold skulle foretage en sørejse. Tabletteerne kunne anvendes 1 time før sørejsen i doseringen 2 tabletter for voksne og 1 tablet for børn, og anvendelsen skulle ved behov gentages hver 6. til 8. time. Kunden fik udleveret 25 stk. antipsykotisk medicin Serenase, 5 mg, mærket i overensstemmelse med receptens anvisninger. De to præparater stammede fra samme producent og blev leveret i lignende pakninger (ensartet layout).

Patientklagenævnet fandt, at den ekspederende apoteksassistent havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin receptekspedition. Nævnet indskærpede over for apoteksassistenten at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at det havde været hensigtsmæssigt, om den farmaceut, der fungerede som leder af medicindepotet, havde draget omsorg for, at alle pakninger var ordnet efter en terapeutisk gruppeinddeling (frem for en alfabetisk inddeling), idet en sådan sortering mindsker faren for, at fejlekspeditioner får fatale følger. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at receptekspeditionerne på medicindepotet jævnligt blev foretaget uden farmaceutisk kontrol, hvorfor medicindepotets indretning i særlig høj grad burde have været indrettet efter sikkerhedshensyn.

10.6 Medicinudlevering

Apotekspersonalet skal også i forbindelse med selve udleveringen af medicin til en kunde udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Dette fremgår nu udtrykkeligt af § 29, stk. 2, jf. stk. 1, i bekendtgørelse om apoteker og apotekspersonale. Nævnet har navnlig haft lejlighed til en stillingtagen til apotekspersonalets pligter ved udleveringen, hvor denne foregik under særlige omstændigheder.

Medicinudlevering fra et apoteksudsalg.

En kunde indleverede en recept på hormonpræparat Østradiol, 100 stk., der skulle indtages i doseringen én tablet, 2 mg, én gang daglig. Kunden fik herefter udleveret 100 stk. Prednisolon, 5 mg, mærket i overensstemmelse med receptens anvisninger for Østradiol. Medicinen blev sammen med recepten sendt til et til apoteket hørende apoteksudsalg, hvor det af en apoteksassistent blev udleveret til kunden.

Patientklagenævnet fandt, at den apoteksassistent og farmaceut, der havde foretaget henholdsvis 1. og 2. kontrol af ekspeditionen, havde overtrådt § 25, stk. 1, nr. 2, henholdsvis nr. 3 i dagældende receptbekendtgørelse af 1995. Nævnet lagde vægt på, at begge i forbindelse med deres kontrol havde attesteret, at medicinen var fremtaget og mærket i overensstemmelse med recepten. Nævnet anmodede politiet om at overveje tiltalerejsning.

Apoteksassistenten og farmaceuten erkendte senere overtrædelsen og modtog en advarsel .

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse endvidere, at apoteksassistenten i apoteksudsalget ikke havde overtrådt receptbekendtgørelsen. Nævnet lagde vægt på, at af recepten og doseringsetiketten fremgik, at ekspeditionen var kontrolleret i henhold til lovgivningen, samt at tabletglasset var fremtaget og mærket i overensstemmelse med recepten. Nævnet lagde endvidere vægt på, at præparatets mærkning var i overensstemmelse med den medfølgende recept.

På baggrund af en henvendelse fra Lægemiddelstyrelsen genoptog Patientklagenævnet sagens behandling for så vidt angik apoteksassistenten fra apoteksudsalget. Ved en ny afgørelse fandt nævnet ikke grundlag for at ændre sin oprindelige afgørelse. Nævnet udtalte sig i denne forbindelse:

” Patientklagenævnet skal præcisere, at den af apoteksassistent (...) udførte funktion efter nævnets opfattelse falder uden for de lovpligtige kontroller, der skal foretages og dokumenteres i medfør af receptbekendtgørelsens § 25, således at den foretagne ekspedition i en apoteksfilial kan sidestilles med lægemidlers udlevering fra hovedapoteket til forbrugerne. En sådan ekspedition er efter Patientklagenævnets opfattelse ikke forbundet med endnu en kontrolpligt.

” Patientklagenævnet finder i den forbindelse, at ordlyden i receptbekendtgørelsens § 25, stk. 1, nr. 3, »Inden et lægemiddel udleveres, kontrolleres det endnu engang (...)« ikke kan fortolkes udvidende som et krav om, at denne kontrol skal foretages umiddelbart inden et lægemiddels udlevering til forbrugeren.”

Metadonudlevering til en privat organisation

En privat organisation (A) varetog behandlingen af alkohol- og stofmisbrugere, herunder behandling med Metadon. Medarbejderne hos A var alle behandlere uden lægelig uddannelse, men A samarbejdede med en læge, blandt andet i forbindelse med receptudstedelser. De pågældende recepter blev dels indtelefoneret til apoteket, dels sendt via telefax, og i den forbindelse forsynet med lægens underskrift samt mærket ”telefax”. Der var truffet den aftale om, at apoteket udleverede Metadonen til en bestemt medarbejder hos A, som herefter var ansvarlig for, at patienterne fik udleveret Metadon i henhold til ordinationen.

Som en særlig sikkerhedsforanstaltning var det aftalt, at Metadonudlevering efter denne ordning kun måtte foretages af apotekets farmaceuter. Ud over den nævnte medarbejder hos A var der kun

én anden, ligeledes hos apoteket velkendt medarbejder, der måtte afhente Metadon på apoteket. Farmaceuterne skulle kvittere for udleveringen samt notere på udleveringsbilaget, hvis det ikke var den sædvanlige medarbejder, der hentede Metadonen.

I forbindelse med, at en kvinde, der havde været i Metadonbehandling hos A, afgik ved døden, blev der klaget over apotekets udleveringspraksis.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere apotekets praksis, idet ekspeditionen af recepterne til kunden skønnedes at være foregået forsvarligt og korrekt. Nævnet lagde vægt på, at telefaxrecepterne var forsynet med lægens underskrift, og at recepterne i øvrigt opfyldte gældende formkrav. Nævnet lagde endvidere vægt på, at apoteket som ekstra sikkerhed havde etableret en ordning, hvorefter kun bestemte medarbejdere fra organisationen måtte afhente Metadonen.

Nævnet oplyste blandt andet, at reglerne i dagældende receptbekendtgørelsen af 1993 ikke var til hinder for, at udlevering af receptpligtig medicin kunne ske til en anden person end den, medicinen var udstedt til.

10.7 Apotekers lagerhold og fremskaffelse af medicin

Lagerhold af Kalciferol olie

En kunde indlevede en recept på Kalciferol olie mod D-vitaminmangel. Kunden fik oplyst, at præparatet var udgået, og at der ikke fandtes et andet tilsvarende præparat.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af apotekeren, idet præparatet var afregistreret, således at det ikke længere var at finde i det sortiment af godkendte lægemidler, der står til rådighed for lægelig ordination. Apotekerens pligt til lagerhold var således ophørt på tidspunktet for henvendelsen.

Lagerhold af Dimitone tabletter i pakningsstørrelse 100 stk.

En kunde indleverede en eftermiddag en recept på 100 stk. Dimitone tabletter mod forhøjet blodtryk. Kunden fik oplyst, at apoteket for tiden ikke havde 100 stk. pakninger på lager.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere apotekeren, idet nævnet blandt andet lagde vægt på, at apoteket kunne udlevere Dimitone tabletter i 30 stk. pakninger, og at kunden havde fået tilbudt, at apoteket fremskaffede en 100 stk. pakning til afhentning den følgende morgen klokken 9.00.

10.8 Patientklagenævnets bevisvurdering ved modstridende oplysninger fra apotekspersonale og receptudsteder

Hvis Patientklagenævnet er i stand til at fastslå, at apotekspersonalet har begået en fejl, uden at det kan opklares, hvem der bærer ansvaret herfor, kan nævnet vælge at konstatere fejlen og meddele apotekeren afgørelsen til orientering. Hvis det derimod på trods af den apotekspersonalet påhvilede pligt til dokumentation mv. ikke kan opklares, om apotekspersonalet har begået en fejl, kommer en rimelig tvivl om hændelsesforløbet de indklagede sundhedspersoner til gode, sådan som reglerne for nævnets bevisvurdering kræver det.

Modstridende oplysninger ved substitution fra Litarex til Litiumkarbonat

En kvinde, som gennem lang tid havde lidt af tilbagevendende depressioner og i den forbindelse flere gange havde været indlagt på psykiatriske afdelinger, havde i mange år fået ordineret behandlende og forebyggende tabletter, som indeholdt lithium.

Kvindens praktiserende læge udskrev en recept på 100 depottabletter Litarex (6 mmol lithium), som skulle indtages i doseringen 1 tablet, 3 gange dagligt, mod depression, og recepten kunne anvendes 5 gange med 3 ugers mellemrum.

Ved én af kundens henvendelser kunne det pågældende apotek ikke effektuere udleveringen af Litarex, da tabletterne var i restordre fra grossisten, hvorfor apotekets provisor kontaktede den recept- udstedende læge og spurgte, om der kunne udleveres et alternativt præparat. Det blev aftalt, at apoteket skulle udlevere Lithiumkaronat tabletter (8,1 mmol lithium) i stedet for Litarex.

Ifølge lægen anmodede han under telefonsamtalen udtrykkeligt farmaceuten om at efterregne doseringen, således at der var fuld overensstemmelse mellem det gamle og det nye præparats lithiumindhold målt i milliækvivalent.

Ifølge farmaceuten spurgte han under samtalen, om doseringen skulle være uændret, hvilket blev besvaret bekræftende, idet lægen oplyste, at patientens lithiumniveau ikke var særlig højt, samt at doseringen senere kunne reguleres nærmere på baggrund af nye blodprøver.

Kunden fik på denne baggrund udleveret 100 tabletter Litiumkarbonat, som i overensstemmelse med anvisningen blev indtaget i doseringen 1 tablet, 3 gange dagligt.

På grund af sagens modstridende oplysninger vedrørende indholdet af telefonsamtalen, fandt Patientklagenævnet ikke grundlag for at fastslå, at der var sket en lovovertrædelse ved substitutionen af præparatet. Nævnet udtalte således ikke kritik over for farmaceuten eller lægen.

Modstridende oplysninger ved påfaldende ordination til spædbarn

Moderen til et 4 uger gammelt barn henvendte sig telefonisk til sin praktiserende læge, idet barnet havde mavekneb. Lægen anbefalede præparatet Prepulsid og udskrev en recept, der lød på 50 tabletter Prepulsid á 10 mg, der skulle indtages i doseringen 1/2 tablet, 3 gange dagligt, mod forsinket tømning af mavesæk. Recepten blev udskrevet med moderens navn og CPR-nummer, idet barnet endnu ikke var registreret i konsultationens journalsystem. Lægen forhørte sig ikke om barnets vægt, fødselsdato eller CPR-nummer.

Ved medicinens udlevering fra apoteket udtrykte moderen undren over, at medicinen var i tabletform og anmodede om at få ordinationen ændret til mikstur, fordi patienten var et spædbarn, som ikke kunne sluge tabletter. Den ekspederende apoteksassistents rådførte sig med apotekeren, hvorefter moderen fik udleveret Prepulsid mikstur, der skulle indtages i doseringen 5 ml, 3 gange dagligt, svarende til receptens ordination.

Ifølge apoteksassistentens udtalelse havde hun orienteret apotekeren om, at årsagen til moderens ønske om en ændring af ordinationen var, at patienten var et spædbarn, som ikke kunne sluge tabletter.

Ifølge apotekerens udtalelse oplyste apoteksassistenten ikke om baggrunden for moderens ønske om ændring.

To dage efter medicinudleveringen kontaktede moderen atter sin praktiserende læge, idet barnet var sløvt og opførte sig anderledes end sædvanligt. Lægen oplyste, at doseringen rettelig skulle have været 0,5 ml pr. gang, hvorfor hun tilrådede en nedtrapning over en måned, startende med 2 ml pr. gang.

Patientklagenævnet fandt, at den receptudstedende læge udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med udstedelse af recepten, idet doseringen fandtes at ligge væsentligt over den anbefalede dosering til børn, og idet det ikke som foreskrevet fremgik af recepten, at patienten var et barn.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at lægen havde overtrådt lægeloven, idet lægen burde have bragt behandlingen fuldstændigt til ophør samt foranlediget barnet undersøgt med henblik på en bedømmelse af eventuelle forgiftningssymptomer. Patientklagenævnet anmodede politiet om at overveje at rejse tiltale mod lægen.

For så vidt angik receptekspeditionen på apoteket, fandt Patientklagenævnet på grund af sagens modstridende oplysninger ikke grundlag for at fastslå, at der var sket en lovovertrædelse ved ekspeditionen.

Patientklagenævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om apotekspersonalet havde foretaget en yderligere kontrol af recepten. Nævnet lagde vægt på, at det var uomtvistet, at apotekspersonalet blev bekendt med, at tabletordinationen angik et barn, der ikke kunne sluge tabletter. Denne oplysning tydede på en nærliggende fare for, at der var sket en fejl eller en misforståelse i forbindelse med udstedelsen af den ekspederede recept.

Da det ikke kunne klarlægges, hvem der bar ansvar for, at der ikke blev foretaget en yderligere kontrol af den indleverede recept, meddeltes nævnets kritik apotekeren til orientering.

11. BORGERENS ADGANG TIL OPLYSNINGER OM SIG SELV I ANDRES JOURNALER PÅ OFFENTLIGE SYGEHUSE

Adgangen til aktindsigt i sygehusjournaler har eksisteret siden den 1. januar 1987.

Sundhedspersoner på offentlige sygehuse har truffet flere afgørelser om patienters adgang til aktindsigt i journaler i takt med, at borgernes interesse for at få aktindsigt i deres journal er blevet større.

Patientklagenævnet har ved behandlingen af flere klagesager vedrørende aktindsigt i sygehusjournaler bemærket, at sundhedspersoner har givet afslag på aktindsigt, men at de ikke ved samme lejlighed har taget stilling til, om klageren kunne få aktindsigt i oplysninger om sig selv efter offentlighedslovens § 4, stk. 2 (egen-acces). Sagerne har specielt handlet om børnepsykiatriske undersøgelser, hvor forældrene har været omtalt i barnets journal.

Dette kapitel handler om borgerens adgang til at få aktindsigt i oplysninger om sig selv i andres journaler på offentlige sygehuse i medfør af ovennævnte regel i offentlighedsloven.

11.1 Hvad er egen-acces

Efter offentlighedslovens § 4, stk. 2, kan den borger, hvis personlige forhold er omtalt i et dokument hos en offentlig myndighed, som udgangspunkt forlange at blive gjort bekendt med disse oplysninger (egen-acces). Ordet "personlige" betyder, at borgeren skal have adgang til at få aktindsigt i alle oplysninger, der direkte vedrører den pågældende.

Egen-acces-oplysninger omfatter således ikke blot oplysninger afgivet af den borger, der anmoder om aktindsigt, men også oplysninger, som andre har givet om den pågældende.

Begrundelsen for reglen om egen-acces er, at borgeren skal have mulighed for at få kendskab til, hvilke oplysninger offentlige myndigheder ligger inde med om den pågældende. Det er endvidere hensigten med bestemmelsen at give borgeren mulighed for at korrigere oplysningerne om sig selv samt forsvare sig over for oplysningernes indhold. Med dette in mente er udgangspunktet, at der skal være gode grunde for at meddele afslag på en anmodning fra en borger om aktindsigt i oplysninger om borgeren selv.

11.2 Aktindsigt i offentlige sygehusjournaler, herunder egen-acces

Fra den 1. oktober 1998 skal afgørelser om en patients adgang til aktindsigt i sin egen journal træffes i henhold til reglerne i lov om patienters retsstilling §§ 19-22 og § 28. Disse regler er stort set en videreførelse af de tidligere regler i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger. Det er som udgangspunkt kun patienten selv, der har krav på aktindsigt i sin journal i henhold til lov om patienters retsstilling.

Andre borgere kan imidlertid i visse tilfælde opnå aktindsigt efter andre regler, herunder forvaltningsloven, offentlighedsloven og registerlovgivningen. Som nævnt har en borger med visse undtagelser adgang til at få oplysninger om sig selv hos offentlige myndigheder efter offentlighedslovens § 4, stk. 2, som også anses at gælde for journaler fra offentlige sygehuse, institutioner m.v. En undtagelse herfra er, hvis hensynet til den pågældende selv eller andre med afgørende vægt taler imod at give aktindsigten.

Folketingets Ombudsmand har i en sag udtalt sig om Patientklagenævnets kompetence i henhold til offentlighedslovens § 4, stk. 2. Det fremgår, at nævnet i sin afgørelse skulle tage stilling til, om klager var berettiget til aktindsigt efter offentlighedslovens almindelige regler eller specielt bestemmelsen om egen-acces i lovens § 4, stk. 2.

11.3 Fremgangsmåde

Når en borger anmoder om aktindsigt i en anden patients journal, skal sundhedspersonen påse, at borgeren f.eks. har fuldmagt eller er forældremyndighedsindehaver for patienten. Såfremt dette er tilfældet, har borgeren som udgangspunkt ret til at få aktindsigt i oplysninger om patienten.

Hvis borgeren ikke umiddelbart har krav på at få aktindsigt i den anden patients helbredsoplysninger, skal sundhedspersonen tage stilling til, om der kan gives aktindsigt i de dele af patientjournalen, der måtte indeholde oplysninger om borgeren selv.

Som et typisk eksempel kan nævnes det tilfælde, at en forælder, der ikke har forældremyndigheden og dermed ikke har krav på aktindsigt i barnets helbredsoplysninger, anmoder om aktindsigt i sit barns journal, f.eks. i forbindelse med en børnepsykiatrisk undersøgelse. Her skal sundhedspersonen tage stilling til, om anmodningen om aktindsigt kan opfattes som en anmodning om aktindsigt i oplysningerne om forælderen selv.

Det må dog antages, at hvis det klart fremgår, at en borger, der anmoder om aktindsigt, alene ønsker aktindsigt i oplysningerne om patienten, og det således ikke med rimelig tydelighed fremgår, at personen også ønsker aktindsigt i oplysninger om sig selv, skal sundhedspersonen ikke nødvendigvis overveje, om der kan gives egen-acces. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvor en pårørende anmoder om aktindsigt, og det klart fremgår, at der alene ønskes aktindsigt i journalen for at få oplysninger om patientens sygdomsforløb og eventuelle dødsårsag.

Udlevering af oplysninger om borgeren fra en anden patients journal kræver ikke den pågældende patients samtykke. Oplysninger om borgeren skal derfor som hovedregel udleveres til denne.

Særlige hensyn kan dog føre til, at oplysningerne kan holdes tilbage. For at kunne tage stilling til, om særlige forhold gør sig gældende i den konkrete sag, bør der gives patienten lejlighed til at fremkomme med eventuelle indsigelser mod udlevering af de nævnte oplysninger. Sundhedspersonen bør derfor rette henvendelse til patienten for at afklare, om der er hensyn, som sundhedspersonen skal medtage ved sin vurdering af, om anmodningen om egen-acces kan imødekommes eller afslås.

I det omfang hensynet til borgeren selv, patienten eller andre med afgørende vægt taler imod at gøre borgeren bekendt med oplysninger om sig selv, kan retten til egen-acces begrænses eller afslås.

Der skal ved enhver anmodning om aktindsigt i form af egen-acces foretages en konkret vurdering af, om aktindsigten kan imødekommes, begrænses eller afslås. En ordning, hvorefter der opstilles faste retningslinier om afslag, vil ikke være lovlig. Sundhedspersonen skal med andre ord konkret vurdere hver enkelt oplysning om borgeren med henblik på stillingtagen til, om der er forhold, der begrunder et afslag. Faktuelle oplysninger om navn, alder, bopæl, stilling, familiære relationer til patienten m.v. vil borgeren normalt ikke kunne nægtes adgang til.

11.4 Konkrete afgørelser

- *En far klagede over, at han efter at være blevet beskyldt for incest var blevet nægtet aktindsigt i oplysninger om sine personlige forhold i såvel sin mindreårige datters som sin tidligere hustrus journal på henholdsvis børnepsykiatrisk og psykiatrisk afdeling.*

Patientklagenævnet tiltrådte overlægenes afgørelser, hvorefter faderen fik afslag på sine anmodninger om aktindsigt i oplysninger om sig selv i sin tidligere hustrus og i datterens journal. På grundlag af journalernes oplysninger fandt nævnet, at hensynet til den tidligere hustru og til datteren med afgørende vægt talte imod, at faderen fik aktindsigt i nogen del af journalerne. Ud fra

samme hensyn var nævnet afskåret fra yderligere at redegøre i detaljer for begrundelsen for afgørelsen.

- *En far klagede over, at han var blevet nægtet aktindsigt i sin datters journal på børnepsykiatrisk afdeling.*

Patientklagenævnet fandt, at overlægens afgørelse, hvorefter faderen fik afslag på aktindsigt i sin datters journal, var korrekt. Nævnet lagde vægt på, at faderen ikke havde forældremyndigheden over sin datter, og at han derfor ikke var berettiget til aktindsigt i oplysningerne om datterens helbredsforhold. Nævnet kunne imidlertid videre konstatere, at overlægen havde sikret faderen egen-acces ved udleveringen af kopier af de notater, der var udarbejdet i forbindelse med samtaler med ham samt kopier af de uddrag af hans egen journal, der var indhentet til brug for den børnepsykiatriske undersøgelse.

- *En mor klagede over, at hun var blevet nægtet aktindsigt i notater, som en overlæge havde nedskrevet i forbindelse med støttende samtaler med hende vedrørende behandlingen af hendes søn på psykiatrisk afdeling.*

Efter at have gennemlæst de omhandlede notater var det Patientklagenævnets vurdering, at notaterne ikke havde karakter af journalmateriale. Notaterne indeholdt således ikke oplysninger, der var relevante for behandlingen af sønnen, og som ikke allerede var indeholdt i sønnens journal, og moderen kunne ikke selv anses som patient.

Da Patientklagenævnets kompetence vedrørende aktindsigt kun angår patientjournaler m.v., og da de omhandlede notater ikke havde karakter af journalmateriale m.v., kunne nævnet ikke tage stilling til, om moderen kunne få egen-acces i henhold til offentlighedslovens § 4, stk. 2. Nævnet henviste derfor klagen over afslaget på aktindsigt i notaterne til sygehusdirektoratet i amtet.

11.5 Patientklagenævnets praksis

Når Patientklagenævnet skal tage stilling til, om et afslag har været berettiget, er det normalt nødvendigt at indhente patientjournalen med henblik på at gennemse, om der er forhold, der konkret begrunder et afslag. Journalen sammenholdt med udtalelserne i sagen vil danne grundlag for nævnets afgørelse.

Der kan ikke opstilles faste kriterier for, hvilke hensyn der kan begrunde afslag, og hvorledes hensynene skal prioriteres og vægtes. Forhold, der efter Patientklagenævnets praksis konkret har kunnet begrunde et afslag, har f.eks. været, at muligheden for at indgå en behandlingsalliance med patienten ville blive svækket, hvis borgeren fik egen-acces. Endvidere har risikoen for at forringe forholdet mellem forælder og barn været en faktor, der kunne begrunde et afslag. Endelig har risikoen for repressalier over for patienten eller andre været medvirkende årsag til, at nævnet har tiltrådt, at aktindsigt i blot en lille ubetydelig del af journalen kunne afslås.

Der er i Patientklagenævnet fast praksis for, at nævnet i klagesager vedrørende aktindsigt ikke selv giver patienten eller borgeren aktindsigt i det journalmateriale, sagen vedrører. Selvom nævnet således måtte nå frem til, at sundhedspersonen burde have imødekommet anmodningen om aktindsigt/egen-acces, vil nævnet overlade det til sundhedspersonen at udlevere materialet.

12. ANSVARFORDDELING VED INFORMATION OG SAMTYKKE

Det er et anerkendt grundprincip, at patienter i forbindelse med tilbud om undersøgelse, behandling og pleje har krav på at blive informeret, således at de på baggrund heraf kan tage stilling og give samtykke til behandling.

Fra den 1. oktober 1998 er reglerne om det informerede samtykke sammen med andre regler, som tilgodeser patienters retssikkerhed, samlet i lov om patienters retsstilling. Patienters selvbestemmelsesret er dermed yderligere understreget.

Reglerne om det informerede samtykke var tidligere for lægers vedkommende at finde i lægelovens § 6, stk. 2 og 3, samt i Sundhedsstyrelsens cirkulære af 22. september 1992 om lægers pligt og patienters ret.

12.1 Informeret samtykke

Ved et informeret samtykke forstås, at ingen behandling må indledes eller fortsættes, uden at patienten har givet samtykke på grundlag af fyldestgørende information. En patient kan dog, såfremt denne måtte ønske det, frabede sig information.

Informationen skal indeholde tilstrækkelige oplysninger om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger mv., således at patienten kan tage stilling til den tilbudte behandling. Sundhedspersonen har således pligt til at give den nødvendige information, for at patienten kan overskue behandlingsforløbet og eventuelle senfølger af behandlingen.

Et samtykke skal være givet til en konkret behandling. Det skal således være klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter, dvs. hvilken behandling og behandlingsmetode, der tilbydes, og hvad formålet med behandlingen er.

Der skal dermed være tale om en dialog, hvor patienten og sundhedspersonen udveksler oplysninger, stiller spørgsmål og opnår enighed om, hvilken behandling der skal iværksættes.

For at samtykket skal give mening, forudsætter dette, at informationen i det mulige omfang skal gives i så god tid, at patienten har mulighed for at overveje situationen og eventuelt drøfte situationen med pårørende eller andre.

12.2 Ansvarsfordeling

Det fremgår af lægelovens § 6, at enhver læge er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved udførelsen af sit arbejde. Lægen er således som udgangspunkt selvstændigt ansvarlig for en given behandling og er dermed også ansvarlig for, at der er indhentet et informeret samtykke.

Det fremgår direkte af loven om patienters retsstilling, at den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, er forpligtet til at drage omsorg for, at der er indhentet et informeret samtykke. Der er dog ikke noget i vejen for, at den ansvarlige sundhedsperson uddelegerer opgaven til en anden sundhedsperson.

12.3 Planlagt kirurgi (elektiv kirurgi)

Ansvarsfordelingen ved indhentelse af et informeret samtykke er særligt relevant i forbindelse med operative indgreb, foretaget som planlagt kirurgi.

I disse situationer kommer patienten til en forundersøgelse forud for det operative indgreb, hvorefter patienten skrives op til operation. Patienten møder derefter op fastende på den aftalte dag for at blive opereret kort tid efter.

Det er ofte tilfældet, at den læge, der foretager forundersøgelsen, ikke er den samme som den læge, der foretager operationen. I disse situationer skal der tages stilling til placering af ansvar for indhentelse af det informerede samtykke.

12.4 Patientklagenævnets afgørelser

Patientklagenævnet har afgjort et stigende antal sager, der vedrører ansvarsfordelingen ved indhentelsen af et informeret samtykke i forbindelse med elektiv kirurgi. Der er ofte klaget over, at patienten først blev informeret af operatøren kort tid inden operationen.

I flere af disse sager fandt Patientklagenævnet, at operatøren ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, idet operatøren havde haft grundlag for at forudsætte, at patienten tidligere var blevet informeret. Endvidere havde operatøren ofte på dette tidspunkt ikke mulighed for at indhente et reelt samtykke, eftersom operatøren først så patienten, da patienten havde fået beroligende medicin forud for bedøvelsen (præmedicin).

Nedenfor refereres en klagesag, hvor nævnet tog stilling til retningslinierne for indhentelsen af det informerede samtykke. Der refereres tillige en sag, hvor nævnet bl.a tog stilling til mangelfuld efterfølgende information om det udførte indgreb.

• En kvinde blev i april 1995 forundersøgt på ortopædkirurgisk ambulatorium, idet hun havde hvile- og belastningssmerter i venstre hofte. Da røntgenundersøgelse kun viste moderate slidgigtsforandringer, blev der i første omgang bestilt MR-scanning. Den undersøgende læge informerede ikke kvinden, eftersom hun ikke blev skrevet op til operation ved forundersøgelsen.

Senere i april måned 1995 oplyste hun telefonisk afdelingen, at hun gerne ville skrives op til en operation med det samme, hvilket skete. I juli 1995 blev det ved en konference besluttet at tilbyde hende en operation med indsættelse af protese i venstre hofteled, idet MR-scanningen viste en ansamling i hofteledet, tegn på betændelse af ledkapslen og lettere slidgigtsforandringer. Senere i juli måned 1995 blev hun rykket frem på ventelisten, da hun telefonisk oplyste afdelingen, at situationen var blevet værre, og at hun udelukkende kunne komme omkring i kørestol.

I september 1995 blev hun opereret af en anden læge end den læge, der havde forundersøgt hende. Operatøren bemærkede, at der i journalen ikke var taget stilling til valget af protese, hvorfor

protesen blev valgt ved morgenkonferencen, og han informerede hende derefter om valget på operationsstuen inden operationen. Han gik videre ud fra, at hun derudover tidligere var blevet informeret om operationen.

Patientklagenævnet fandt, at operatørens beslutning om at gennemføre den planlagte operation ikke kunne kritiseres, idet det var nævnets opfattelse, at operatøren ifølge afdelingens retningslinier måtte gå ud fra, at hun var informeret.

Nævnet lagde vægt på, at ifølge retningslinierne for afdelingen havde den læge, der stillede operationsindikationen, ansvaret for at informere patienten. Hvad der var sagt til patienten om de enkelte forhold, skulle journalføres. Såfremt lægen skulle operere en patient, som en anden havde skrevet op til operation, var lægen forpligtet til at sikre sig, at indikationen var i orden, og at patienten havde fået den nødvendige information. For at sikre disse krav blev samtlige journaler og røntgenbilleder på dagens operationspatienter ifølge den administrerende overlæge gennemgået ved morgenkonferencen. Hvis der var forhold, der krævede yderligere afklaring, skulle disse afklares af operatøren, inden operationen udførtes. Den vagthavende bagvagt havde ansvaret for, at patienter, der skulle opereres umiddelbart efter morgenkonferencen, var klar til operation.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at ifølge anæstheskemaet ankom kvinden til operationsgangen fra sengeafdelingen ved middagstid.

Patientklagenævnet fandt, at kvinden burde have været informeret i god tid forud for operationen, og dermed inden hun blev præmediceret. Nævnet fandt derfor, at retningslinierne på afdelingen om information til patienten og indhentelse af samtykke, ikke var anvendelige i de tilfælde, hvor en patient ikke blev opereret af samme person, som havde forundersøgt denne, idet patienten i disse tilfælde ikke blev informeret i god nok tid forud for udførelse af operationen. Ansvar herfor påhvilede den administrerende overlæge som ansvarlig for udarbejdelsen af afdelingens retningslinier.

Patientklagenævnet fandt således, at den administrerende overlæge havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved udarbejdelsen af retningslinierne for information og indhentelse af samtykke fra patienterne.

• En 50-årig kvinde blev i maj 1997 forundersøgt på kirurgisk ambulatorium, hvor der blev fundet et stort fremfald af den forreste del af skeden (cystocele) samt et mindre fremfald af den bageste skedevæg (rectocele), og hun blev skrevet op til operation. I juli 1997 blev hun opereret af en anden læge. Han foretog en operation af den bageste skedevæg og et tarmbræk (enterocele).

I september 1997 blev hun undersøgt igen af den opererende læge, idet hun fortsat var meget generet af fremfald i den forreste del af skeden. Hun blev henvist til en ny operation.

Der blev klaget over, at hun ikke fik foretaget den planlagte operation, og at den opererende læge ikke informerede hende om den foretagne operation.

Patientklagenævnet fandt, at den opererende læge ikke kunne kritiseres, da han udførte operationen efter de fund, han havde konstateret ved selvsyn. Det gennemførte indgreb var desuden i overensstemmelse med almindelig accepteret faglig standard. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægen havde foretaget sin gynækologiske undersøgelse, inden patienten blev

fuldt bedøvet. Derved havde han stadig haft mulighed for at indhente samtykke til den operation, han påtænkte at udføre. Nævnet lagde herved vægt på, at patienten ved forundersøgelsen var orienteret om, at der var indikation for for- og bagvægsplastik.

Nævnet fandt imidlertid, at den opererende læge efterfølgende burde have informeret patienten om det indgreb, han havde foretaget og om baggrunden herfor, herunder hans begrundelse for ikke at udføre de indgreb, som var aftalt ved forundersøgelsen. Nævnet fandt tillige, at det havde været rimeligt, om lægen havde fulgt operationen op med en kontrol for at sikre, at hans overvejelser havde været korrekte. Nævnet lagde herved vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten blev informeret om den ændrede operationsindikation og det udførte kirurgiske indgreb. Nævnet fandt, at den opererende læge var ansvarlig for, at denne information blev givet, da han ikke havde opereret i overensstemmelse med aftalen fra forundersøgelsen og den information, der var givet på dette tidspunkt.

Patientklagenævnet fandt således, at lægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin information til patienten.

13. ANSVAR I FORBINDELSEN MED BAGVAGTS-FUNKTIONEN

Enhver læge er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved udførelse af sit arbejde, jf. lægelovens § 6. Lægen er således som udgangspunkt selvstændigt ansvarlig for en given behandling. Spørgsmålet om placering af ansvar for behandlingen etc. bliver aktuelt, når en læge konfererer med en anden, mere erfaren læge om behandlingen, eller hvis behandlingen senere vurderes og godkendes af en mere erfaren læge eller på en konference.

Patientklagenævnet har i første halvår af 1998 truffet nogle afgørelser, hvor ansvaret for behandlingen ikke blev pålagt den reservelæge, som umiddelbart havde med patienten at gøre, men derimod den afdelingslæge, 1. reservelæge eller overlæge, der rådgav reservelægen. Forudsætningen for, at reservelægen ikke blev kritiseret, var dog, at reservelægen dels havde givet de relevante oplysninger til bagvagten, dels havde inddraget bagvagten i et omfang, der kunne danne tilstrækkeligt grundlag for, at denne kunne vurdere situationen og eventuelt handle.

Nedenfor refereres 3 konkrete afgørelser, som illustrerer dette.

Reservelæges kontakt til anæstesioverlæge i forbindelse med et indgreb, som ikke var rutinemæssigt

En 16-årig dreng blev overflyttet til et sygehus lungeafsnit på thoraxkirurgisk afdeling med henblik på at foretage en åben lungebiopsi. Han havde svær åndenød på grund af forhøjet blodtryk i lungekar-kredsløbet og ringe aktivitetsniveau. Han havde haft et væggtab på 8 - 10 kg og skulle konstant bruge ilt på næsekateter.

Patienten blev overflyttet så sent, at han ikke var skrevet på det planlagte operationsprogram. Hans navn og data var blot føjet til på operationstavlen. Derfor havde man indtryk af, at der var tale om et rutineindgreb hos en patient, hvor man ikke ventede specielle komplikationer. Han blev derfor

tilset af første ledige narkoselæge - en reservelæge. Ifølge reservelægen vurderede han under tilsynet patientens tilstand som svært påvirket og forelagde derfor sagen for ældre kolleger, idet han selv kun havde et teoretisk kendskab til patientens lidelse. Han forsøgte herefter at komme til at diskutere patienten med den overlæge, som skulle stå for operationen, men han var på dette tidspunkt på tilsyn uden for huset. Reservelægen henvendte sig derfor i stedet til en narkoseoverlæge for at diskutere bedøvelsen.

Det blev ved konferencen med narkoseoverlægen aftalt, at reservelægen skulle anlægge vene- og arteriekanyler, og derefter igen kontakte overlægen. Da anlæggelsen af arteriekanylen mislykkedes, blev overlægen tilkaldt, og han anlagde kanylen. Reservelægen fortsatte herefter bedøvelsen efter sædvanlige principper, men der opstod betydelig kredsløbspåvirkning, og overlægen blev atter tilkaldt. Overlægen indlagde målekateter i lungearterien og behandlede med kredsløbsstimulerende medicin, og tilstanden blev stabiliseret.

Nævnet fandt blandt andet, at narkoseoverlægen, der superviserede reservelægen, burde have engageret sig mere direkte i bedøvelsen af patienten, fremfor at være til rådighed på tilkaldebasis. Nævnet lagde herved vægt på, at der ved reservelægens henvendelser havde været tilstrækkelige muligheder for at erkende, at der ikke var tale om et rutineindgreb uden særlig risiko.

Patientklagenævnet fandt dog tillige, at det havde været hensigtsmæssigt, om reservelægen havde sagt fra og insisteret på, at han ikke på egen hånd kunne varetage opgaven med at bedøve patienten.

Ortopædkirurgisk og karkirurgisk forvags kontakt til bagvagt ved vurdering af patient med ledskred af venstre underben og tegn på iskæmi

En ung kvinde blev modtaget på en skadestue kl. 01.50, hvor hun blev set af ortopædkirurgisk vagthavende læge. Kvinden var på daværende tidspunkt forpint med venstre knæ i tydelig fejlstilling tydende på ledskred. På venstre fod var der ved ankomsten normal sensibilitet, men svag puls i venstre fods pulsårer. Lægen foretog påpladssætning af ledskredet. Herefter fandt lægen, at der fortsat var svagere puls på venstre fod. Iltmætning var 65-70 % på venstre fods tæer mod 95% på højre fods tæer.

Lægen kontaktede sin bagvagt, en 1. reservelæge. Hun oplyste sygehistorien, herunder at der var svag fodpuls på venstre side samt nedsat iltmætning ved måling med pulsoxymeter. 1. reservelægen fandt på baggrund af de indhentede oplysninger, at en akut ortopædkirurgisk behandling på dette tidspunkt var korrekt og færdigudført. Vedrørende mistanken om læsion af pulsårer besluttede 1. reservelægen, at dette forhold skulle vurderes af den afdeling, der var karkirurgisk specialansvarlig på sygehuset. 1. reservelægen aftalte derfor med lægen, at hun skulle kontakte den karkirurgiske afdelings forvagt med henblik på akut tilsyn og udtrykkeligt gøre denne forvagt opmærksom på, at man mistænkte pulsårerskade. Hun skulle tillige sikre sig, at den karkirurgiske forvagt konfererede tilfældet med sin bagvagt. Endelig skulle hun orientere tilbage til 1. reservelægen.

Den ortopædkirurgiske forvagt kontaktede derpå den karkirurgiske forvagt, som kom tilstede og undersøgte patienten. Han fandt normal kapillærpuls, temperatur og sensibilitet for stik og berøring uden sideforskelle mellem fødderne. Han fandt endvidere, at der var puls i såvel arteria tibialis posterier som i arteria dorsalis pedis, men med nedsat pulsation på venstre side i forhold til højre side. Da der var anlagt gipsskinne, var det ikke muligt at gennemføre en Dopplerundersøgelse til vurdering af blodgennemstrømningen. Han fandt sig ikke i stand til selvstændigt at

vurdere den videre undersøgelses- og behandlingsplan, hvorfor han kl. 04.45 kontaktede sin bagvagt, en afdelingslæge.

Afdelingslægen blev informeret om, at patienten 3 timer tidligere havde pådraget sig en venstresidig knæledsluksation, som var reponeret, at der distalt på venstre underekstremitet sammenlignet med højre var normal kapillærrespons, temperatur og sensibilitet, at der var puls distalt i venstre underekstremitet, men nedsat i usikker grad sammenlignet med højre side, og at Doppler-undersøgelse ikke kunne gennemføres på grund af den bageste gipsskinne samt tilhørende forbindelse. Afdelingslægen fandt på baggrund af de af forvagten afgivne oplysninger ikke grundlag for tillige at inddrage en karkirurgisk overlæge. Han fandt ej heller grundlag for som bagvagt at komme tilstede på sygehuset for selv at foretage en undersøgelse.

Afdelingslægen spurgte forvagten, om denne ønskede, at han skulle komme til stede på sygehuset og tilse patienten, men forvagten ønskede alene at drøfte en plan for det videre forløb. Afdelingslægen besluttede herefter, at der fortsat skulle observeres med henblik på fornyet klinisk undersøgelse ved morgenstuegangen. Han gav samtidig information om, hvornår en eventuel arteriografi kunne komme på tale, samt hvilke tegn på iskæmi, der burde foranledige fornyet kontakt til karkirurgerne. Den ortopædkirurgiske forvagt meddelte denne plan til sin bagvagt på ortopædkirurgisk afdeling. Samtidig foranledigede hun, at patienten blev flyttet til akutafdelingen til fortsat observation. Her blev den vagthavende sygeplejerske instrueret om en gang i timen at observere for puls i foden, samt at tilkalde lægen ved den mindste tvivl. Kort før kl. 06.00 meddelte en sygeplejerske forvagten, at der ikke kunne føles puls på venstre fod. Lægen tilså derfor patienten igen, og fandt da ingen følelig pulsation. Foden på venstre side var da lidt køligere end på modsatte side.

Den ortopædkirurgiske 1. reservelæge blev derpå kontaktet igen og orienteret om, at der ikke var følelig puls, at benet var køligere, at det ikke var muligt at måle iltmætning med pulsoxymeter, at der ikke var misfarvning eller forskel i kapillærrespons mellem de to ekstremiteter, at der var normal sensibilitet, og at patienten havde ligget med venstre ben uden for dynen. 1. reservelægen tog disse oplysninger til efterretning og besluttede, at der fortsat skulle observeres i en time samtidig med, at man skulle varme patientens ben med en dyne. Herefter skulle der rekvireres fornyet tilsyn fra karkirurgisk afdeling, hvis der ikke var sket bedring.

En time senere tilkaldte forvagten på ortopædkirurgisk afdeling forvagten på karkirurgisk afdeling med henblik på at få foretaget en fornyet vurdering. Der var nu tilkommet forsinket kapillærrespons. En halv time senere blev patienten tilset af den karkirurgiske forvagt, som fandt, at han ved den objektive undersøgelse kunne mærke en følelig pulsation helt nedadtil på venstre underekstremitet, men at pulsationen nu var signifikant nedsat sammenlignet med højre side i modsætning til tidligere. Venstre fod var nu køligere end højre fod, men med bevarelse af sensibilitet for stik og berøring.

På baggrund af denne betydelige ændring i patientens tilstand sammenlignet med tilsynet ca. tre timer før fandt den karkirurgiske forvagt det nødvendigt at informere afdelingslægen om de nye fund med henblik på den videre behandling og stillingtagen til akut operation. Afdelingslægen var på dette tidspunkt allerede tilstede på sygehuset og foretog undersøgelse af patienten kl. 07.30. Han fandt, at der var pulsation i venstre fods arterier men dog nedsat i en sådan grad, at videregående diagnostisk undersøgelse efter hans vurdering var nødvendig. Han besluttede derfor, at der skulle foretages en arteriografi. Ifølge afdelingslægen var der da normal bevægelighed og ingen kliniske tegn på alvorlig iskæmi, der indicerede akut operation.

Ved morgenkonferencen blev en reservelæge på kirurgisk afdeling, som tiltrædende bagvagt, informeret af afdelingslægen om patienten. Ved konferencen overdrog afdelingslægen en henvisningsseddel til røntgenafdelingen til reservelægen med oplysning om, at undersøgelsen skulle have høj prioritet. Reservelægen foranledigede kort efter konferencens afslutning, at røntgenlægen blev tilkaldt. Aftalen med vagthavende røntgenlæge var, at undersøgelsen skulle laves akut. Røntgenlægerne var ikke tilstede på hospitalet, hvorfor det ikke var muligt at fremskynde arteriografien yderligere.

Patienten blev siden overflyttet til et andet sygehus med henblik på videre behandling.

Patientklagenævnet fandt blandt andet at afdelingslægen på karkirurgisk afdeling havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, da han kl. 04.45 lagde op til yderligere observation af kredsløbet. Nævnet lagde ved vurderingen heraf vægt på, at han var vidende om, at patienten havde svækket puls, og at beskadigelse af pulsåren ved knæet ikke var en sjælden foreteelse ved denne traumetype. Efter nævnets vurdering burde der derfor have været handlet på dette tidspunkt, selvom benet ikke var akut truet. Nævnet fandt endvidere grundlag for kritik af, at han ikke sørgede for at få udført den akutte arteriografi umiddelbart. Nævnet fandt endelig, at han på baggrund af sine fund kl. 07.30 burde have konsulteret en karkirurgisk speciallæge enten i hjemmet eller på hospitalet.

Patientklagenævnet fandt endvidere, at den ortopædkirurgiske 1. reservelæge havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, da han klokken 06.00 besluttede at fortsætte observationen. Nævnet lagde herved vægt på, at der forelå manglende puls, som selv den værste afkøling næppe kunne have forårsaget hos en patient med normalt kredsløb. Nævnet fandt således, at 1. reservelægen burde have tilset patienten og iværksat et undersøgelsesprogram for afklaring af årsagen til den manglende puls.

Patientklagenævnet fandt, at reservelægen (den tiltrædende bagvagt) på karkirurgisk afdeling handlede relevant på de oplysninger, hun modtog. Nævnet fandt endvidere, at den vagthavende læge på ortopædkirurgisk afdeling og forvagten på karkirurgisk afdeling havde handlet i overensstemmelse med almindeligt gældende principper for undersøgelse, og herunder korrekt informeret deres bagvagter om situationen

Forvagts kontakt til bagvagt vedrørende et 14 måneder barns symptomer

Et 14 måneder gammelt barn faldt ned fra en sofa. Da barnet kastede op efter faldet, blev forældrene bekymrede for, om det havde fået hjernerystelse, hvorfor barnet om formiddagen blev undersøgt på skadestuen. Forældrene blev tilbudt indlæggelse til observation, men valgte at observere barnet i hjemmet. Da barnet fortsat kastede op om eftermiddagen og havde svært ved at finde ro, kontaktede forældrene på ny skadestuen. Barnet blev herefter indlagt til observation for hjernerystelse. Den ortopædkirurgiske bagvagt blev af reservelægen, der havde undersøgt barnet i skadestuen, orienteret om tilstanden og indlæggelsen.

I løbet af aftenen og først på natten blev barnet tilset af henholdsvis reservelægen og bagvagten. Begge blev af sygeplejepersonalet orienteret om, at forløbet var roligt, hvorfor der ikke blev foretaget undersøgelser af barnet.

Lidt før klokken 04.00 blev reservelægen tilkaldt, idet barnet havde kastet op, og en sygeplejerske mente, at der kunne være tale om tarmindehold. Reservelægen blev oplyst om, at barnet var vågnet i forbindelse med to opkastninger, at han var bleg og klam, og at han havde en temperatur på 39, 1.

Patientklagenævnet lagde endvidere vægt på, at reservelægen ved sin undersøgelse fandt en puls på 120 – 130, hurtig overfladisk respiration og en spændt bugvæg. Reservelægen ordinerede herefter, at der blev taget blodprøver på barnet. Prøverne blev taget fra øret, idet det ikke var muligt at finde en vene i armene.

Reservelægen oplyste til sagen, at hun telefonisk orienterede bagvagten om, at barnet havde haft to opkastninger, og at han herefter var blevet bleg, klam og fjern, samt at han havde temperaturforhøjelse. Det blev endvidere oplyst, at en sygeplejerske havde beskrevet opkastet som værende mørkt. Samtidig gav reservelægen udtryk for mistanke om, at der kunne være noget galt med barnets mave, eksempelvis en gastorenteritis.

Bagvagten oplyste heroverfor, at han ikke blev orienteret om, at barnet var blegt, klamt og fjernt. Bagvagten oplyste endvidere, at han, da han senere læste journalen, fandt at der var en betydelig diskrepans mellem telefonsamtalen med reservelægen og journalnotatet. Bagvagten anførte tillige, at han alene blev orienteret om, at barnet havde kastet op. Han orienterede herefter reservelægen om, at han ville konferere barnets tilstand med neurokirurgerne.

Ifølge bagvagten oplyste reservelægen, at tilstanden var uændret. Han udspurgte endvidere grundigt reservelægen om barnets almentilstand, bevidsthedsniveau og bevægemønstre.

Herefter blev reservelægen orienteret om, at barnets leukocyttal var 25,6. Dette resultat blev telefonisk givet videre til bagvagten, der anbefalede fortsat observation.

Efter at reservelægen havde forladt afdelingen omkring klokken 05.00, blev barnet tilset af en sygeplejerske klokken 05.30 og igen klokken 05.55. Ved det sidste tilsyn fandtes barnet meget dårligt. Pupillerne reagerede meget trægt, pulsen var steget til 170 – 180 og vejrtrækningen var overfladisk. Reservelægen og bagvagten blev tilkaldt. Der blev forsøgt genoplivning uden held, hvorefter barnet blev erklæret død.

Patientklagenævnet fandt, at der var klare indicier for, at der forelå en alvorlig lidelse i bughulen.

Nævnet fandt dog ikke anledning til at kritisere reservelægens undersøgelse af barnet kl. 04.00. Da reservelægen havde journalført, at barnet efter opkastningerne lidt før klokken 04.00 blev blegt, klamt og fjernt, fandt nævnet at måtte lægge til grund, at reservelægen på bagvagtens forespørgsel havde oplyst ham herom.

På denne baggrund fandt nævnet, at bagvagten havde udvist manglende omhu ved ikke at tilse barnet for selvstændigt at kunne vurdere tilstanden. Nævnet tog ved sin vurdering i betragtning, at reservelægen var nyuddannet med meget begrænset klinisk erfaring. Nævnet fandt endvidere anledning til at indskærpe over for bagvagten, at han skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Konklusion

Som det fremgår af afgørelserne, er nævnets praksis, at det overordnede ansvar for behandlingen påhviler den superviserende læge, og at denne har en særlig forpligtelse til at gribe ind i behandling f.eks. ved selv at konferere med bagvagten inden for et andet speciale eller selv at tilse patienten, især når reservelægen har kontaktet eller tilkaldt bagvagten flere gange, eller når reservelægen på anden vis klart har tilkendegivet sin usikkerhed med hensyn til behandlingen/vurderingen af

patienten. I disse tilfælde er det således ikke altid tilstrækkeligt, at bagvagten blot står til rådighed på tilkaldebasis.

14. KLAGER OVER SVIGT VED BRUG AF MEDICO-TEKNISK UDSTYR

En vellykket behandling forudsætter ikke alene, at behandleren træffer fagligt korrekte beslutninger, men også, at det benyttede medicinske udstyr lever op til de krav, der må stilles til kvalitet, sikkerhed og ydeevne. Dette indbefatter tillige, at udstyret vedligeholdes og anvendes korrekt. Hændelser med medicinsk udstyr, der kan medføre en alvorlig helbredsrisiko for patienter, brugere eller tredjepersoner, har siden 1. januar 1995 skulle indberettes til Lægemiddelstyrelsen. Hvor alvorlige hændelser med medicinsk udstyr medfører skader eller kritiske behandlingssituationer, vil der tillige kunne opstå spørgsmål om, hvorvidt sundhedspersonalet har foretaget sig det fornødne for at afværge faren.

Patientklagenævnet har i forbindelse med klagesager taget stilling til dels de behandlende lægers handlemåde ved svigt i medicinsk udstyr, dels til spørgsmålet, om ledende overlæger har udvist omhu og samvittighedsfuldhed ved udførelsen af deres instruktionsopgaver.

I det følgende refereres to afgørelser, som belyser nævnets praksis på området.

Svigt under anvendelse af defibrillationsapparat

En 43-årig patient på en lukket psykiatrisk afdeling blev fundet livløs i sin seng med hovedet nede i puden. Hun var våd af vandladning og opkast i sengen og blev fundet blåfarvet, med stive pupiller, uden vejrtrækning og uden puls på halsen. Få minutter forinden havde en sygeplejerske iagttaget hovedbevægelser. Der blev tilkaldt plejepersonale og en reservelæge, som konstaterede udvidede, lysstive pupiller samt ingen vejrtrækning eller hjerteslag. Man indledte genoplivningsforsøg med ventilation på maske, sugning af maveindhold og hjertemassage på hjertebræt. Lidt senere ankom yderligere plejepersonale samt en 1. reservelæge, som medbragte et defibrillationsapparat, som kunne måle hjerteaktiviteten og give strømstød.

Defibrillationsapparatet blev monteret, men der kunne ikke udløses en elektrisk udladning. Apparatets EKG-monitor viste manglende elektrisk hjerteaktivitet (asystoli) hos patienten samt meddelelsen "Dårligt signal – check patient / check EKG-elektroder". Yderligere udladningsforsøg efter kontrol af ledninger og elektrodeskiftning gav heller ingen resultat. De to læger formodede, at meddelelsen om et dårligt signal var resultat af den manglende hjerteaktivitet, og at den manglende elektriske udladning skyldtes apparatets indstillinger ved automatisk funktion. Reservelægen forsøgte derfor at omstille apparatet fra automatisk til manuel betjening, hvilket dog ikke lykkedes, fordi omstillingen krævede en særlig talkode. Denne blokeringsmekanisme var reservelægen ikke bekendt med.

Cirka 10 minutter efter den første alarmering ankom to Falckreddere med deres egeapparatur, som viste manglende elektrisk hjerteaktivitet hos patienten. Der blev herefter givet i alt tre elektriske udladninger med Falcks apparatur uden effekt. Da der var gået yderligere 5 minutter, blev

genoplivningsforsøgene indstillet. Under hele forløbet var der givet hjertemassage og ventilation, kun afbrudt af sugning.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de behandlende læger, idet genoplivningsbehandlingen var blevet gennemført i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Der blev således givet vedvarende hjertemassage, ventilation, sugning og forsøg på strømstød til hjertet.

Patientklagenævnet fandt heller ikke grundlag for at kritisere, at afdelingens defibrillationsapparat var blevet spærret ved hjælp af en kode, således at den ikke uden videre kunne omstilles til manuel funktion. Nævnet lagde vægt på, at den manuelle betjening af et defibrillationsapparat anses som en opgave for specialtrænet personale så som speciallæger i kardiologi eller anæstesiologi, da eventuelle fejlskøn indebærer en væsentlig risiko for en yderligere forringelse af patientens prognose.

Patientklagenævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om afdelingspersonalet i forbindelse med afdelingens hjertestop-undervisning var blevet gjort bekendt med den nævnte spærring samt med, hvorledes apparatet reagerede ved asystoli. Nævnet bemærkede samtidigt, at det på det foreliggende næppe kunne antages, at en tidligere behandling med strømstød kunne have haft afgørende indflydelse på resultatet af genoplivningsbehandlingen.

Svigt i vandopvarmet madras

En anæstesiaafdeling anvendte vandopvarmede madrasser til lejring af patienter under operation. De nyere madrasser var elektronisk styret og tillige elektronisk temperatursikret mod overophedning, det vil sige dobbeltsikret mod overophedning, mens nogle ældre modeller alene var udstyret med en mekanisk termostat. De ældre modeller havde været anvendt i mindst 15 år og efter det oplyste været ude af produktion i mindst 25 år. De var udstyret med to slanger til ind- og udledning af vand, som var forbundet med et vandbad, hvor en termostatreguleret dyppekoger opvarmede vandet til en indstillet temperatur på 42 grader. Vandets ind- og udledning foregik kontinuerligt under brugen.

En defekt i reguleringsmekanismen ved en af de ældre varmemadrasser førte til, at vandet blev opvarmet til 80 grader. Senere tekniske undersøgelser viste, at madrassens temperatur derved steg til 55 grader i løbet af en time. Fejlen blev først opdaget, efter at tre bedøvede patienter under lejring på den defekte madras var blevet opereret umiddelbart efter hinanden. Patient A var blevet opereret akut i fire timer for en bristet udposning på hovedpulsåren. Det viste sig, at A under operationen pådrog sig dybe forbrændinger over korsbenet, svarende til cirka 1% af kropsoverfladen. Forbrændingen blev senere behandlet ved hudtransplantation. Patient B blev i tre timer opereret på blodkar i venstre ben på grund af truende koldbrand i foden. B pådrog sig meget dybe tredjegradsforbrændinger svarende til et 18 x 10 cm stort område mellem skulderbladene og et 8 x 10 cm stort område over korsbenet. Forbrændingerne omfattede cirka 4% af kropsoverfladen og blev senere behandlet med hudtransplantationer. Efter yderligere 10 dage afgik B ved døden efter et akut hjertesvigt. Patient C blev reopereret i en time i højre lyske på grund af infektion efter en tidligere karoperation. C pådrog sig to håndfladestore forbrændinger over korsbenet og mellem skulderbladene. Hun blev senere behandlet ved hudtransplantation på et 10 x 8 cm stort område. Der blev indgivet klage til Patientklagenævnet over alle tre hændelser.

Patientklagenævnet fandt i alle tre tilfælde, at der ikke var grundlag for at kritisere de læger og sygeplejersker, som deltog i operationerne på anæstesiaafdelingen. Patientklagenævnet lagde ved

sine afgørelser vægt på, at varmemadrassen var blevet anvendt i overensstemmelse med en mangeårig praksis på sygehuset, idet temperaturen lejlighedsvis blev kontrolleret ved at lægge en hånd på madrassen. Hos ingen af patienterne var der blevet observeret påfaldende forhold under operationen. Patient A var blandt andet blevet overvåget ved kontinuerlig rektal temperaturmåling, som havde målt 36,1 til 36,2 grader. Hos patient C bemærkede en sygeplejerske ved operationens afslutning, at vandmadrassen var meget varm, således at defekten blev opdaget.

Patientklagenævnet fandt imidlertid, at den ansvarlige overlæge på anæstesiaafdelingen burde have draget omsorg for, at der forelå en egnet instruks vedrørende betjening og funktionskontrol af varmemadrasserne. Nævnet lagde vægt på, at afdelingens varmemadrasser gennem de seneste år ikke havde haft monteret et termometer, skønt de var blevet produceret med tilhørende termometer. På afdelingen fandtes der ikke en skriftlig instruks om madrassernes betjening eller funktionskontrol. Det var praksis at kontrollere temperaturen lejlighedsvis ved hånden, frem for eksempelvis at anbringe en temperaturføler mellem madras og patient. Patientklagenævnet fandt, at den manglende instruktion indebar en overtrædelse af lægeloven.

Patientklagenævnet fandt derimod ikke grundlag for at kritisere, at der ikke var blevet draget omsorg for et regelmæssigt teknisk eftersyn af vandmadrasserne, således at det tekniske eftersyn i praksis var begrænset til de situationer, hvor udstyret skulle repareres. Nævnet lagde herved vægt på, at der ikke fra producentens side var udarbejdet en instruks omkring udstyrets vedligeholdelse mv.

Konklusion

Hvor det medicinske udstyr svigter, vil der kunne opstå uforudsete situationer, som stiller særlige krav til sundhedspersonalet. Ved de refererede afgørelser fandt nævnet i intet tilfælde grundlag for at kritisere det behandlende sundhedspersonale for deres handlemåde. Personalet havde således handlet i tillid til, at det medicinske udstyr fungerede efter hensigt, og man havde fulgt de sædvanlige procedurer både under og efter hændelsen.

Ved sin bedømmelse af klager over svigt ved anvendelse af medicinsk udstyr kan Patientklagenævnet påse, om den ledende overlæge på en sygehusafdelingen har levet op til sin instruktionsforpligtigelse. Navnlig hvor der anvendes mere avanceret medicinsk-teknisk udstyr kan apparaternes type, alder, særlige indstillinger eller andre egenskaber kræve, at afdelingsledelsen vejleder brugerne i form af eksempelvis instrukser eller undervisning. En korrekt vejledning vil ofte forudsætte, at producenter og leverandører har dokumenteret de relevante tekniske forhold tilstrækkeligt, hvilket specielt ved ældre udstyr ikke altid er tilfældet. Den fremskridende regulering af det medicotekniske område tager imidlertid ikke kun sigte på at forbedre udstyrets tekniske kvaliteter, men tillige på forbedret mærkning og brugsanvisning.

15. SÆRLIGE BEVISMIDLER

For at nævnet kan tage stilling til en klage, er det nødvendigt at fastlægge hændelsesforløbet i sagen.

I nogle tilfælde er patienten og sundhedspersonen ikke enige om, hvad der er sket eller sagt. For at fastlægge hændelsesforløbet i disse sager må nævnet foretage en bevisvurdering af sagens øvrige oplysninger. Bevismidlerne udgøres oftest af journalnotater, røntgenbilleder, prøvesvar m.v.

Det forekommer imidlertid, at andre bevismidler får betydning for fastlæggelsen af hændelsesforløbet.

I nogle af landets amter optager lægevagten således alle telefonkonsultationer på bånd. Et vagtlægebånd kan indeholde oplysninger, der er væsentlige for fastlæggelsen af et omtvistet forhold, og en båndoptagelse kan således få betydning i en klagesag. Endvidere har nævnet anvendt en videooptagelse som bevismiddel i en fødselssag.

Til brug for behandlingen af en klagesag har den indklagede læge pligt til at give Patientklagenævnet og embedslægerne enhver oplysning, herunder journaler, til brug for behandling af sagen. Sagens parter, dvs. såvel klager som indklagede sundhedsperson, kan indsende særlige bevismidler til brug for behandling af sagen. Nævnet indhenter kun båndoptagelser og lignende, hvis det skønnes at kunne have væsentlig betydning for afgørelsen af sagen.

Begge parter i en klagesag har adgang til aktindsigt i sagens oplysninger, herunder i båndoptagelser og lignende. Desuden vil sådanne oplysninger som hovedregel også være omfattet af patientens ret til aktindsigt i journalmateriale og lignende efter loven om patienters retsstilling.

Nedenfor er refereret to sager, hvor nævnet lagde vægt på vagtlægebåndoptagelser, og en afgørelse, hvor nævnet lagde vægt på en videooptagelse af et fødselsforløb.

Oplysninger fra vagtlægebånd

• En 34-årig kvinde vågnede om natten med høj feber på 39,6 og ringede til vagtlægen. På baggrund af kvindens oplysninger vurderede vagtlægen, at hun havde fået influenza. Om eftermiddagen den følgende dag blev hun indlagt på sygehus i bevidstløs tilstand. Undersøgelser viste fund af bakterier af typen streptococcus pneumoniae i både blod og væske omkring rygmarven. Infektionen udviklede sig med nedsat blodstørkningsevne, nedsat blodtryk og nedsat åndedrætsfunktion til følge. Kvinden døde to dage senere.

Ifølge klageren oplyste kvinden til vagtlægen, at hun havde sukkersyge. Denne oplysning fremgik ikke af vagtlægejournalen. Vagtlægen oplyste, at han havde aflyttet båndoptagelsen af samtalen, og at det heraf fremgik, at kvinden ikke nævnte, at hun havde sukkersyge.

For at Patientklagenævnet kunne vurdere, om vagtlægen havde udvist omhu i forbindelse med telefonkonsultationen, var det nødvendigt at få klarlagt, om vagtlægen havde modtaget oplysning om, at kvinden havde sukkersyge.

Det fremgik af vagtlægebåndoptagelsen af telefonsamtalen, at kvinden oplyste, at hun vågnede med en temperatur på 39,6 grader med kulderystelser og ondt i nakken, men ingen klager over hovedpine, muskel- eller ledsmerter. Kvinden oplyste, at hun var gravid og dagen før havde fået foretaget en fostervandsprøve. Vagtlægen spurgte, om der var udflåd, mavesmerter, smerter i livmoderen eller rødme og hævelse omkring indstikstedet efter fostervandsprøven. Dette var ikke tilfældet.

Vagtlægen fik indtryk af, at kvinden var bevidsthedsklar og vurderede, at der formentlig var tale om en virus (influenza). Han opfordrede kvinden til at kontakte læge igen, hvis der kom symptomer fra underlivet.

Patientklagenævnet lagde vægt på båndoptagelsens gengivelse af, hvilke symptomer der var blevet oplyst for vagtlægen. Nævnet lagde endvidere vægt på, at kvinden ikke oplyste, at hun led af sukkersyge.

Patientklagenævnet fandt på dette grundlag ikke anledning til at kritisere vagtlægen, idet han efter nævnets opfattelse havde handlet i overensstemmelse med sædvanlig praksis.

Et 2-årigt barn fik skoldkopper, uden at være særligt påvirket af det. 7 dage senere blev barnet dårligt med hoste og temperaturstigning til ca. 39. Barnet blev samme aften kl. 21.00 undersøgt af en vagtlæge, der fandt, at barnet havde skoldkoppeudslæt over hele kroppen uden tegn på hudblødninger. Barnet havde feber og var slapt uden nakke- og rygstivhed. Der var intet abnormt ved lungestetoskopi. Kl. 02.00 kontaktede moderen igen lægevagten.

Der var klaget over, at vagtlægen afviste at komme på sygebesøg.

Det fremgik af båndoptagelsen af samtalen mellem moderen og vagtlægen, at lægen fik oplyst, at barnet havde fået flere små røde pletter på huden og havde en mærkelig vejtrækning. Barnet var stadig slapt og virkede helt anderledes, end det plejede, og det var svært ind i mellem at komme i kontakt med det. Lægen spurgte til pletterne og barnets slaphed, og han konkluderede med hensyn til barnets bevidsthedsniveau, at der nok var tale om træthed.

Det fremgik endvidere, at lægen spurgte til væskeindtagelse, temperatur og nakkestivhed. Han fik at vide, at barnet gerne ville drikke, men havde kastet op en gang, samt at barnet på trods af Panodil stadig havde 38 i feber. Barnet kunne bøje hovedet næsten helt ned til brystet.

Det fremgik endvidere af båndoptagelsen, at moderen tre gange bad om sygebesøg, hvilket lægen afviste under henvisning til, at der var temmelig travlt.

Efter nævnets opfattelse burde oplysningerne om temperaturen, pletterne på huden og den almene påvirkning have givet lægen mistanke om, at der var en nærliggende mulighed for, at der forelå en komplikation til skoldkoppelidelsen. Der forelå nye symptomer, som kunne tyde på en alvorlig forværring i forhold til den tidligere undersøgelse i vagtlægekonsultationen. Efter nævnets opfattelse kræves der skærpet opmærksomhed på forløb, som ikke er typiske. Derfor skal telefoniske vurderinger foretages med stor forsigtighed, idet forældres beskrivelse af symptomer kan variere meget, og risikoen for fejlvurderinger er store.

Nævnet fandt herefter, at lægen burde have tilbudt en læge lig vurdering af barnet inden for kort tid, enten i form af et vagtlægebesøg eller en undersøgelse i vagtlægekonsultationen. Ved undladelse heraf havde lægen udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed.

Yderligere afgørelser, hvor nævnet anvendte båndoptagelser som bevismiddel, omtales i [afsnit 1.1.2](#) om klager over undersøgelser og behandling af symptomer fra hjertet.

Oplysninger fra videobånd

En kvinde blev 12 dage over det forventede fødselstidspunkt indlagt kl. 04.00 med henblik på fødsel. Barnets vægt skønnedes til mellem 4000 og 4200 g. På grund af uregelmæssige veer blev der kl. 09.10 ordineret vestimulerende medicin. Kl. 10.30 blev der foretaget punktur af hindeblæren, og der afgik klart fostervand. Kl. 12.50 er det beskrevet, at kvinden småpressede, idet hun ikke kunne lade være. Det er endvidere beskrevet, at barnets hoved ikke var sunket helt ned på bækkenbunden. kl. 13.50 blev der anlagt lokalbedøvelse, og ca. kl. 14.30 anlagde lægen kop. Baggrunden for kopanlæggelsen fremgik ikke af journalen. Der var således intet noteret om, hvor langt barnets hoved var trængt ned.

Ifølge lægen blev koppen anlagt med 0,6 atmosfæres undertryk. Da koppen to gange gled af, øgedes undertrykket tredje gang til 0,8 atmosfæres undertryk. Ifølge lægen var der god plads i bækkenet. Han fandt endvidere god hjertelyd hos barnet under hele fødselsforløbet. CTG-kurverne blev beskrevet med normal hjerteaktion.

Ifølge klageren sprang koppen af mindst 6 gange, og hele kopforløsningsen tog 47 minutter.

En anden læge blev hastetilkaldt af personalet umiddelbart før kl. 15.00. På dette tidspunkt var fødslen så langt fremskredet, at det ikke var muligt at foretage kejsersnit. Orientering om fosterets stilling var vanskelig på grund af en voldsom fødselssvulst. Der blev derfor på ny forsøgt anlæggelse af koppen, som sprang af én gang. Ved genanlæggelse af kop og samtidig tryk på maven lykkedes det at forløse barnet kl. 15.04. Ved fødslen var der ikke fosterhertelyd, og der måtte gives hjertemassage.

Der var blevet taget en videoptagelse af fødslen. Nævnet så filmen, der viste, at koppen sprang af adskillige gange. Det fremgik endvidere af CTG-registrering og videobåndet, at kopforløsningsen strakte sig over 47 minutter.

Patientklagenævnet fandt, at lægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved ikke at ordinere et kejsersnit, da koppen var sprunget af adskillige gange, og da der var langsom fremgang ved forsøget med kopforløsning.

Patientklagenævnet lagde også vægt på, at lægen ikke havde gjort notat om, hvorvidt han – inden han omkring kl. 14.30 besluttede at foretage kopforløsning – undersøgte moderen med henblik på at konstatere, om vaginalforløsning var mulig, eller om der skulle foretages kejsersnit.

16. ANMODNINGER OM TILTALEREJSNING FRA 1994 - 1998

16.1. Anmodninger om tiltalerejsning i 1998

Nedenfor refereres de sager, hvor Patientklagenævnet i 1998 besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale. Sagerne vedrørte grovere forsømmelse i forbindelse med faglig virksomhed, manglende omhu og uheldethed ved udstedelse af lægeerklæringer samt overtrædelse af bekendtgørelsen om recepter.

• Lægelovens § 18

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

Lægen vedtog et bødeforelæg på 5.000 kr.

• Lægelovens § 8

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

Lægen vedtog et bødeforelæg på 5.000 kr.

• Apoteksassistent og farmaceut - receptbekendtgørelsens § 25

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

Apoteksassistenten og farmaceuten erkendte sig skyldige og modtog en advarsel.

• Farmaceut - receptbekendtgørelsens § 27

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

Farmaceuten vedtog et bødeforelæg på 1.000 kr.

• Radiograf - straffelovens § 157

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

Byretten idømte radiografen en bøde på 1.500 kr.

16.2 Opfølgning vedrørende anmodninger om tiltalerejsning 1994–1998 for læger

Dette afsnit indeholder en ajourføring af den tabel, der blev bragt i kapitel 3 i Patientklagenævnets årsberetning for 1997 om afgørelser vedrørende læger, der blev oversendt til anklagemyndigheden i perioden 1994 - 1997.

Oversigten er ajourført med henblik på at opnå en samlet oversigt over en 5-årig periode. Den viser udfaldet af samtlige nævnsafgørelser truffet i perioden fra den 1. januar 1994 til den 31. december

1998 vedrørende læger, hvor nævnet besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

	1994	1995	1996	1997	1998	I alt
Afgjorte sager vedr. læger i Patientklagenævnet	1395	991	1080	2290	2323	8079
Anmodning om tiltalerejsning i alt	14	14	1	4	3	36
straffesag verserende				1	1	2
påtale opgivet	2	3				5
bødeforelæg vedtaget	4	4		2	2	12
dom, frifindelse	6	2	1			9
dom, bøde	2	5		1		8

Patientklagenævnet har fra 1994 til og med 1998 anmodet anklagemyndigheden om at overveje tiltalerejsning i forbindelse med 36 hændelser.

2 sager er stadig verserende. I en enkelt sag blev påtale opgivet på grund af forældelse.

Af de resterende 33 sager resulterede 20 i bøde, enten i form af bødeforelæg eller bøde ved dom. Dette svarer til 61 %. I de sidste 13 sager (39 %) endte sagen med, at påtale blev opgivet, eller at lægen blev frifundet ved dom.

16.3 Afgørelser vedrørende tandlæger om oversendelse til anklagemyndigheden 1994–1998

Dette afsnit indeholder en opfølgning på de afgørelser vedrørende tandlæger, som blev truffet i perioden fra den 1. januar 1994 til den 31. december 1998, og hvor Patientklagenævnet har anmodet anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale.

Grundlaget for oversendelsen til anklagemyndigheden var primært tandlægelovens § 19, stk. 1, hvorefter en tandlæge kan straffes med bøde eller hæfte, såfremt tandlægen har gjort sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed under udøvelsen af sin virksomhed.

Samlet drejer det sig om fem sager fordelt på tre sager i 1994, en sag i 1995 og en sag i 1996. Der blev i 1997 og 1998 ikke oversendt sager vedrørende tandlæger til anklagemyndigheden.

For så vidt angår de tre sager fra 1994 endte to sager med påtaleopgivelse, medens den tredje sag blev vurderet som værende strafferetligt forældet. Ved påtaleopgivelse forstås de tilfælde, hvor anklagemyndigheden ikke skønner, at en tiltalerejsning vil føre til domfældelse.

For så vidt angår de resterende to sager, blev sagen fra 1995 vurderet som værende strafferetligt forældet, medens sagen fra 1996 blev afsluttet ved, at tandlægen vedtog et bødeforelæg på 8.000 kr. Ved et vedtaget bødeforelæg forstås, at vedkommende har erklæret sig skyldig i lovovertrædelsen og er villig til at betale bøden.

Nedenfor omtales sagen fra 1996 samt den ene af de to sager fra 1994, der endte med påtaleopgivelse.

Indberetning vedrørende behandling af 10 patienter

Sagen udsprang af et større antal indberetninger fra såvel Landstandlægenævnet som det amtslige tandlægenævn til Sundhedsstyrelsen vedrørende samme praktiserende tandlæge.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse var der tale om gentagne overtrædelser af tandlægeloven i en sådan grad, at Sundhedsstyrelsen ved sin indberetning af sagerne til Patientklagenævnet indstillede, at Patientklagenævnet anmodede anklagemyndigheden om at rejse tiltale mod tandlægen for overtrædelse af tandlægelovens § 19, stk. 1.

I det følgende refereres i hovedtræk 5 af de 10 sager, der dannede grundlag for Patientklagenævnets oversendelse af sagerne til anklagemyndigheden.

- *En 30-årig kvinde havde været i behandling hos tandlægen i 4 år, i hvilken periode der blev foretaget 60 fyldninger på 28 tænder samt 6 rodbehandlinger. Næsten samtlige fyldninger var af plast. Røntgenbilleder viste utilstrækkelige rod fyldninger på flere tænder samt spalter og kariesangreb ved fyldningskanterne. Der blev ikke journalført diagnoser i forbindelse med behandlingerne.*
- *En 49-årig mand havde regelmæssigt været til konsultation hos tandlægen, hvor der blev lavet fyldninger i to store kindtænder og en lille kindtand. Der opstod sekundær karies i de tre tænder og vedvarende symptomer i den ene af de tre tænder. Tandlægens journal var meget summarisk ført, idet der ikke var anført diagnoser, ligesom der flere steder manglede angivelse af anvendte fyldningsmaterialer samt af de flader, hvor der var udført fyldninger.*
- *En 40-årig kvinde havde fået udskiftet alle sølvamalgamfyldninger med plast efter anbefaling fra tandlægen på grund af galvaniske spændingsforskelle. Tandlægen afslog endvidere at lave restaureringer i andre materialer end plast, selvom kvinden selv foreslog porcelænskroner eller – indlæg. Det var ikke sandsynliggjort, at tandlægen havde informeret om fordele og ulemper ved plastmaterialer. Yderligere var journalmaterialet vedrørende en periode på otte år bortkommet.*
- *Røntgenbilleder viste kariesangreb og rodspidsbetændelse på to tænder hos en 57-årig kvinde, hvilket ikke blev diagnosticeret og behandlet af tandlægen. Endvidere blev der ikke foretaget særlig undersøgelse af tandkød eller knoglefæste, selvom tandlægen havde behandlet med tandrodsrensninger for paradontitis.*
- *En 28-årig mand havde i knapt 7 år været til konsultation tre gange årligt, hvor der udførtes tandrensninger og 30 fyldninger. Ved skift til anden tandlæge tre måneder efter sidste undersøgelse hos den forrige konstateredes mange ubehandlede kariesangreb og mangelfulde fyldninger. Tandlægens journal indeholdt ikke oplysninger om generelle sygdomme og om tandsættets tidligere og nuværende tilstand, ligesom der manglede angivelse af art og mængde af det anvendte bedøvelsesmiddel.*

Patientklagenævnet fandt, at sagerne lignede hinanden meget, for så vidt angår forsømmelsernes karakter, idet der var tale om udvikling af alvorlig karies og/eller paradontose trods jævnlige

eftersyn hos tandlægen gennem længere perioder. Endvidere fandtes tandlægens journalføring at have været utilstrækkelig, hvilket tillige gjaldt hans information i nogle af sagerne.

Nævnet fandt på den baggrund, at tandlægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin virksomhed. Nævnet fandt endvidere, at der var begrundet mistanke om, at tandlægen havde udvist gentagen forsømmelse under udøvelsen af sin virksomhed.

Tandlægen vedtog efterfølgende et bødeforelæg på 8.000 kr. for overtrædelse af tandlægelovens § 19, stk. 1.

Indberetning vedrørende plastbehandling

På baggrund af en indberetning fra det amtslige tandlægenævn blev sagen af Sundhedsstyrelsen indberettet til Patientklagenævnet. Sagen drejede sig om en 58-årig kvinde, der havde et lille og stærkt behandlet resttandsæt (henholdsvis seks og syv tænder i over- og underkæben) samt delprotese i både over- og underkæbe.

Kvinden fik udskiftet syv metalkeramikkroner og en sølvamalgamfyldning med plasterstatninger hos en praktiserende tandlæge. Der var ingen bemærkninger i journalen om defekter ved de udskiftede kroner og fyldningen. Ifølge journalen var patienten sandsynligvis tungmetalforgiftet, og der blev foretaget en serumtest. Udskiftningen skete over fire måneder i 1991.

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var indikation for den iværksatte behandling, og at plasterstatningerne måtte anses for at have en meget begrænset holdbarhed. Desuden fandtes tandlægens information kritisabel, idet det ikke fremgik af journalen, at kvinden forud for behandlingens påbegyndelse var blevet informeret om holdbarheden af plastbehandlingen.

Nævnet fandt endvidere tandlægens journalføring mangelfuld, idet der ikke var gjort notater om resultatet af den kliniske undersøgelse forud for behandlingens påbegyndelse.

Nævnet fandt således, at tandlægen havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Nævnet fandt endvidere, at der var begrundet mistanke om, at tandlægen havde overtrådt tandlægelovens § 19, stk. 1.

Statsadvokaten forelagde et antal spørgsmål for Retslægerådet.

Ifølge Retslægerådets udtalelse måtte tandlægen antages at have orienteret kvinden om behandlingen. Den omfattende udskiftning af kroner var ikke tandlægefagligt indiceret og havde utvivlsomt været til skade for tandsættet, ligesom planlagt udskiftning af velfungerende kroner med plast i almindelighed måtte karakteriseres som en fejlbehandling.

Imidlertid lagde Retslægerådet tillige vægt på den voksne og habile persons ret til frit at indgå aftaler om behandling, ligesom tandlægen og kvinden syntes at have haft en fælles holdning til metalliske fyldningsmaterialer. Retslægerådet oplyste videre, at der blev arbejdet med den teknologiske udvikling af ikke-metalliske tanderstatnings- og fyldningsmaterialer med henblik på at afvikle brugen af sølvamalgam af miljømæssige hensyn. Et egnet alternativ til brugen af kviksølv i sølvamalgam var dog ikke i sigte.

På den baggrund besluttede statsadvokaten at opgive påtale.

16.4 Afgørelser vedrørende sygeplejersker om oversendelse til anklagemyndigheden 1994–1998

Dette kapitel indeholder en gennemgang af samtlige nævnets afgørelser vedrørende sygeplejersker, hvor nævnet har oversendt sagen til anklagemyndigheden i perioden fra den 1. januar 1994 til den 31. december 1998. Der er tale om 6 klagesager og 15 indberetningssager.

Grundlaget for nævnets videresendelse af de pågældende sager var i alle tilfældene, at nævnet ved sin afgørelse fandt, at der var begrundet mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse, jf. lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Efter samme lovs § 10, stk. 2 kan der også straffes for overtrædelse af andre bestemmelser, herunder pligtbestemmelsen i § 5, stk. 1, hvorefter en sygeplejerske er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Som det fremgår nedenfor, er sygeplejerskens handling i nogle af sagerne blevet bedømt som en overtrædelse af § 5, stk. 1 jf. 10, stk. 2, selvom Patientklagenævnet havde fundet mistanke om grovere forsømmelse.

16.4.1 Statistik

Nedenstående tabel viser udfaldet af samtlige anmodninger om at overveje tiltalerejsning fra 1994 til 1998 og resultatet heraf.

	1994	1995	1996	1997	1998	I alt
Afgjorte sager i alt vedr. sygeplejersker	80	74	61	195	200	
Anmodning om tiltalerejsning	10	5	3	3	0	21
Påtale opgivet		3				3
Bødeforlæg vedtaget				1		1
Advarsel	1					1
Dom, frifindelse	2	2	2	1		7
Dom, § 5, stk. 1 jf. § 10, stk. 2	7					7
Dom, § 10, stk. 1			1	1		2

Ved påtaleopgivelse forstås de tilfælde, hvor anklagemyndigheden ikke skønner, at en tiltalerejsning vil føre til domfældelse.

Bødeforlæg kan forekomme såvel udenretligt som indenretligt. I sagen fra 1997 blev bøden vedtaget uden domstolens medvirken (udenretligt bødeforlæg). Kriteriet for bødeforlæg er, at lovovertrædelsen ikke skønnes at ville medføre højere straf end en bøde. Ved et vedtaget bødeforlæg forstås, at vedkommende har erklæret sig skyldig i lovovertrædelsen og er villig til at betale bøden.

Advarsel kan tildeles af domstolen, hvis vedkommende findes skyldig, men forseelsen er af ringe karakter.

I 3 af de sager, hvor retten frifandt sygeplejersken, blev der kun frifundet for grovere forsømmelse (§ 10, stk. 1), mens der i de 4 andre sager tillige blev taget stilling til og frifundet for manglende omhu (§ 5, stk. 1, jf. § 10, stk. 2).

I 2 af sagerne, hvor der blev afsagt dom efter lov om sygeplejersker § 5, stk. 1, jf. § 10, stk. 2, skete der strafbortfald, idet den begåede fejl var ringe og undskyldelig. I de 5 andre sager blev der idømt en bøde i størrelsesordenen fra 500 kr. til 1500 kr.

I de to sager hvor domstolen fandt, at sygeplejersken havde overtrådt lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, blev der idømt bøder på henholdsvis 800 kr. og 1500 kr.

I **tabel 2** er sagerne delt op efter temaer.

Tabel 2 – Antal sager, fordelt efter temaer

Manglende tilkald af læge	1
Undladelse af genoplivning	1
Observation	1
Blodtransfusion	
- mangelfuld identifikation af patient	4
- forkert blodtypeangivelse på rekvisition	1
Fejlmedicinering	
- mangelfuld identifikation af patient	2
- mangelfuld identifikation af præparat	4
- forkert udregning af dosis	4
- mangelfuld identifikation af præparatets styrke	1
- forkert overførsel fra journal til medicinkardex	1
Ernæringsvæske indgivet intravenøst	1

16.4.2 Eksempler på konkrete afgørelser

For så vidt angår de 3 anmodninger om tiltalerejsning i 1997, henvises der til Patientklagenævnets Årsberetning for 1997, **kap. 4** vedrørende sygeplejersker.

I det følgende refereres et antal konkrete sager vedrørende fejlmedicinering og blodtransfusioner.

16.4.2.1 Sager vedrørende fejlmedicineringer

Det er Patientklagenævnets opfattelse, at det af hensyn til patientsikkerheden er afgørende, at der i forbindelse med medicingivning m.v. foretages den rette identifikation af patient og præparat, samt at medicinen indgives i den rette dosis.

• Indgift af muskelafslappende medicin

En 34 - årig mand skulle have fjernet højre testikel på grund af kræft. Det var planlagt, at operationen skulle foregå i rygmarsbedøvelse. Forud for anlæggelsen heraf blev der bl.a. indgivet injektion med præparatet Dormicum med styrken 1 mg pr. ml, i alt 2 mg indsprøjtet i en vene. På operationsstuen blev der indgivet yderligere 5 mg Dormicum i en vene, svarende til 5 ml. Patienten ønskede at sove under indgrebet, og da den indgivne medicin ikke havde haft den ønskede virkning, tog en sygeplejerske en ny sprøjte fra anæstesibordet og indsprøjtede, hvad hun mente var yderligere 3 mg, svarende til 3 ml Dormicum.

Under indgift af medicinen iagttog sygeplejersken nøje patientens vejrtrækning og opdagede, at han reagerede usædvanligt, idet han havde rykvisse trækninger i armene. Sygeplejersken gav straks patienten ilt via en anæstesimaske, tilkaldte en anæstesilæge og kontrollerede den medicin, hun havde indgivet. Herved opdagede hun, at hun havde indgivet 3 ml, svarende til 30 mg muskelafslappende medicin, Tracrium, i stedet for Dormicum. Sygeplejersken gav herefter tillige patienten lattergas med henblik på at fjerne hans ubehag af den muskelafslappende medicin.

Patientklagenævnet fandt, at sygeplejersken burde have været ekstra opmærksom ved kontrollen af engangssprøjtens indhold, da hun vidste, at Tracrium og Dormicum var i identiske 5 ml engangssprøjter, og at der på anæstesibakken fandtes medicin, som kunne benyttes ved dagens øvrige operationer. Nævnet fandt herefter, at der var mistanke om, at sygeplejersken ved sin behandling af patienten havde udvist grovere forsømmelse i henhold til lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Byretten frifandt sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, blandt andet under hensyn til, at hun reagerede relevant, da hun opdagede fejlen. Samlet fandt retten dog, at sygeplejersken ved at fejllæse Tracrium for Dormicum, som, hun var bekendt med, befandt sig på medicinbordet, ikke havde udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed, jf. lov om sygeplejersker § 5, stk. 1, jf. § 10, stk. 2. Der blev idømt en bøde på 800 kr.

• Indgift af Kodein i stedet for Koffein

En 40 – årig kvinde havde efter en punktur af den hårde hjernehinde omkring rygmærven fået svær hovedpine, som blev behandlet med præparatet Koffein. En sygeplejerske udleverede ved en fejl 2 g Kodein (80 tabletter) til patienten i stedet for 2 g Koffein. Efter ca. 15 minutter begyndte patienten pludseligt at udvikle universelt udslæt, trykken for brystet, åndedrætsbesvær, hudkløe og alment ubehag. Den allergiske reaktion blev behandlet med hurtig bedring til følge. Det blev herefter noteret i journalen, at patienten ikke kunne tåle Kodein.

Sygeplejersken oplyste, at Koffein meget sjældent benyttes i afdelingen, samt at hun læste navnet på præparatet som tablet Kodein, som hyppigt anvendtes.

Patientklagenævnet fandt, at der var mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse i henhold til lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, i forbindelse med fejlmedicineringen.

Byretten frifandt sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, blandt andet under henvisning til, at Kodein var det almindeligt anvendte smertestillende præparat på afdelingen, at afdelingen ikke var i besiddelse af Koffein på indgivelsestidspunktet, samt at sygeplejersken forinden indgiften havde konsulteret en læge med henblik på sanktion af ordinationen, ligesom hun fik 2 kollegaer til at hjælpe med optællingen. Retten henviste endvidere til, at sygeplejersken reagerede relevant på patientens overfølsomhedsreaktioner, samt at patienten ikke fik mén af forvekslingen. Retten fandt imidlertid, at sygeplejersken burde have reageret på indgivelsen af det meget høje antal - 80 - tabletter, hvorfor hun blev idømt en bøde på 500 kr. for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 5, stk. 1, jf. § 10, stk. 2.

• Indgift af Adrenalin i stedet for Atropin

En 58 – årig kvinde var indlagt på en intensiv neurokirurgisk afdeling efter en hjerneoperation. På grund af nedsat pulsfrekvens ordinerede en læge 0,5 mg Atropin til patienten. Sygeplejersken, der skulle varetage medicineringen, tog en ampul fra en æske i medicinskabet. På kanten af æsken var der med håndskrift skrevet Atropin. Sygeplejersken kontrollerede ikke præparatets navn på ampullen. Umiddelbart efter indgift af 0,5 ml medicin intravenøst udviklede patienten meget hurtigt hjertefrekvens og forhøjet blodtryk. Det blev herefter konstateret, at der ved en fejl var givet Adrenalin 1 mg/ml.

Patientklagenævnet fandt, at der var mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse i henhold til lov om sygeplejersker § 10, stk. 1, ved at undlade at sikre sig, at der var overensstemmelse mellem det ordinerede lægemiddel Atropin og indholdet i den ampul, hun tog fra medicinskabet.

Byretten fandt, at sygeplejersken ikke havde udvist tilstrækkelig omhu, jf. lov om sygeplejersker § 5, da hun havde begået en faglig elementær fejl ved ikke at sikre sig ved at læse påskriften på ampullen, at den medicin, som hun indgav patienten, svarede til den ordinerede. Byretten fandt dog ikke grundlag for at karakterisere sygeplejerskens handlemåde som en grovere forsømmelse eller skødesløshed, jf. lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Ved afgørelsen blev der herefter lagt vægt på, at opgaverne den pågældende aften var på grænsen af afdelingens kapacitet, idet der var mange patienter samt sygemeldinger blandt personalet. Endvidere blev der lagt vægt på, at medicinen var opbevaret på det sted i medicinskabet, der ved mærkning var beregnet til den ordinerede medicin, og i en æske, der bar påskrift om indhold af den ordinerede medicin. Det kunne således ikke bebrejdes sygeplejersken, at hun ikke foretog en særlig kontrol, fordi ampullerne var anbragt i en æske uden det originale låg. Yderligere blev der lagt vægt på, at sygeplejersken ikke havde noget ansvar for medicinens opbevaring i medicinskabet, og at hun straks erkendte fejlen og aktivt deltog i den behandling, der blev iværksat for at korrigere for fejlmedicineringen. Under henvisning til disse omstændigheder fandtes den udviste fejl at være så ringe og undskyldelig, at straffen for overtrædelse af § 5, stk. 1, jf. § 10, stk. 2 bortfaldt.

16.4.2.2 Sager vedrørende blodtransfusioner

Det er Patientklagenævnets opfattelse, at det er af afgørende betydning, at der foretages kontrol af patientens identitet og blodtype i forbindelse med rekvirering af og transfusion af donorblod, da indgift af ikke-forligeligt blod kan medføre livstruende reaktioner.

Nedenfor refereres to sager, hvor der ikke blev foretaget tilstrækkelig identifikation af patienten i forbindelse med blodtransfusion.

• **Forbytning af blod til to patienter**

To patienter på samme afdeling skulle begge have blodtransfusion. Den ene patient havde blodtype O rhesus positiv, og den anden patient havde A rhesus positiv. Sygeplejersken hentede to portioner blod, en til hver patient. Sammen med en sygehjælper kontrollerede sygeplejersken blodet i henhold til instruksen. Efter denne kontrol fik sygeplejersken blodportionerne og transfusionsjournalerne. Inden opsætning af blodet blev hun optaget af en telefonopringning. Efter telefonopringningen tog hun den ene blodportion samt transfusionsjournal og gik ind til den første patient. Efter at have kontrolleret patientens identitet, blev blodportionen tilsluttet den nål, der i forvejen var i patientens arm.

Derefter hentede sygeplejersken den næste portion blod og transfusionsjournal og gik ind til den anden patient. Efter tilsvarende kontrol af patientidentitet blev denne portion blod opsat og tilsluttet. Kort efter tilslutningen af transfusionen fik denne patient kulderystelser, og sygeplejersken afbrød straks transfusionen og tilkaldte en læge. Sygeplejersken kom kort tid efter til at tænke på, at denne patient måske ikke havde fået det rigtige blod. Hun konstaterede herefter, at der havde fundet en forbytning sted vedrørende blodet til de to patienter, og transfusionen til den første patient blev ligeledes stoppet. Endvidere blev lægen orienteret om, at der var tale om en forbytning. Sygeplejersken har oplyst til sagen, at hun må have kontrolleret patienternes identitet ud fra transfusionskemaerne og ikke ud fra blodposerne, som hun skal.

Patientklagenævnet fandt, at der var mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse, og anmodede politiet om at overveje at rejse tiltale for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1. Selvom sygeplejersken umiddelbart efter at have opdaget fejlen handlede hurtigt og relevant, fandt nævnet, at der i den manglende identifikation af blodportionen i forhold til patienten forelå en grovere forsømmelse.

Byretten lagde til grund, at sygeplejersken var under et stort arbejdspress, da hun gav de to blodportioner. Transfusionerne skulle have været udført af dagvagterne, som sygeplejersken afløste, og af den grund hentede hun de to blodposer samtidig i blodbanken. Byretten lagde endvidere til grund, at sygeplejersken var kommet til at ombytte blodposerne, fordi hun var blevet afbrudt i sit arbejde af en telefonopringning. Yderligere lagde byretten til grund, at sygeplejersken straks afbrød blodtransfusionen til den anden patient, da hun så, at denne patient fik kulderystelser på grund af transfusionen. Under disse omstændigheder fandt byretten ikke at kunne karakterisere sygeplejerskens handlinger som grovere forsømmelser eller skødesløshed. Byretten frifandt derfor sygeplejersken for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1.

Byretten lagde herefter vægt på, at sygeplejersken havde erkendt sig skyldig i overtrædelse af samme lovs § 5, stk. 1, og at hun havde tilsluttet blodposerne uden at sikre sig, at disses oplysninger om persondata stemte overens med patienternes data. På denne baggrund fandt byretten, at sygeplejersken ikke havde udvist tilstrækkelig omhu. Sygeplejersken blev idømt en bøde på 1.500 kr.

• **Transfusion med blod tilhørende nabopatienten**

En patient, der kastede blod op og havde faldende blodtryk, fik ordineret infusion af 2 portioner Haemaccel. Sygeplejersken, der tillige passede nabopatienten, tog begge patienters

identifikationskort. Hun bad herefter en anden sygeplejerske om at hente blod, men afleverede det forkerte identifikationskort samt en transfusionsjournal, som blev fundet frem efter dette identifikationskort.

Efter kontrol af den første portion blod, ville sygeplejersken sætte denne op til patienten. Hun bad patienten om at bekræfte sit fornavn. Da patienten fortsat var dårlig med vedvarende opkastninger, blev portion nr. 2 kontrolleret og sat op af samme sygeplejerske. I forbindelse med klargøring af den tredje portion blod til patienten, opdagede sygeplejersken, at det var nabopatientens navn, der stod på blodposen. Infusionen af portion nr. 2 blev herefter stoppet, og en læge samt blodbanken blev underrettet.

Patientklagenævnet lagde vægt på, at sygeplejersken ikke gennemførte en regelret patientidentifikation inden blodtransfusionen, da hun ikke kontrollerede cpr.nr. eller patientarmbåndet. På denne baggrund fandt nævnet, at sygeplejersken havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed, jf. lov om sygeplejersker § 5, stk. 1, og indskærpede sygeplejersken at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Endvidere fandt nævnet, at der var mistanke om, at sygeplejersken havde udvist grovere forsømmelse, hvorfor politiet blev anmodet om at overveje at rejse tiltale for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1. Nævnet bemærkede, at travlhed principielt ikke fritager en sygeplejerske for at overholde kravene om omhu og samvittighedsfuldhed i lov om sygeplejersker.

På baggrund af en yderligere efterforskning af sagen fandt statsadvokaten ikke grundlag for at rejse tiltale mod sygeplejersken. Statsadvokaten lagde ved sin vurdering blandt andet til grund, at patienten ved indlæggelsen havde præsenteret sig ved sit 2. fornavn (P), der var identisk med nabopatientens fornavn. Endvidere lagde statsadvokaten til grund, at sygeplejersken, forinden hun startede transfusionen, spurgte patienten, om han hed P, hvilket han bekræftede.

Statsadvokaten lagde vægt på, at der var opstået en akut situation, der af sygeplejersken var blevet opfattet som livstruende for patienten, og at fejlen med nabopatientens identifikationskort og transfusionsjournal opstod i forvirringen over det skete. Endvidere lagde statsadvokaten vægt på, at sygeplejersken gjorde bestræbelser på at foretage identifikation, da hun bad patienten om at bekræfte sit fornavn, og at det var en tilfældighed, at begge patienter havde samme fornavn. Yderligere lagde statsadvokaten vægt på, at sygeplejersken straks foretog adækvate afværgeforanstaltninger og underrettede den vagthavende læge om det passerede, da hun opdagede fejlen. Statsadvokaten tillagde det endvidere stor betydning, at sygeplejersken selv opdagede fejlen i forbindelse med klargøring af 3. portion blod. Statsadvokaten antog derfor, at sygeplejersken under normale omstændigheder er omhyggelig med at foretage en tilstrækkelig patientidentifikation.

Statsadvokaten fandt herefter, at det ikke var antageligt, at det under en straffesag ville blive lagt til grund, at den af sygeplejersken begåede fejl var af en så grov karakter, at der ville ske domfældelse for overtrædelse af lov om sygeplejersker § 10, stk. 1. Statsadvokaten udtalte, at han var enig i, at der forelå en overtrædelse af lovens § 5, stk. 1. Han fandt dog ikke grundlag for at rejse tiltale for overtrædelse af denne bestemmelse, da Patientklagenævnet havde afgjort overtrædelsen disciplinært med en indskærpelse.

Statsadvokaten besluttede således at opgive påtale mod sygeplejersken, da det ikke kunne forventes, at hun ville blive fundet skyldig til straf.

16.5 Opfølgning vedr. jordemødre, apoteksassistenter og farmaceuter

Vedrørende jordemødre er der i perioden truffet en afgørelse vedrørende en jordemoder, der i byretten blev idømt en bøde på 5.000 kr. Afgørelsen blev omtalt i nævnets årsberetning for 1994.

For så vidt angår apoteksassistenter og farmaceuter, hvor nævnet ved sin afgørelse af sagen besluttede at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale, henvises til [kapitel 10](#).

17. RETSSAGER MOD PATIENTKLAGENÆVNET

I 1998 verserede der 12 retssager mod Patientklagenævnet. Heraf var 7 anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening, 2 af Dansk Sygeplejeråd og 3 af klagere, dvs. patienter eller disses repræsentanter.

En af de 12 retssager blev endeligt afgjort i 1998. I denne sag, der var anlagt af en patient, frifandt Østre Landsret ved sin dom Patientklagenævnet for påstanden om, at nævnets afgørelse måtte omgøres eller var ugyldig. Domstolsbehandlingen af de resterende 11 sager var ikke endeligt afsluttet ved udgangen af 1998. I en af sagerne om tavshedspligtsbrud gav landsretten Lægeforeningen medhold, men Patientklagenævnet har anket sagen til Højesteret.

Hermed følger et kort resumé af samtlige 12 retssager, der i 1998 verserede mod Patientklagenævnet:

17.1 Sager anlagt af Den Almindelige Danske Lægeforening

- **Lægevagt - manglende lægeundersøgelse af 8-årig pige med kyssesyge**

Patientklagenævnet kritiserede i sin afgørelse en vagtlæge for ikke at have foranlediget sygebesøg til en 8-årig pige med kyssesyge, efter at pigens far havde afvist at transportere pigen til vagtlægekonsultationen på grund af pigens tilstand.

Lægeforeningen har udtaget stævning mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnets afgørelse omgøres, idet vagtlægen ikke mener, at de symptomer, han fik beskrevet i telefonen, nødvendiggjorde en lægeundersøgelse.

- **Fødselssag - klargøring til kejsersnit**

Patientklagenævnet fandt i sin afgørelse, at en overlæge, der var bagvagt uden tilstedeværelsespligt på en fødeafdeling, straks på grundlag af forvagtens (en reservelæges) telefoniske oplysninger om en fødende kvindes voldsomme smerter og pludseligt fald i fosterets hjerteaktion burde have fået bestyrket mistanke om, at livmoderen var bristet og på denne baggrund telefonisk have givet besked om, at kvinden skulle gøres klar til kejsersnit. Herved ville indgrebet kunne have været udført, så snart overlægen selv havde undersøgt kvinden.

Lægeforeningen har udtaget stævning mod Patientklagenævnet med påstand om, at nævnet ikke havde føje til at udtale kritik af overlægen. Under retssagen har Lægeforeningen blandt andet anført, at overlægen ikke på tidspunktet for telefonsamtalen med forvagten havde grundlag for at antage, at livmoderen var bristet, og at spørgsmålet om, hvorvidt kvinden på et tidligere tidspunkt burde have været klargjort til kejsersnit, under alle omstændigheder må bero på et lægeligt skøn, som ikke kan tilskrives manglende omhu eller samvittighedsfuldhed hos overlægen eller andre sundhedspersoner.

• Instruks for behandling af selvmordstruede patienter på psykiatrisk afdeling

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse, at en administrerende overlæge havde overtrådt lægeloven ved ikke at foranledige, at der forelå instruks for behandling af særligt dårlige patienter på psykiatrisk afdeling. Sagen udsprang af en klage fra de pårørende til en psykiatrisk patient, der havde begået selvmord under indlæggelsen.

Lægeforeningen har anlagt sag ved Østre Landsret med påstand om, at nævnets afgørelse er ubeføjet blandt andet med henvisning til, at der ikke kunne stilles krav om en sådan instruks (de færreste psykiatriske afdelinger havde en). Lægeforeningen har endvidere anført, at administrerende overlæger slet ikke er underlagt lægelovens pligtbestemmelser, da de varetager administrative funktioner, hvorfor Patientklagenævnet efter lægeforeningens opfattelse ikke har kompetence til at vurdere administrerende overlægers administrative opgaver.

• Anvendelse af spørgeskema ved ordination af ”lykkepiller”

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse, at en praktiserende læge ikke havde været tilstrækkelig omhyggelig, da han tilbød at behandle en patient med ”lykkepiller”. Ved afgørelsen lagde nævnet vægt på, at lægen, der ikke havde et nærmere kendskab til patienten, alene efter gennemgang af et spørgeskema og evalueringsskema vurderede, at patienten med største sandsynlighed havde en ”major depression”.

Lægeforeningen har anlagt sag ved Østre Landsret med påstand om, at nævnets afgørelse er ubeføjet, idet det gøres gældende, at lægen ved udspørgen af patienten dannede sig et indtryk af patientens tilstand og problemer og supplerede sine observationer ved patientens udfyldelse af spørgeskemaet.

• Tavshedspligt – videregivelse af helbredsoplysninger til patients arbejdsgiver

Patientklagenævnet fandt i sin afgørelse, at en overlæge brød sin tavshedspligt ved at videregive oplysninger om en psykiatrisk patients helbredstilstand til dennes arbejdsgiver uden samtykke fra patienten.

Østre Landsret fandt ved dom af 25. juni 1998, at Patientklagenævnet ikke havde kompetence til at behandle sager om brud på tavshedspligten. Sagen er anket til Højesteret, som forventes at afsige dom i 1999.

• Tavshedspligt – videregivelse af helbredsoplysninger om indsat i anstalt

Patientklagenævnet fandt i sin afgørelse, at en overlæge brød sin tavshedspligt ved at videregive helbredsoplysninger om en indsat i en af kriminalforsorgens anstalter – imod den indsatte udtrykkelige ønske - til et statsfængsel, hvor den indsatte skulle overføres til.

Lægeforeningen har anlagt sag ved Østre Landsret.

Landsretten har foreløbig udsat sagen, indtil Højesteret har afsagt dom i den ovennævnte sag om videregivelse af oplysninger til patientens arbejdsgiver.

- **Afslag på aktindsigt i dele af vurderingen fra Patientklagenævnets sagkyndige**
Patientklagenævnet traf oprindeligt afgørelse om, at en overlæge havde givet en mangelfuld beskrivelse af radiologiske fund.

Østre Landsret fandt imidlertid ved en efterfølgende dom i 1996, at afgørelsen var ugyldig, da overlægen ikke var blevet tilstrækkeligt partshørt.

Patientklagenævnet genoptog derfor behandlingen af sagen og besluttede i den forbindelse ud fra en konkret vurdering at give overlægen aktindsigt i de sagkyndige (og på daværende tidspunkt interne) vurderinger, dog ikke i de vurderinger, der angik de andre involverede sundhedspersoner.

Lægeforeningen har herefter på ny stævnet Patientklagenævnet under henvisning til, at overlægen også burde gives aktindsigt i de sagkyndige udtalelser, der ikke angik ham.

På grund af de udvidede partshøringsregler i Patientklagenævnets nye forretningsorden har nævnet nu besluttet at imødekomme overlægens ønske om at se alle sagkyndige vurderinger i sagen. Retssagen forventes derfor at blive afsluttet i begyndelsen af 1999, hvorefter nævnet vil fortsætte behandlingen af selve den genoptagne klagesag.

17.2 Sager anlagt af Dansk Sygeplejeråd

- **Sygepleje - forveksling af sterilt saltvand og sterilt vand**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse, at en operationssygeplejerske havde overtrådt sygeplejerskelovens krav om omhu og samvittighedsfuldhed ved ikke at kontrollere, at den rette væske (sterilt saltvand i stedet for sterilt vand) var opsat i dropstativet i forbindelse med en kikkertundersøgelse af patientens knæled.

Dansk Sygeplejeråd har anlagt sag ved Østre Landsret med påstand om, at nævnets afgørelse er ubeføjet, idet der blandt andet henvises til, at det efter afdelingens sædvanlige rutine var en sygehjælperes ansvar at fremskaffe og kontrollere, at det var saltvand, der blev benyttet.

- **Sygepleje – tilsyn med psykiatrisk patient med selvmordstanker**

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse, at en afdelingssygeplejerske havde overtrådt sygeplejerskeloven ved for længe at have ladet en psykiatrisk patient med selvmordstanker uden opsyn.

Dansk Sygeplejeråd har udtaget stævning ved Østre Landsret med påstand om, at nævnets afgørelse er uberettiget og/eller ugyldig. Dansk Sygeplejeråd har blandt andet gjort gældende, at tilsynet med patienten var i overensstemmelse med sædvanlig praksis, at der i øvrigt ikke er klaget over afdelingssygeplejersken, og at en eventuel klage over hende i hvert fald er forældet.

17.3 Sager anlagt af patienter/klagere

• Behandling for smerter i hofte, bækken og ryg

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

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

• Hæmorideoperation ødelagde blærens tømningmuskel

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse, at der ikke var sket overtrædelse af lægeloven eller sygeplejerskeloven i forbindelse med en hæmorideoperation, hvorved patienten fik ødelagt blærens tømningmuskel, idet nævnet fandt, at operationen blev udført efter sædvanlige retningslinier, og at der ikke var noget ved de anvendte procedurer, der kunne antages at indebære langvarige vandladningsproblemer.

Patienten har ved stævning til Østre Landsret blandt andet påstået Patientklagenævnet dømt til at anerkende, at lægeloven og lov om sygeplejersker blev overtrådt, idet det gøres gældende, at de involverede sundhedspersoner overtrådte en lang række sædvanlige procedurer, som burde have været fulgt.

• Behandling for astma

Patientklagenævnet fandt ved sin afgørelse, at der ikke var sket overtrædelse af lægeloven i forbindelse med sygehusbehandlingen af en patient for astma, idet nævnet fandt, at undersøgelsen svarede til god lungemedicinsk standard, og at der ikke var grundlag for at antage, at den ordinerede medicin kunne indebære en længerevarende påvirkning af kroppen. Endvidere fandt nævnet, at patientens praktiserende læge havde forsøgt at skabe et overblik, uddrog overordnede konklusioner, foretog undersøgelser og henvisninger inden for rammer, som måtte anses for overensstemmende med god lægepraksis.

Patienten anlagde sag mod Patientklagenævnet med påstand om, at de involverede læger ikke havde vurderet patientens samlede situation, og at hun i forbindelse med undersøgelserne og medicineringen var blevet fejlbehandlet, idet hendes symptomer efterfølgende var blevet forværret.

Østre Landsret frifandt ved dom Patientklagenævnet, idet landsretten ikke fandt grundlag for at statuere, at nævnets afgørelse var mangelfuld eller hvilede på et forkert grundlag. Dommen er ikke anket.

PATIENTKLAGENÆVNETS AFGØRELSER OG PRAKSIS

EMNE-OVERSIGT

MAJ 1999

AUTORISEREDE SUNDHEDSPERSONER

1. LÆGER

1.1 ALMEN MEDICIN, incl. vagtlæger

1.2 ANÆSTESIOLOGI/INTENSIV

1.3 ARBEJDSMEDICIN

1.4 BØRNESYGDOMME (PÆDIATRI)

1.5 BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

1.6 GYNÆKOLOGI OG OBSTETRIK

1.7 HUD- OG KØNSSYGDOMME

1.8 INTERN MEDICIN

1.8.1 Alderdomssygdomme (geriatri)

1.8.2 Blodsygdomme (hæmatologi)

1.8.3 Gigtsygdomme (reumatologi)

1.8.4 Hjerter- og kredsløbssygdomme, medicinske (kardiologi)

1.8.5 Hormonsygdomme, medicinske (endokrinologi)

1.8.6 Infektionsmedicin

1.8.7 Leversygdomme (hepatologi)

1.8.8 Lungesygdomme

1.8.9 Mave- tarm-sygdomme, medicinske (gastro-enterologi)

1.8.10 Nyresygdomme, medicinske (nefrologi)

1.8.11 Overfølsomhedssygdomme (allergologi)

1.9 KIRURGI

1.9.1 Brysthulekirurgi (thoraxkirurgi)

1.9.2 Karkirurgi

1.9.3 Kirurgiske leversygdomme

1.9.4 Plastikkirurgi

1.9.5 Urinvejskirurgi (urologi)

1.10 KRÆFTSYGDOMME (ONKOLOGI)

1.11 LABORATORIESPECIALERNE

1.11.1 Analyse af diverse stoffer i blod m.v. (biokemi)

1.11.2 Arvelighed (genetik)

1.11.3 Bakterier, virus o.l. (mikrobiologi)

1.11.4 Bekæmpelse af infektion o.l. (immunologi)

1.11.5 Medicins virkning (farmakologi)

1.11.6 Funktion af organer (fysiologi), brug af radioaktivitet (nuklearmedicin)

1.12 NEUROKIRURGI

1.13 NEUROLOGI

1.14 ORTOPÆDKIRURGI

1.15 PSYKIATRI

1.16 RØNTGEN (RADIOLOGI)

1.17 VÆVS- OG CELLEUNDERSØGELSER (PATOLOGI)

1.18 ØJENSYGDOMME (OFTALMOLOGI)

1.19 ØRE-NÆSE-HALSSYGDOMME (OTO-RHINO- LARYNGOLOGI)

2. TANDLÆGER

3. TANDPLEJERE

4. SYGEPLEJERSKER

5. JORDEMØDRE

6. PSYKOLOGER

7. FYSIOTERAPEUTER

8. ERGOTERAPEUTER

9. KLINISKE TANDTEKNIKERE

10. FODTERAPEUTER

11. KIROPRAKTORER

12. OPTIKERE

13. KLINISKE DIÆTISTER

IKKE-AUTORISEREDE SUNDHEDSPERSONER

21. GRØNLANDSKE TANDPLEJERE

22. PLEJERE

23. SYGEHJÆLPERE

24. GRØNLANDSKE SUNDHEDSHJÆLPERE

25. PLEJEHJEMSASSISTENTER

26. SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENTER

27. RADIOGRAFER

28. HOSPITALSLABORANTER

29. APOTEKERE

30. FARMACEUTER

31. APOTEKSASSISTENTER

JURIDISKE TEMAER

41. AKTINDSIGT I HELBREDSOPLYSNINGER

42. ANSVARFORDELING

43. IDENTIFIKATION, MÆRKNING

44. INFORMATION OG SAMTYKKE

45. JOURNALFØRING

46. LÆGEERKLÆRINGER

47. TAVSHEDSPLIGT

Fodnoter

[\[1\]](#) Tal fra Danmarks Apotekerforening, Årsberetning 1997.

[\[Top\]](#)