

# Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning

af

nævnets praksis

vedrørende

**KLAGER I FORBINDELSE MED**

**MENINGITIS**

2000-2007

December 2007

Fuldmægtig, cand. jur. Alexia Jensen

Fuldmægtig, cand. jur. Katrine Ridstrøm

Fuldmægtig, cand. jur. Kirstine Strøh Jensen



# Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnet har udgivet nedenstående

## Sammenfatninger af nævnets praksis:

- Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002
- Psykologer. 1998-2002. Januar 2003
- Lægeerklæringer. 1998-2002. Februar 2003
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003
- Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 2003
- Information og samtykke og journalføring heraf. 1998-2003. December 2003
- Klager over plastikkirurgiske indgreb på bryster. 1998-2003. Juli 2004
- Klager i forbindelse med udlevering af medicin fra apoteker. 1999-2003. Oktober 2004
- Klager inden for neurokirurgi. 1999-2003. November 2004
- Klager over diagnostik af brystkræft. 2001-2003. December 2004
- Tandlæger. 1998-2005. November 2005
- Klager i forbindelse med øjensygdomme. 2003-2004. December 2005
- Psykiatriske ankesager. 1997-2005. December 2005
- Klager over ambulancebehandlere. November 2006
- Sundhedspersoners tavshedspligt, 1998-2006. November 2006
- Lægeerklæringer, 1998-2006. December 2006
- Blindtarmsbetændelse. 2003-2006. December 2006
- Aktindsigt. 1998-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med hjertesygdomme. 2003-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med rygmarvsbedøvelse. 2003-2007. December 2007

Sammenfatningerne findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer.

## **Forord**

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en systematisk gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager vedrørende meningitis.

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til [pkn@pkn.dk](mailto:pkn@pkn.dk).

Peter Bak Mortensen  
dir.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	INDLEDNING.....	5
2.	REGELGRUNDLAG .....	5
3.	GENERELT OM MENINGITIS .....	7
3.1.	De forskellige bakterier, som kan forårsage meningitis .....	8
3.1.1.	Meningokokbakterier .....	8
3.1.2.	Pneumokokbakterier .....	9
3.1.3.	Haemophilus influenzae type b (hib).....	9
3.1.4.	Stafylokokker, streptokokker end pneumokokker, Listeria og Gram negative bakterier	9
4.	KLAGER OVER DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF MENINGITIS HOS VOKSNE ...	10
4.1.	Klager vedrørende praktiserende læger og vagtlæger.....	10
4.1.1.	Sager med kritik .....	10
4.1.2.	Sager uden kritik .....	12
4.1.3.	Sager uden kritik vedrørende patienter med særlig risiko for meningitis.....	18
4.1.4.	Sager vedrørende transport af patienten til sygehuset .....	21
4.2.	Klager vedrørende læger på sygehuse .....	23
4.2.1.	Sager med kritik .....	23
4.2.2.	Sager uden kritik .....	28
5.	KLAGER OVER DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF MENINGITIS HOS BØRN .....	31
5.1.	Klager vedrørende praktiserende læger og vagtlæger.....	33
5.1.1.	Sager med kritik .....	33
5.1.2.	Sager uden kritik .....	37
5.2.	Klager vedrørende læger på sygehuse .....	40
5.2.1.	Sager med kritik .....	40
5.2.2.	Sager uden kritik .....	41
6.	SAGSOVERSIGT.....	44

## 1. INDLEDNING

Dette er en sammenfatning af Patientklagenævnets praksis i sager, der omhandler diagnosticering og behandling af meningitis.

Sammenfatningen består af 6 kapitler. Regelgrundlaget er beskrevet i *kapitel 2*, og der redegøres generelt for sygdommen meningitis i *kapitel 3*. I *kapitel 4 og 5* redegøres der for nævnets praksis vedrørende behandling af voksne og børn med meningitis eller meningitissymptomer, ligesom der beskrives, hvorledes behandlingen foregår ved praktiserende læge samt ved lægers behandling på sygehus.

Denne praksissammenfatning er baseret på i alt 32 sager fra 2000 til 2007. I den elektroniske udgave af sammenfatningen på Patientklagenævnets hjemmeside (<http://www.pkn.dk>) er der links til de anonymiserede afgørelser i fuld tekst. Disse afgørelser vil være tilgængelige på nettet i løbet 1. kvartal 2008.

## 2. REGELGRUNDLAG

Lovgrundlaget er autorisationslovens § 17 (indtil 1. januar 2007 lægelovens § 6). Efter denne bestemmelse har en læge pligt til under udøvelsen af sin gerning at vise omhu og samvittighedsfuldhed. De afgørelser, der er refereret i denne praksissammenfatning, er alle truffet før lovændringen, og således efter lægelovens § 6.

Nævnet vurderer i hver enkelt sag, om lægen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Denne standard kan ændre sig over tid og sted, og der er tale om en konkret afvejning i hvert enkelt tilfælde. Nævnet ser på, hvad lægen vidste eller burde have vidst på det pågældende tidspunkt og ud fra de konkrete omstændigheder.

Såfremt lægen har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard, finder nævnet grundlag for at udtale kritik af lægen, og autorisationslovens § 17 er dermed overtrådt.

Der findes to meddelelser fra Sundhedsstyrelsen, der begge omhandler meningitis. Meddelelserne er ikke i sig selv retligt bindende, men de er sundhedsfaglige retningslinier i form af anbefalinger udstukket fra Sundhedsstyrelsen. De er således med til at udfylde normen for omhu og samvittighedsfuldhed, hvorfor de indgår i nævnets vurdering.

Sundhedsstyrelsen har løbende givet udtryk for, hvorledes vurdering og visitation af akut syge spædbørn bør foretages, senest ved Meddelelse om vurdering og visitation af akut syge spædbørn fra den 29. januar 2002.

I denne meddelelse understreges det, at akut syge og febrile børn særligt i det første leveår bør tilses af en læge på vide indikationer, og at spædbørn i de første levemåneder på vide indikationer bør visiteres til vurdering på en pædiatrisk afdeling.

Det fremgår således af meddelelsen, at en læge uden forsinkelse bør foranledige en klinisk undersøgelse af et spædbarn med temperaturforhøjelse eller andre usædvanlige symptomer. Endelig fremgår det af meddelelsen, at en læge bør medbringe antibiotika til behandling af formodet meningokoksygdom og meningitis af anden årsag samt medicin til behandling af kramper.

I Officiel meddelelse fra Sundhedsstyrelsen fra den 23. juli 2002 redegøres der for behandling af meningokoksygdom i almen praksis og lægevagtsregi.

I denne meddelelse understreges det, at en læges mistanke om meningokoksygdom bør foranledige denne til at tilkalde en ambulance med henblik på akut indlæggelse. Lægen bør selv ledsage patienten med henblik på at sikre frie luftveje og behandle eventuelle kramper.

Videre understreges det, at lægen i ventetiden på ambulancen omgående bør give injektion med penicillin.

Endelig understreges det, at såfremt transport til sygehus ikke sker med ambulance, skal lægen fortsat ledsage patienten. Har lægen allerede ved den telefoniske kontakt med patienten eller dennes pårørende begrundet mistanke om meningokoksygdom, kan lægen uden forudgående lægevagtsbesøg indlægge patienten.

Det afgørende for, om der skal ske indlæggelse akut med ambulance og gives penicillin er, om lægen mistænker en infektion med meningokokker.

Det fremgår af meddelelsen, at en læge altid ved mistanke om en meningokoksygdom bør ledsage patienten ved transporten til sygehus. Dette gælder dog ikke, hvis lægen indlægger patienten allerede ved patientens telefoniske kontakt.

### 3. GENERELT OM MENINGITIS

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

Symptomerne på viral meningitis er feber, hovedpine, kvalme og opkastninger. Der kan ligeledes opstå nakke- og rygstivhed, ligesom symptomerne kan være som ved en halsbetændelse.

Symptomerne ved viral meningitis er vanskelige at skelne fra bakteriel meningitis, men tilstanden vil gå over af sig selv uden behandling. Der kan ved viral meningitis gives smertestillende og febernedsættende medicin, og der vil være bedring efter et par uger.

Den bakterielt betingede meningitis er væsentligt mere alvorlig. Den kan skyldes en række forskellige bakterier, eksempelvis meningokokker og pneumokokker.

Der er ca. 250 tilfælde af bakteriel meningitis om året. Sygdommen ses oftest hos små børn, teenagere og ældre.

Meningitis kan udvikle sig i løbet af få timer, og dødeligheden er meget høj, såfremt der ikke opstartes behandling med penicillin eller anden antibiotika. Dette betyder, at det er afgørende, at der reageres hurtigt, så snart der er tegn på meningitis. I tilfælde, hvor der opstartes behandling, er der i Danmark en dødelighed på omkring 5-30 %, men i særlige situationer højere endnu.

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

Når sygdommen udvikler sig, bliver symptomerne på en bakteriel meningitisinfektion nemmere at adskille fra andre sygdomme. Voksne bliver ofte nakkestive, således at de ikke kan bøje hovedet ned mod brystet uden stærke smerter, ligesom deres ryg kan blive helt stiv. Ved infektion med meningokokker kan der forekomme små hudblødninger, såkaldte petekkier, som tyder på, at infektionen har spredt sig til blodbanerne. Hudblødningerne er små, røde eller blårøde prikker på huden, som ikke forsvinder, når man trykker på dem, men de kan udvikle sig til større sammenflydende områder.

De bakterier, der kan føre til meningitis, findes oftest naturligt på slimhinder i luftvejene. I disse tilfælde kan smitte ske ved nysen eller hosten. Ved en betændelsestilstand som for eksempel mellemørebetændelse kan bakterien trænge over i blodbanen og bevæge sig ind til hjernehinderne og forårsage meningitis. Smitte kan endvidere ske uden en eksisterende betændelsestilstand ved, at bakterien tilfældigt bevæger sig over i blodbanen, videre til hjernehinderne og forårsager meningitis. Endvidere kan smitte ske ved, at bakterien trænger fra næsen ind til hjernehinderne ved defekter i næsesvælget, for eksempel efter et kraniebrud. I tilfælde, hvor patienten har været udsat for et hovedtraume – kraniebrud – eller haft mellemøre- eller bihulebetændelse, vil den behandlende læge skulle være særlig opmærksom på symptomer på meningitis.

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

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

Selvom meningitis bliver behandlet optimalt, kan der opstå følger hos op mod en tredjedel af alle, der overlever bakteriel meningitis. Følgerne kan være nedsættelse af de intellektuelle funktioner, høretab, neurologiske følger og nedsat indlæringssevne hos børn. De kan forekomme samlet eller hver for sig og i varierende grad.

Vaccination kan forebygge visse typer meningitis. Siden 1993 har der i børnevaccinationsprogrammet været en vaccine mod *haemophilus influenzae*, og fra den 1. oktober 2007 blev også en vaccine mod meningitis, forårsaget af visse pneumokoktyper, omfattet af børnevaccinationsprogrammet. Der findes også en vaccine mod meningokoksygdom, serotype A og C, der benyttes i udbruds- og forebyggelsessituationer.

### **3.1. De forskellige bakterier, som kan forårsage meningitis**

#### **3.1.1. Meningokokbakterier**

Bakterien findes i kortere eller længere perioder i næsen hos nogle mennesker. Den smitter ved dråbeinfektion. De fleste, der smittes med bakterien, mærker ikke noget til smitten. Kun nogle få



udvikler sygdom, fordi bakterien har bredt sig til hjernehindene (meningitis) eller blodet (blodforgiftning). Blodforgiftning med meningokokker kan optræde uden samtidig meningitis især tidligt i forløbet. I disse tilfælde sker der ingen bevidsthedssvækkelse, før der indtræder kompliceret multiorgansvigt. Når bakterien har bredt sig til hjernehindene udvikler sygdommen sig hurtigt. Symptomerne er som oftest høj feber, hovedpine, lys- og lydoverfølsomhed, kvalme og opkastning, stivhed i nakken og svækket bevidsthed. Endelig kan den syge få kramper som ved epilepsi. Har sygdommen bredt sig til blodet, er symptomerne blandt andet punktformede pletter i huden (petekker), større blødninger i huden, diarré og mavesmerter. Som oftest vil man i begge tilfælde kunne se, at den syge er alvorligt syg. Behandling sker med penicillin. I Danmark er den mest almindelig meningokokbakterie type B. Der findes ingen vaccine mod denne.

### **3.1.2. Pneumokokbakterier**

Bakterien findes naturligt på slimhinderne i næse og svælg som en såkaldt bærertilstand hos mennesker i alle aldre, uden at disse mennesker er syge. Bærerhyppigheden er dog størst hos børn. En bærertilstand kan føre til spredning af bakterierne i kroppen og forårsage sygdom. Bakterien spredes ved nys, hoste eller direkte kontakt. Pneumokokbakterien kan forårsage en række lidelser, blandt andet akut mellemørebetændelse, bihulebetændelse, lungebetændelse og meningitis. Behandling af pneumokokker sker med penicillin. Vaccine mod meningitis forårsaget af visse pneumokoktyper blev den 1. oktober 2007 omfattet af børnevaccinationsprogrammet.

### **3.1.3. Haemophilus influenzae type b (hib)**

Hib-meningitis forekommer især hos børn under tre år, og den smitter ved dråbeinfektion. Symptomerne er indsættende feber, hovedpine og opkastninger. Den syge bliver døsig eller urolig og måske uklar. Ofte vil der være spændinger i nakke og ryg, og hos spædbørn kan fontanelen være spændt. Symptomerne kan i begyndelsen ligne symptomer på influenza. Hib-meningitis behandles med antibiotika. Vaccination mod hib-meningitis er en del af børnevaccinationsprogrammet, og sygdommen er derfor stort set forsvundet.

### **3.1.4. Stafylokokker, streptokokker end pneumokokker, Listeria og Gram negative bakterier**

Infektion førende til meningitis kan forekomme med disse mikroorganismer, men de er meget sjældne i Danmark.

## **4. KLAGER OVER DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF MENINGITIS HOS VOKSNE**

Nævnet har i sine afgørelser vedrørende diagnosticering af meningitis hos voksne blandt andet oplyst, at det kan være vanskeligt at skelne imellem symptomerne på en almindelig influenzainfektion og på en meningitisinfektion, idet de indledende symptomer er de samme.

Idet der ikke er nogen behandlingsmulighed ved en influenzainfektion, og der ved henvendelse til vagtlæge eller praktiserende læge oftest vil være tale om en influenzainfektion, har nævnet udtalt, at symptombehandling med smertestillende og eventuelt kvalmestillende medicin er relevant.

Meningitis udvikler sig meget hurtigt, og de sikre symptomer vil ofte kun forekomme i en kortere periode, inden patientens tilstand bliver meget kritisk. Det er derfor nævnets praksis, at vagtlæger og praktiserende læger skal oplyse patienter og pårørende med infektioner præget af ”influenzalignende” symptomer om at henvende sig igen, såfremt der sker en forværring af almentilstanden, eller hvis der opstår alarmerende enkeltsymptomer, herunder påvirket bevidsthedsniveau, hudblødninger samt nakke- og rygstivhed.

Antibiotisk behandling af mellemørebetændelse eller en anden form for infektion vil kunne sløre symptomerne på meningitis. Hvis behandlingen ikke er effektiv i forhold til den type meningitis patienten har, vil sygdommen blusse op, når den antibiotiske behandling afsluttes.

Nævnet har endvidere udtalt, at lægen skal mistænke meningitis og iværksætte behandling herfor samt indlægge patienten, hvis patienten bliver nakke- og rygstiv, har petekker eller hvis patienten udover influenzasymptomer samtidig har en meget dårlig almentilstand.

I det følgende er gengivet eksempler på nævnets afgørelser af sager med og uden kritik opdelt på sager om henholdsvis den praktiserende læges behandling og lægers behandling på et sygehus.

### **4.1. Klager vedrørende praktiserende læger og vagtlæger**

#### **4.1.1. Sager med kritik**

Nedenfor følger to afgørelser, hvor nævnet har fundet grundlag for at kritisere lægen for dennes utilstrækkelige undersøgelse af patienten.

### **Sag 1 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse [\(0122405P\)](#)**

*En 44-årig kvinde henvendte sig den 19. maj 2000 til lægevagten, idet hun havde udviklet et rødt udslæt på hele kroppen og i to dage havde haft ondt i halsen, kulderystninger, kvalme og hovedpine. Patienten blev undersøgt af en vagtlæge, der vurderede, at der var tale om en allergisk reaktion eller betændelsestilstand. Patienten mente ikke selv, at hun havde feber, men klagede over let hovedpine og kvalme. Vagtlægen opfordrede patienten til at anskaffe sig et termometer samt henvende sig igen, hvis hendes tilstand blev forværret, eller hvis hendes temperatur steg.*

*Seks timer senere henvendte patienten sig igen til vagtlægen, da hendes tilstand var forværret med hovedpine, opkastninger og nakkestivhed. Vagtlægen indlagde patienten akut. Det blev herefter konstateret, at patienten havde meningitis med meningokokbakterier.*

*Der blev klaget over, at vagtlægen ikke foretog en tilstrækkelig undersøgelse ved patientens første henvendelse.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægens første behandling den 19. maj 2000, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen burde have foretaget en måling af patientens temperatur samt undersøgt hende for nakke- og rygstivhed.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten havde hovedpine, kvalme og et rødt udslæt, der kunne være tegn på blodforgiftning med meningokokker.

### **Sag 2 Klage over vagtlæges mangelfulde behandling [\(0655926P\)](#)**

*Manden til en 47-årig kvinde kontaktede den 8. januar 2005 vagtlægen telefonisk, idet hun havde stærk hovedpine, nakkesmerter og opkastning. Vagtlægen vurderede, at patienten led af en virusinfektion og ordinerede indtagelse af væske.*

*Patienten blev efterfølgende indlagt på neurologisk afdeling, hvor hun fik konstateret en blødning fra hjernehinden.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en tilstrækkelig undersøgelse.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere vagtlægens behandling den 8. januar 2005, idet det var nævnets opfattelse, at patienten frembød symptomer på en behandlingskrævende tilstand i form af blødning eller infektion i centralnervesystemet, eksempelvis meningitis.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten havde kraftig hovedpine og nakkesmerter, samt at hun kastede op.

Videre lagde nævnet vægt på, at vagtlægen ikke spurgte ind til, om patienten havde feber, og om hun kunne bøje hovedet ned mod brystet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at symptomerne ikke var entydige, og at vagtlægen derfor burde have visiteret patienten til en konsultation eller et sygebesøg.

#### **4.1.2. Sager uden kritik**

Nedenfor følger afgørelser til illustration af, at det kan være svært at stille diagnosen meningitis. Det vil derfor også kunne ses af Patientklagenævnets afgørelser, at der i langt de fleste tilfælde ikke bliver givet kritik af den sundhedsfaglige behandling, idet lægen oftest handler relevant på baggrund af de opståede symptomer.

#### **Sag 3 Klage over manglende indlæggelse ved telefonisk kontakt til vagtlæge [\(08F004P\)](#)**

*En 56-årig kvinde blev om natten den 28. december 2004 undersøgt af en vagtlæge på grund af feber, hoste og hovedpine. Vagtlægen noterede, at hun spiste og drak, og at afføring og vandladning var i orden. Der var ikke nakke- og rygstivhed eller udslæt, men ved undersøgelse af lungerne blev der noteret let raslen på begge bagflader, og patienten blev sat i behandling for lungebetændelse.*

*Om natten den 29. december 2004 kontaktede patientens mand atter lægevagten. Vagtlægen noterede, at patienten havde hovedpine på trods af, at hun havde taget Panodil, at hun havde ondt i nakken, især i højre side ved nakkefæsterne, men i øvrigt var helt kontaktbar. Vagtlægen ordinerede behandling med Ibuprofen.*

*Patientens mand kontaktede endelig lægevagten den 29. december 2004 om morgenen og talte med samme vagtlæge som ved den tidligere henvendelse den 29. december 2004. Vagtlægen noterede nu, at patienten fortsat havde spændingshovedpine, samt at hendes temperatur var 39,5 grader. Patienten var bekymret for, om hendes tilstand kunne skyldes forhøjet blodtryk. Vagtlægen anbefalede, at hun kontaktede egen læge.*

*Patienten blev en time senere indlagt af egen læge på mistanke om meningitis. Ved indlæggelsen var hun bevidsthedspåvirket og nakke- og rygstiv. Hun blev sat i behandling for bakteriel meningitis på grund af pneumokokbakterier og måtte behandles i respirator.*

*Der blev klaget over, at vagtlægen ikke indlagde patienten.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlægens behandlinger den 29. december 2004, idet det var nævnets opfattelse, at hovedpine, feber og ondt i nakken kan være symptomer på en infektion med meningitis, men at høj feber og spændingshovedpine kunne give de samme symptomer.

Nævnet lagde vægt på, at vagtlægen ved første telefoniske henvendelse forsøgte at behandle hovedpinen medicinsk, og ved anden henvendelse tilrådede kontakt til egen læge, som åbnede ganske kort tid senere.

Nævnet lagde videre vægt på, at vagtlægen ved at tale med patienten selv sikrede sig, at hun var ved normalt bevidsthedsniveau. Samlet var der således ikke symptomer, som krævede en akut indlæggelse uden først at være tilset af en læge.

#### **Sag 4 Klage over praktiserende læges manglende diagnosticering af meningitis [\(08F005P\)](#)**

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

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

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

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

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

#### **Sag 5 Klage over vagtlæges manglende diagnosticering af meningitis [\(08F006P\)](#)**

*En 75-årig kvinde blev tilset af vagtlæge A den 10. december 2006 på grund af feber og smerter ved dyb vejtrækning. Vagtlægen vurderede, at hun led af en virusbetinget øvre luftvejsinfektion og ordinerede smertestillende medicin.*

*Den 14. december 2006 blev patienten tilset af vagtlæge B, der fandt ømhed af nakke og skuldre, men ellers en upåvirket almentilstand. Vagtlægen vurderede, at symptomerne kunne skyldes de forudgående dages sengeleje samt urinsyregigt, og han ordinerede derfor smertestillende medicin.*

*Patienten blev den 15. december 2006 indlagt af vagtlæge C på grund af nakke- og rygstivhed samt bevidsthedspåvirkning. Hun fik under indlæggelsen konstateret meningitis og blev behandlet herfor.*

*Patienten klagede over vagtlæge B's manglende diagnosticering af meningitis den 14. december 2006.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlægens behandling den 14. december 2006, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen foretog en relevant undersøgelse og behandling af patienten, der ikke frembød symptomer på meningitis.

Nævnet lagde herved vægt på, at patienten var alment upåvirket, samt at der blev fundet normale forhold ved lungeundersøgelse og ingen temperaturforhøjelse.

Videre lagde nævnet vægt på, at vagtlægens vurdering af, at patienten led af en almen infektion, der havde udviklet sig til urinsyregigt, var relevant, idet vagtlægen konstaterede ømhed i nakke- og skuldermuskulaturen samt i storetåens grundled.

#### **Sag 6 Klage over praktiserende læge samt vagtlæges manglende diagnosticering af meningitis [\(0235412P\)](#)**

*En 57-årig mand kontaktede telefonisk sin praktiserende læge den 25. april 2002, idet han havde haft høj feber samt smerter i alle muskler i et døgn. Den praktiserende læge vurderede, at patienten led af influenza og ordinerede febernedsættende medicin.*

*Den 26. april 2002 kontaktede patienten vagtlægen telefonisk på grund af smerter i nakke og skuldre samt i lænden. Vagtlægen vurderede, at smerterne skyldtes en virusinfektion og ordinerede derfor smertestillende medicin.*

*Patienten blev efter et ildebefindende indlagt den 27. april 2002, hvor der blev konstateret bakteriel meningitis. Patienten afgik ved døden senere samme dag.*

*Der blev klaget over, at hverken patientens egen læge eller vagtlægen foretog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere hverken den praktiserende læge eller vagtlægen, idet det var nævnets opfattelse, at patientens symptomer tydede på en virusinfektion.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten ikke var bevidsthedspåvirket ved henvendelserne, idet han var velformuleret og klar.

Videre lagde nævnet vægt på, at der ved henvendelserne ikke var oplysninger, der kunne give mistanke om alvorlig tilgrundliggende sygdom.

### **Sag 7 Klage over vagtlægers manglende diagnosticering af meningitis ([0446006P](#))**

*En 58-årig mand blev tilset af vagtlæge A den 31. oktober 2003 på grund af feber og hoste. Vagtlægen undersøgte patienten og vurderede, at der var tale om en influenzainfektion.*

*Den 2. november 2003 blev patienten tilset af vagtlæge B, idet hans tilstand var forværret, ligesom han havde fået smerter i armen. Vagtlægen undersøgte patienten og vurderede, at tilstanden kunne ses an og ordinerede smertestillende medicin og væskeindtagelse.*

*Patienten blev den 3. november 2003 indlagt, hvor der blev konstateret lungebetændelse og meningitis. Patienten afgik ved døden den 26. november 2003 på trods af intensiv behandling.*

*Der blev klaget over, at vagtlægerne ikke reagerede relevant på patientens symptomer.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlægernes behandling, idet det var nævnets opfattelse, at begge vagtlæger undersøgte patienten relevant, hvor de fandt normale forhold, samt at de på baggrund heraf relevant stillede diagnosen influenza.

Nævnet lagde vægt på, at patienten objektivt var helt upåvirket bevidsthedsmæssigt, samt at han ikke var nakke- og rygstiv.

Videre lagde nævnet vægt på, at patienten på tidspunktet for undersøgelserne ikke frembød symptomer på en alvorlig infektionssygdom.

### **Sag 8 Klage over at vagtlægen undlod at foretage indlæggelse [\(0235906P\)](#)**

*En 45-årig mand blev den 21. april 2002 tilset af en vagtlæge, idet han var alment utilpas med hoste og vejrtrækningsbesvær. Vagtlægen blev oplyst om, at patienten forinden havde haft to lungebetændelser og var blevet behandlet herfor med antibiotika. Vagtlægen ordinerede penicillin og opfordrede patienten til at kontakte sin praktiserende læge en uge senere.*

*Den 22. april 2002 kontaktede patienten sin praktiserende læge.*

*Patienten blev indlagt den 23. april 2002 med meningitis. Han afgik ved døden 14 dage senere.*

*Der blev klaget over, at vagtlægen ikke indlagde patienten den 21. april 2002.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlægen for hans behandling den 21. april 2002, idet det var nævnets opfattelse, at patienten på tidspunktet for konsultationen alene var let sygdomspåvirket og frembød symptomer på fortsat lungebetændelse.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at vagtlægen ved den objektive undersøgelse fandt patienten let svedende med hyppig vejrtrækning, samt at vagtlægen iværksatte relevant behandling med penicillin og henviste til kontrol hos egen læge en uge senere.

### **Sag 9 Klage over praktiserende læger og vagtlæges manglende diagnosticering af meningitis [\(0655018P\)](#)**

*En 31-årig mand konsulterede sin praktiserende læge A den 22. januar 2004 på grund af smerter i højre øre samt eventuel feber. Læge A undersøgte patientens højre øre og fandt tegn på akut mellemørebetændelse. Lægen ordinerede behandling med smertestillende medicin og opfordrede patienten til at måle sin temperatur samt henvende sig igen, såfremt hans tilstand blev forværret.*



*Den 27. januar 2004 henvendte patienten sig til praktiserende læge B på grund af fortsatte smerter i højre øre samt svimmelhed. Praktiserende læge B undersøgte patienten og fandt, at hans højre trommehinde var rød. Læge B ordinerede derfor behandling med antibiotika.*

*Patienten henvendte sig den 30. januar 2004 til vagtlægen, idet han havde haft influenza i to uger, mellemørebetændelse samt smerter i ryggen. Vagtlægen undersøgte patienten og fandt, at han var øm i brystryggen og ordinerede derfor behandling med smertestillende medicin.*

*Den 2. februar 2004 henvendte patienten sig igen til praktiserende læge B, idet han havde fået smerter i lænden. Læge B henviste patienten til behandling hos en fysioterapeut samt ordinerede behandling med smertestillende medicin.*

*Patienten blev fundet død den 5. februar 2004 formentlig på grund af en meningitis infektion.*

*Der blev klaget over, at praktiserende læge A, vagtlægen samt praktiserende læge B ikke foretog relevante undersøgelser og behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere praktiserende læge A for hans behandling af patienten den 22. januar 2004, idet det var nævnets opfattelse, at læge A foretog en relevant undersøgelse og behandling af patienten, der frembød symptomer på mellemørebetændelse.

Nævnet lagde herved vægt på, at praktiserende læge A opfordrede patienten til at henvende sig igen ved forværring af hans tilstand.

Videre fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere vagtlægen for hendes behandling af patienten den 30. januar 2004, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen foretog en relevant undersøgelse og behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at vagtlægen vurderede, at patienten havde fået rygsmerter efter at have ligget i sengen i flere dage og derfor behandlede med smertestillende medicin.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere praktiserende læge B for hans behandling af patienten den 27. januar og den 2. februar 2004, idet det var nævnets opfattelse, at læge B undersøgte og behandlede patienten relevant.

Nævnet lagde herved vægt på, at læge B den 27. januar 2004 på baggrund af, at patienten fortsat havde smerter i højre øre, var svimmel samt havde røde trommehinder, opstartede behandling med antibiotika.

Videre lagde nævnet vægt på, at patienten den 2. februar 2004 henvendte sig på grund af smerter i lænden, der ikke gav mistanke om en alvorlig ryglidelse eller infektionssygdom, hvorfor behandling med smertestillende medicin og henvisning til fysioterapeut var relevant.

#### **4.1.3. Sager uden kritik vedrørende patienter med særlig risiko for meningitis**

Nedenfor følger to afgørelser, hvor lægen skal være særlig opmærksom på symptomer på meningitis. I den første afgørelse har patienten været opereret i rygmarsbedøvelse, og i den anden afgørelse har patienten kraniebrud.

#### **Sag 10 Klage over vagtlægers manglende diagnosticering af meningitis [\(08F007P\)](#)**

*En 50-årig kvinde blev den 1. marts 2005 opereret i rygmarsbedøvelse. Hun blev udskrevet den 3. marts 2005, men hun fik den 5. marts 2005 kraftig hovedpine samt blev øm i nakken, hvorfor hun henvendte sig på skadestuen.*

*Hun blev genindlagt og fik foretaget en såkaldt "blood patch", og hun blev udskrevet samme dag i bedring.*

*De følgende dage tiltog generne, og den 19. marts 2005 havde hun kraftig hovedpine, var meget øm i nakken, havde kvalme og opkastninger, ligesom hun var meget lys- og lydfølsom.*

*Patienten blev tilset af vagtlæge A den 21. marts 2005, der ordinerede behandling med kvalme- og smertestillende medicin. Vagtlægen opfordrede samtidig patienten til at kontakte læge igen, hvis behandlingen ikke havde effekt.*

*Den 23. marts 2005 blev patienten tilset af vagtlæge B, idet hendes tilstand var forværret, ligesom hun var svær at kontakte. Vagtlægen indlagde patienten akut på en neurologisk afdeling, hvor det blev konstateret, at patienten havde meningitis.*

*Der blev klaget over, at vagtlægerne ikke foretog en tilstrækkelig undersøgelse og behandling af patienten.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlæge A for hendes behandling af patienten den 19. marts 2005, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen foretog en tilstrækkelig undersøgelse af patienten samt iværksatte relevant behandling af hendes symptomer.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at vagtlæge A undersøgte patientens blodtryk, nakke, pupiller, muskelkraft og følesans. Videre lagde nævnet vægt på, at patienten ikke havde feber eller var nakke- og rygstiv.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at vagtlæge A iværksatte relevant behandling med kvalme- og smertestillende medicin, samt opfordrede til henvendelse til en læge igen, hvis behandlingen ikke havde effekt.

Videre fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere vagtlæge B for hans behandling af patienten den 23. marts 2005, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen relevant foranstaltede indlæggelse af patienten.

Nævnet lagde herved vægt på, at patientens tilstand var forværret, da vagtlæge B tilså hende, ligesom hun var blevet ukontaktbar.

### **Sag 11 Klage over manglende røntgenundersøgelse af kraniet efter en trafikulykke samt over vagtlæges manglende diagnosticering af meningitis [\(0230122P\)](#)**

*En 14-årig dreng blev den 6. april 2001 indlagt efter et trafikuheld, hvor han var blevet slynget ud af en bil. Patienten havde efter ulykken smerter i ryggen. Han fik foretaget en CT-skanning af brystet og maven samt en ultralydsskanning af maven. Disse viste tegn på kvæstelse af lungerne.*

*Den 9. april 2001 fik patienten foretaget en røntgenundersøgelse af lungerne, der viste næsten normale forhold.*

*Under indlæggelsen fik patienten målt puls, blodtryk og bevidsthedsniveau, der var normalt, og han blev udskrevet den 10. april 2001.*

*Den 12. april 2001 henvendte patienten sig på skadestuen, idet han havde hovedpine og var svimmel. Patienten blev undersøgt, og man fandt ømhed på begge sider af halssøjlen. Patienten blev herefter opfordret til at henvende sig ved en forværring af tilstanden, ligesom der blev ordineret behandling med smertestillende medicin.*

*Patienten henvendte sig den 16. april 2001 til vagtlægen på grund af hovedpine og feber. Vagtlægen undersøgte patienten, men fandt ikke, at han var nakke- og rygstiv. Derimod fandt vagtlægen, at patienten var rød i halsen og podede ham derfor, men fandt ikke tegn på en infektion med streptokokker. Vagtlægen vurderede, at patientens feber og rødme i halsen skyldtes en virusinfektion og anbefalede, at patienten så tiden an.*

*Den 17. april 2001 blev patienten indlagt på en børneafdeling, hvor det blev konstateret, at han havde meningitis, som han herefter blev behandlet for.*

*Patienten blev udskrevet den 25. april 2001.*

*Der blev klaget over, at vagtlægen, lægerne på skadestuen samt lægerne på sygehuset ikke foretog tilstrækkelige undersøgelser eller tilstrækkelig behandling af patienten.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne på sygehuset for deres behandling i perioden fra den 6. til den 10. april 2001, idet det var nævnets opfattelse, at lægerne foretog relevante undersøgelser af patienten.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patientens puls, blodtryk og bevidsthedsniveau var normalt, og at der derfor ikke var grundlag for at mistænke et hovedtraume og foretage en CT-skanning af hjernen.

Videre fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere lægerne på skadestuen for deres behandling af patienten den 12. april 2001, idet det var nævnets opfattelse, at lægerne foretog en relevant undersøgelse af patienten.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten blev undersøgt for nakke- og rygstivhed, ligesom der ikke var tegn på skader på centralnervesystemet.

Videre lagde nævnet vægt på, at patienten blev opfordret til at henvende sig igen ved en forværring af hans symptomer.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere vagtlægen for hans behandling af patienten den 16. april 2001, idet det var nævnets opfattelse, at patienten ikke frembød specifikke tegn på en alvorlig behandlingskrævende infektion.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at vagtlægen undersøgte patienten for nakke- og rygstivhed.

Videre lagde nævnet vægt på, at vagtlægen ved sin undersøgelse af patienten fandt tegn på en virusinfektion i halsen, der kunne forklare patientens feber og hovedpine.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten ikke frembød de sædvanlige tegn på kraniebrud, ligesom han hverken var nakke- og rygstiv, alment påvirket, havde opkastninger eller hudforandringer.

#### **4.1.4. Sager vedrørende transport af patienten til sygehuset**

Nedenfor følger en afgørelse, hvor nævnet fandt grundlag for at kritisere en læge for dennes manglende ledsagelse af en patient i ambulance, samt en afgørelse, der ikke gav nævnet grundlag for at kritisere en læge for ikke at foranstalte kørsel af en patient i ambulance.

#### **Sag 12 Klage over at praktiserende læge ikke ledsagede patienten i ambulancen ([0657127P](#))**

*En mand kontaktede om morgenen den 24. januar 2005 sin 38-årige hustru praktiserende læge telefonisk, idet hun havde høj feber, hovedpine, kulderystelser og smerter i hele kroppen og i ledene. Den praktiserende læge vurderede, at patienten led af influenza og tilbød en undersøgelse i konsultationen. Patientens mand fandt, at hendes tilstand var så dårlig, at hun ikke kunne komme til undersøgelse i konsultationen. Lægen anbefalede derefter henvendelse igen, hvis hendes tilstand blev forværret.*

*Om eftermiddagen den 24. januar 2005 kontaktede patientens mand igen den praktiserende læge, da patienten havde fået tiltagende hovedpine og nakke- og rygsmerter. Den praktiserende læge tilså herefter patienten i hendes hjem og indlagde hende akut på grund af mistanke om meningitis.*

*Der blev efterfølgende konstateret en infektion med pneumokokker, og på trods af intensiv behandling afgik patienten ved døden den 30. januar 2005.*

*Der blev klaget over den praktiserende læges behandling af patienten.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere den praktiserende læges behandling af patienten, idet det var nævnets opfattelse, at lægen burde have fulgt med patienten i ambulancen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læge for ikke at have givet penicillin direkte i blodet inden indlæggelsen, idet den praktiserende læge havde rådført sig med den vagthavende læge på hospitalet, der havde oplyst, at dette ikke skulle gøres. Der blev afgivet en mindretalsudtalelse i nævnet i forhold til dette.

Videre fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læge for hans behandling af patienten om morgenen den 24. januar 2005, idet hendes symptomer på dette tidspunkt tydede på influenza.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten ved henvendelsen om morgenen havde hovedpine, feber og smerter i kroppen og ledene, hvilke er almindelige symptomer ved influenza.

Videre lagde nævnet vægt på, at den praktiserende læge opfordrede patientens mand til at henvende sig igen, såfremt hendes tilstand blev forværret.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten ved den praktiserende læges undersøgelse om eftermiddagen havde udviklet tiltagende nakke- og rygsmerter samt et påvirket bevidsthedsniveau, og at lægen derfor indlagde hende akut.

Nævnet lagde derudover vægt på, at den praktiserende læge rådførte sig med den vagthavende læge på hospitalet om indgivelse af antibiotika.

Afslutningsvis lagde nævnet vægt på, at den praktiserende læge burde have fulgt med patienten i ambulancen i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens meddelelse herom.

### **Sag 13 Klage over at vagtlæge foranstaltede transport til hospital med taxa og ikke med ambulance ([08F008P](#))**

*En 58-årig kvinde blev den 31. december 2005 tilset af en vagtlæge på grund af hovedpine, kvalme og høj feber. Patienten havde forinden været i behandling med penicillin på grund af mellemørebetændelse. Vagtlægen undersøgte patienten og fandt, at hun havde blødende blærer på trommehinderne samt ømhed af nakken og skuldrene samt ved knoglefremspringet bag øret. Videre fandt vagtlægen, at patientens bevidsthedsniveau ikke var påvirket. Vagtlægen fandt tillige, at patienten kunne bevæge hovedet i alle planer, men at bevægelsen dog var nedsat.*

*Vagtlægen kontaktede telefonisk en øre-næse-hals afdeling på et sygehus og aftalte en akut vurdering af patienten på hospitalet. Herefter blev patienten kørt til hospitalet i en taxa. Her blev det efterfølgende konstateret, at patienten havde meningitis forårsaget af pneumokokker.*

*Der blev klaget over, at vagtlægen ikke diagnosticerede, at patienten havde meningitis, samt at vagtlægen burde have tilkaldt en ambulance.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere vagtlægen for hendes behandling af patienten den 31. december 2005, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen foretog en relevant undersøgelse af patienten, der ikke gav grundlag for en liggende transport.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at vagtlægen foretog en undersøgelse af patientens øre, bevidsthedsniveau, hudfarve, vejrtrækning, nakke og ryg, og at patientens bevidsthed ikke var påvirket.

Videre lagde nævnet vægt på, at vagtlægen vurderede, at patientens tilstand krævede en specialist vurdering og derfor kontaktede en øre-næse-hals afdeling på et sygehus med henblik på at få patienten vurderet der. Nævnet lagde således vægt på, at der ikke blev foretaget henvisning til sygehus på grund af mistanke om meningitis.

## **4.2. Klager vedrørende læger på sygehuse**

### **4.2.1. Sager med kritik**

Nedenfor følger to afgørelser, hvor nævnet fandt grundlag for at kritisere lægerne for ikke at reagere og behandle patienternes symptomer på alvorlig behandlingskrævende sygdom relevant.

#### **Sag 14 Klage over manglende diagnosticering af byld i hjernen [\(0761622P\)](#)**

*En 34-årig kvinde fik i 1999 og 2000 fjernet en godartet knoglesvulst i pandehulen efter at have lidt af pandehulebetændelse gentagne gange.*

*I 2002 fik patienten fjernet en godartet knoglesvulst i bihulerne med tæt relation til pandehulen.*

*Patienten havde i forløbet flere gange haft meningitis og var blevet behandlet herfor.*

*I 2003 blev patienten indlagt med meningitis og blev behandlet herfor. Hun blev tilbudt en operation, der skulle lukke hullet ind til hendes hjernehinde, men operationen blev ikke foretaget, da hun ville se tiden an.*

*Den 14. november 2004 blev patienten indlagt akut på en medicinsk afdeling på grund af mistanke om væskemangel. Patienten havde hoste, var meget træt og havde ingen appetit. Hun blev undersøgt, men der blev ikke fundet tegn på nakke- og rygstivhed, ligesom hendes reflekser var normale. Hendes blodprøver viste dog tegn på en bakteriel infektion og hun havde hovedpine. Herefter fik patienten taget en rygmarvsprøve for at undersøge denne for meningitis. Samtidig fik hun foretaget en øjenundersøgelse for at afsløre et eventuelt øget tryk i hjernen.*

*Rygmarvsprøven viste et øget antal hvide blodlegemer, men ikke tegn på bakterier. Patienten blev herefter udskrevet med besked om at henvende sig ved en forværring af symptomerne.*

*Patienten henvendte sig den 16. november 2004 hos sin praktiserende læge, der fandt hende bevidsthedspåvirket. Lægen indlagde hende på en psykiatrisk afdeling på baggrund af en udtalelse fra hospitalet om, at patientens symptomer kunne skyldes en depression.*

*Psykiatrisk afdeling fandt ikke grundlag for at mistænke en depression og overflyttede derfor patienten til medicinsk afdeling senere samme dag, da man i stedet mistænkte meningitis.*

*En læge på medicinsk afdeling fandt patienten sovende og ugidelig, men fandt, at hun kunne vækkes, og at hun kunne svare på spørgsmål, selvom hun svarede meget langsomt. Der blev derefter ordineret observation af patientens tilstand.*

*Om morgenen den 17. november 2004 var det ikke muligt at vække patienten, ligesom hun ikke reagerede på smertestimuli. Hendes blodtryk, puls og vejrtrækning var dog fortsat normal. Samtidig reagerede hendes pupiller ikke normalt. Reservelægen, der undersøgte patienten, fandt grundlag for en akut CT-skanning, men vurderede, at patientens tilstand kunne drøftes på morgenkonferencen 20 minutter senere.*

*På morgenkonferencen blev der ikke fundet grundlag for at foretage en akut CT-skanning eller MR-skanning af patientens hjerne.*

*Halvanden time senere blev patienten undersøgt af en afdelingslæge, der fandt hende bevidstløs med påvirkning af hjernen. En blodprøve viste tiltagende betændelse. Lægen*



*behandle derfor patienten med en stor dosis antibiotika samt overflyttede hende til en intensiv afdeling på et andet hospital.*

*Patienten blev overflyttet til en neurologisk afdeling på det andet hospital. Ved ankomsten fandt lægerne hende bevidstløs og med tegn på en svær påvirkning af hjernen. Patienten blev igen behandlet med antibiotika og fik foretaget en CT-skanning, der viste en stor byld i hjernen.*

*Herefter blev patienten overflyttet til et tredje hospital, hvor man operativt fjernede bylden.*

*Patienten afgik dog ved døden den 20. november 2004 på grund af en tiltagende påvirkning af hjernen.*

*Der blev klaget over, at patienten blev udskrevet fra sygehuset den 15. november 2004, at den praktiserende læge indlagde patienten på psykiatrisk afdeling den 16. november 2004, samt at lægerne på sygehuset ikke foretog tilstrækkelig undersøgelse og behandling af patienten.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den afdelingslæge, der vurderede, at patienten kunne udskrives den 14. november 2004, idet det var nævnets opfattelse, at lægen burde have sikret sig, at der ikke var tale om en byld i hjernen, samt at lægen burde have foranstaltet kontrol af patienten med mulighed for fornyet rygmarvsprøve.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten havde et forhøjet antal hvide blodlegemer i rygmarvsvæsken, hvilket kunne tyde på en byld i hjernen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den praktiserende læge for hendes behandling af patienten den 16. november 2004, idet det var nævnets opfattelse, at lægen foretog en relevant vurdering af patientens tilstand.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten under et døgn tidligere var blevet udskrevet fra hospitalet, hvor det var blevet afkræftet, at der kunne være tale om meningitis.

Videre lagde nævnet vægt på, at det på baggrund af patientens sygdomshistorie samt hospitalets vurdering af, at patienten kunne lide af en depression, var relevant at indlægge patienten på psykiatrisk afdeling.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere den reservelæge på medicinsk afdeling, der undersøgte patienten den 17. november 2004 om morgenen, idet det var nævnets opfattelse, at han burde have iværksat akut behandling af patienten med antibiotika samt foranlediget en CT-skanning af hendes hjerne.

Nævnet lagde herved blandt andet vægt på, at patienten, selvom hun var uden feber og ikke var nakke- og rygstiv, havde et forhøjet infektionstal målt både i blodet og gennem rygmarvsvæsken, var sløv og bevidsthedspåvirket, hvilket kunne være symptomer på meningitis eller en byld i hjernen. Samtidig lagde nævnet vægt på, at patientens sygehistorie betød, at hun havde høj risiko for at udvikle meningitis eller en byld i hjernen, hvorfor lægerne skulle være særligt opmærksomme på dette.

Videre lagde nævnet vægt på, at hurtig behandling ved meningitis eller en byld i hjernen var af afgørende betydning, hvorfor lægen burde have iværksat behandling straks uden at afvente morgenkonferencen.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere den ledende overlæge på den medicinske afdeling, idet det var nævnets opfattelse, at den ledende overlæge burde have sikret sig, at ansvaret for at følge op på patienten var blevet uddelegeret ved morgenkonferencen.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten var alvorlig og akut syg og blev diskuteret på morgenkonferencen.

Nævnet fandt derudover ikke grundlag for at kritisere den afdelingslæge, der tilså patienten halvanden time efter morgenkonferencen, idet det var nævnets opfattelse, at afdelingslægen behandlede patienten relevant samt relevant vurderede, at patienten akut skulle overflyttes til en neurologisk afdeling.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at det var relevant at opstarte behandling med antibiotika straks.

Videre lagde nævnet vægt på, at det var relevant at prioritere akut overflytning til en neurologisk afdeling frem for at afvente en akut CT-skanning.

**Sag 15 Klage over manglende diagnosticering og behandling af byld i hjernen [\(0656017P\)](#)**

*En 37-årig mand henvendte sig den 23. oktober 2002 på skadestuen på grund af voldsom hovedpine i tre dage. Efter tilsyn fra neurologisk afdeling blev patienten indlagt på neurologisk afdeling på hospital A.*

*Den 24. oktober 2002 blev patienten undersøgt af en afdelingslæge, der fandt en synsfeltdefekt og derfor ordinerede en CT-skanning samt et tilsyn fra en øjenlæge samme dag. Øjenlægen fandt et højresidigt synstab, men ellers ikke noget abnormt. CT-skanningen viste en proces bagerst i hjernen, der enten kunne skyldes en svulst eller en infektion. En overlæge på en neurologisk afdeling på hospital B vurderede, at der var tale om en ondartet hjernesvulst og ordinerede herefter behandling med binyrebarkhormon for at nedsætte trykket i hjernen. Samtidig blev der ordineret en MR-skanning samt blodprøver for at undersøge for infektion.*

*MR-skanningen kunne på grund af service først finde sted den 28. oktober 2002, hvilket overlægen vurderede, var forsvarligt.*

*Den neurologiske afdeling på hospital B vurderede fortsat den 25. oktober 2002, at patienten havde en ondartet hjernesvulst, men opfordrede den neurologiske afdeling, hvor patienten var indlagt, til at henvende sig igen, hvis patienten viste tegn på infektion.*

*Patienten klagede den 26. oktober 2002 over kraftige nakkesmerter strålende ud i skuldrene. En læge vurderede, at smerterne skyldtes nakkemyoser og ordinerede behandling med muskelafslappende medicin.*

*Den 28. oktober 2002 undersøgte en reservelæge patienten og fandt, at han var smerteforpint samt havde kvalme. Reservelægen behandlede herefter patienten med kraftigt smertestillende medicin direkte i blodet.*

*MR-skanningen blev foretaget den 28. oktober 2002. Denne viste også tegn på en proces bagerst i hjernen, der enten kunne skyldes en svulst eller infektion.*

*Om aftenen den 28. oktober 2002 fandt en reservelæge patienten dybt bevidstløs og overflyttede ham akut til hospital C, hvor patienten fik foretaget en punktur af processen i hjernen, der viste sig at skyldes en infektion.*

*Patienten afgik ved døden den 30. oktober 2002.*

*Der blev klaget over, at lægerne ikke foretog en korrekt diagnosticering og behandling af patienten.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere den læge, der den 26. og den 27. oktober 2002 vurderede, at patientens smerter i nakke og skuldre skyldtes myoser, idet det var nævnets opfattelse, at lægen på baggrund af disse symptomer sammen med fundet af en proces i bagerst i hjernen burde have kontaktet neurologisk afdeling på hospital B.

Videre fandt nævnet grundlag for at kritisere den reservelæge, der tilså patienten den 27. oktober 2002, idet det var nævnets opfattelse, at patientens symptomer burde have givet reservelægen grundlag for at kontakte neurologisk afdeling på hospital B.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, patienten havde udtalt hovedpine, var motorisk urolig og havde spontane opkastninger. Videre lagde nævnet vægt på, at reservelægen på baggrund af disse symptomer, samt at der var fundet en proces i den bagerste del af patientens hjerne, burde have kontaktet neurologisk afdeling på hospital B eller sin bagvagt.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den reservelæge, der behandlede patienten med stærk smertestillende medicin (Morfin) den 28. oktober 2002, idet det var nævnets opfattelse, at reservelægen foretog en relevant undersøgelse af patienten, samt at det på baggrund heraf var relevant at behandle med smertestillende medicin.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at reservelægen havde noteret sig, at patienten senere samme dag skulle undersøges yderligere med en MR-skanning.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere de øvrige læger for deres behandling af patienten.

#### **4.2.2. Sager uden kritik**

Nedenfor følger tre afgørelser hvor nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere lægerne for deres diagnosticering og behandling af meningitis. Derudover henvises der til afgørelse 11 i afsnit 4.1.3 vedrørende manglende røntgenundersøgelse af kraniet efter en trafikulykke.

**Sag 16 Klage over reservelæges manglende diagnosticering af meningitis på en skadestue [\(04F033P\)](#)**

*En 52-årig mand blev den 19. august 2003 undersøgt på skadestuen på grund af smerter i venstre øre. En reservelæge foretog en undersøgelse af ørerne og vurderede, at patienten led af mellemørebetændelse, hvorfor han iværksatte smertestillende behandling.*

*Den 20. august 2003 henvendte patienten sig igen på skadestuen, idet han var uklar, havde feber og var lyssky. Patienten blev indlagt, fik konstateret meningitis med hæmolytisk streptokok A og blev sat i behandling herfor.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke blev undersøgt tilstrækkeligt den 19. august 2003.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægen, idet det var nævnets opfattelse, at patienten den 19. august 2003 alene frembød symptomer på mellemørebetændelse med let rødme på trommehinden på venstre side.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten ikke var akut påvirket eller febril, ligesom han ikke var bevidsthedspåvirket.

**Sag 17 Klage over reservelæges manglende iværksættelse af rettidig behandling [\(0656315P\)](#)**

*En 19-årig kvinde blev den 21. marts 2005 indlagt akut af en vagtlæge på grund af mistanke om meningitis. Patienten blev undersøgt af en reservelæge, der fandt hende svært bevidsthedspåvirket og med feber. Reservelægen forsøgte at undersøge for nakkestivhed samt at udtage en rygmarsprøve, hvilket dog mislykkedes, idet patienten i sin bevidsthedspåvirkning gjorde kraftig modtand. Reservelægen tog herefter blodprøver fra patienten, der viste et forhøjet infektionstal, hvorfor reservelægen iværksatte behandling med penicillin direkte i blodet, da meningitis ikke kunne udelukkes.*

*Patienten fik efter kort tid hyperventilerende vejrtrækning, lav iltmætning samt blev slap og ukontaktbar. En undersøgelse af hende viste forskelligt udseende pupiller med en udvidet venstre pupil.*

*Patienten fik herefter foretaget en CT-skanning på grund af mistanke om en hjerneblødning, hvilket blev afkræftet. Skanningen viste i stedet en abnorm væskeansamling i hjernevævet med afklemning af hjernestammen, som formentlig skyldtes betændelsestilstanden i hjernen.*

*Herefter blev patienten overflyttet til en neurokirurgisk afdeling, hvor hun senere afgik ved døden.*

*Der blev klaget over, at reservelægen ikke iværksatte behandling rettidigt.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægens behandling den 21. marts 2005, idet det var nævnets opfattelse, at det var relevant at forsøge at foretage en rygmarsprøve, ligesom det var relevant at undersøge blodet for bakterier inden iværksættelse af behandling med penicillin.

Nævnet lagde blandt andet vægt på, at reservelægen flere gange forgæves forsøgte at foretage en rygmarsprøve og påvise nakkestivhed, men at dette mislykkedes på grund af patientens kraftige modstand.

Videre lagde nævnet vægt på, at reservelægen iværksatte behandling med penicillin, selvom der endnu ikke endeligt var påvist meningitis.

### **Sag 18 Klage over lægers diagnosticering og behandling af meningitis ([0021528P](#))**

*En 82-årig kvinde blev indlagt på medicinsk afdeling på grund af mistanke om en betændelsestilstand i skjoldbruskkirtlen.*

*Ved indlæggelsen havde patienten hævelse af skjoldbruskkirtlen med rødme af huden, var svag men klar i bevidstheden, havde væskemangel men kun meget let feber. Der blev ordineret blodprøver for blandt andet for at undersøge infektionstal og blodforgiftning. Videre blev der ordineret undersøgelse af skjoldbruskkirtlens funktion, electrocardiogram, undersøgelse af maven og røntgenundersøgelse af brystkassen.*

*Der var løbende observationer af patienten, og næste morgen havde hun fortsat ingen feber, men hendes tilstand var forværret, idet hun var sløv, slap og bevidsthedssløret. Om formiddagen samme dag var patienten svær at kontakte og var nakkestiv, og der blev ordineret en CT-skanning på grund af mistanke om hjerneblødning.*

*Blodprøverne viste stafylokokker, og der blev iværksat behandling med antibiotika gennem en blodåre. CT-skanningen viste normale forhold i hjernen, og der blev herefter foretaget en rygmarsprøve. Rygmarsprøven tydede på en bakteriel infektion, hvorfor der blev påbegyndt en behandling med andre former for antibiotika.*

*Da det var konstateret, at patienten havde blodforgiftning og meningitis, blev hun overflyttet til intensiv afdeling, hvor hun trods intensiv behandling afgik ved døden 5 dage senere.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke blev undersøgt tilstrækkeligt i indlæggelsesdøgnet, samt at hun ikke fik tilstrækkelig behandling, efter hun blev bevidstløs.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandlingen af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at der i forbindelse med indlæggelsen blev foretaget relevante undersøgelser og ordineret relevante prøver. Endvidere lagde nævnet vægt på, at patienten ved indlæggelsen ikke viste symptomer, der i almindelighed ville lede tanken hen på meningitis eller en anden alvorlig, livstruende sygdom.

For så vidt angår patientens behandling, da hun mistede bevidstheden, lagde nævnet vægt på, at lægen straks efter konstateringen af stafylokokker i blodet iværksatte yderligere undersøgelser med henblik på nærmere udredning. Nævnet lagde endvidere vægt på, at lægen foretog rygmarvsprøve og bestilte akut svar på denne, samt at lægen satte patienten i antibiotisk behandling, da svaret på CT-skanningen forelå. Nævnet lagde videre vægt på, at foretagelse af en rygmarvsprøve på dette tidspunkt ikke var nærliggende, da patienten ikke havde feber.

## **5. KLAGER OVER DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF MENINGITIS HOS BØRN**

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

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

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

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

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

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

Det er særligt vanskeligt at vurdere almentilstanden for spædbørn under 3 måneder, idet deres symptomer er meget vage og uspecifikke. Spædbørn under 3 måneder har antistoffer fra moderen, som beskytter mod de hyppigste infektionssygdomme. For disse børn kan selv en moderat temperaturforhøjelse være tegn på en bakteriel og muligvis alvorlig, akut infektionssygdom. Spædbørn under 3 måneder har sjældent symptomer som feber og opkastninger, hvorfor der bør reageres hurtigere over for enkelte symptomer eller påvirket almentilstand.

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

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

Det er nævnets praksis, at der bør udvises tilbageholdenhed med ordination af febernedsettende medicin til børn, og at der alene bør gives febernedsettende medicin til børn under 1 år på baggrund



af ordination fra en læge, der har tilset barnet. Der er endvidere sjældent grundlag for at give børn under 3 måneder febernedsettende medicin.

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

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

Fortsatte symptomer og manglende bedring trods en behandling skal foranledige en læge til at foretage yderligere undersøgelser af barnet for at afklare årsagen. Det er nævnets praksis, at der ikke bør indstilles en behandling med for eksempel penicillin, hvis diagnosen er uafklaret, idet lægen bør foretages en ny undersøgelse af barnet inden indstilling af behandlingen.

## **5.1. Klager vedrørende praktiserende læger og vagtlæger**

### **5.1.1. Sager med kritik**

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

#### **Sag 19 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse af og ordination af Panodil til et 5 uger gammelt barn ([0234403P](#))**

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

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

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

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

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

### **Sag 20 Klage over manglende aflæggelse af sygebesøg hos et 5 uger gammelt barn ([0233119P](#))**

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

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

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

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

### **Sag 21 Klage over undersøgelse af 2-årig pige med meningitis ([0235626P](#))**

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

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

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

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

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

**Sag 22 Klage over at praktiserende læge overså tegn på meningitis hos et 5 måneder gammelt barn ([0551907P](#))**

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

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

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

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

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

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

### **Sag 23 Klage over vagtlæges manglende undersøgelse af pige på 5 år ([0657630P](#))**

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

*Dagen efter henvendte pigens mor sig telefonisk på ny til lægevagten med oplysning om, at pigen nu tillige havde opkastninger samt en temperatur på 39,7 grader. Vagtlæge B fandt ikke grundlag for at foretage en klinisk undersøgelse af pigen, og han oplyste moderen om, hvilke forhold, der skulle observeres, samt at hun skulle henvende sig på ny, hvis pigens tilstand blev forværret.*

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

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

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

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

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

### 5.1.2. Sager uden kritik

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

#### **Sag 24 Klage over vagtlæges og ørelæges manglende diagnosticering af meningitis [\(07F002P\)](#)**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Sag 25 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse af 8 måneder gammelt barn (0020214P)**

*En dreng på 8 måneder havde haft tynd mave i 2-3 dage og fik en aften temperaturstigning til 40,7 grader ligesom han blev påfaldende bleg og sløv. Drengen blev undersøgt af vagtlægen om aftenen i konsultationen, der opfattede drengen som vågen uden at virke sløv, med normal hudfarve og uden udslæt. Vagtlægen undersøgte drengens ører, hjerte og lunger, der viste normale forhold. På grund af drengens feber undersøgte vagtlægen for nakke- og rygstivhed, hvilket der ikke var tegn på. Vagtlægen fandt rødme i svælget og vurderede, at der var tale om en virusinfektion med rød hals og feber, og han rådgav forældrene om observation, væske samt henvendelse til læge ved forværring af drengens tilstand.*

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

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

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

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik af vagtlægen, idet det var nævnets opfattelse, at vagtlægen havde foretaget tilstrækkelige og relevante undersøgelser, og idet drengens

symptomer og den kun lettere påvirkning af almentilstanden ved vagtlægens undersøgelse ikke burde have givet mistanke om mere alvorlig sygdom.

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

### **Sag 26 Klage over manglende diagnosticering af meningitis hos 14 måneder gammelt barn (0235405P)**

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

*Den 18. december kl. 00.45 blev drengen undersøgt af vagtlæge B, der vurderede, at drengen var lidt mat og varm men noterede i øvrigt upåfaldende forhold ved undersøgelse af drengen. Vagtlægen tilrådede væske, Panodil og kontrol hos egen læge samme morgen.*

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

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

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

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

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

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

## **5.2. Klager vedrørende læger på sygehuse**

### **5.2.1. Sager med kritik**

#### **Sag 27 Klage over læges manglende diagnosticering af blodforgiftning med meningokokbakterier ([0016206P](#))**

*En 5-årig pige havde høj feber, var sløv og havde ondt i nakken, hvorfor hun blev indlagt til observation på et sundhedscenter, hvor der var sygeplejersker men ingen læger. Pigen blev løbende vurderet af en læge via telefoniske oplysninger fra personalet. Hun blev vurderet som ikke nakke- eller rygstiv og var klar i bevidstheden, men udviklede i løbet af indlæggelsesdøgnet petekkier. En læge vurderede telefonisk på baggrund af oplysninger om pigens tilstand, at der var tale om en allergisk reaktion i blodkarrene på grund af streptokokinfektion eller allergi, og lægen foranstaltede en undersøgelse af blod i urinen, der viste blod i urinen. Herefter blev petekkerne flere og større med væskeansamlinger, og hun fik ondt i leddene. Om natten havde hun opkastninger og var konfus men vågen og drak væske. Samme nat afgik hun ved døden. Det blev efterfølgende konstateret, at hun døde af blodforgiftning.*

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



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

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

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

### 5.2.2. Sager uden kritik

#### **Sag 28 Klage over fokus på infektion hos barn med hjerneskade [\(0551216P\)](#)**

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

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

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

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

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

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

#### **Sag 29 Klage over behandling af meningitis og manglende vaccination ([0763929P](#))**

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

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

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

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

Nævnet lagde vægt på, at der ved indlæggelsen blev foretaget en rygmarsprøve og fundet pneumokokbakterier, samt at der blev givet relevant behandling herfor. Der blev endvidere

foretaget en CT-skanning af hjernen, som viste normale forhold. Lægen planlagde derudover neurologisk opfølgning, EEG-undersøgelse af hjernen og en høreundersøgelse hos egen læge.

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

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

## 6. SAGSOVERSIGT

Sag 1 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse (0122405P) .....	11
Sag 2 Klage over vagtlæges mangelfulde behandling (0655926P) .....	11
Sag 3 Klage over manglende indlæggelse ved telefonisk kontakt til vagtlæge (08F004P).....	12
Sag 4 Klage over praktiserende læges manglende diagnosticering af meningitis (08F005P).....	13
Sag 5 Klage over vagtlæges manglende diagnosticering af meningitis (08F006P).....	14
Sag 6 Klage over praktiserende læge samt vagtlæges manglende diagnosticering af meningitis (0235412P).....	14
Sag 7 Klage over vagtlægers manglende diagnosticering af meningitis (0446006P).....	15
Sag 8 Klage over at vagtlægen undlod at foretage indlæggelse (0235906P).....	16
Sag 9 Klage over praktiserende læger og vagtlæges manglende diagnosticering af meningitis (0655018P).....	16
Sag 10 Klage over vagtlægers manglende diagnosticering af meningitis (08F007P) .....	18
Sag 11 Klage over manglende røntgenundersøgelse af kraniet efter en trafikulykke samt over vagtlæges manglende diagnosticering af meningitis (0230122P).....	19
Sag 12 Klage over at praktiserende læge ikke ledsagede patienten i ambulancen (0657127P) .....	21
Sag 13 Klage over at vagtlæge foranstaltede transport til hospital med taxa og ikke med ambulance (08F008P) .....	22
Sag 14 Klage over manglende diagnosticering af byld i hjernen (0761622P).....	23
Sag 15 Klage over manglende diagnosticering og behandling af byld i hjernen (0656017P).....	27
Sag 16 Klage over reservelæges manglende diagnosticering af meningitis på en skadestue (04F033P) .....	29
Sag 17 Klage over reservelæges manglende iværksættelse af rettidig behandling (0656315P).....	29
Sag 18 Klage over lægers diagnosticering og behandling af meningitis (0021528P) .....	30
Sag 19 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse af og ordination af Panodil til et 5 uger gammelt barn (0234403P).....	33
Sag 20 Klage over manglende aflæggelse af sygebesøg hos et 5 uger gammelt barn (0233119P) ...	34
Sag 21 Klage over undersøgelse af 2-årig pige med meningitis (0235626P).....	34
Sag 22 Klage over at praktiserende læge overså tegn på meningitis hos et 5 måneder gammelt barn (0551907P).....	35
Sag 23 Klage over vagtlæges manglende undersøgelse af pige på 5 år (0657630P).....	36
Sag 24 Klage over vagtlæges og ørelæges manglende diagnosticering af meningitis (07F002P) ....	37
Sag 25 Klage over vagtlæges utilstrækkelige undersøgelse af 8 måneder gammelt barn (0020214P) .....	38

Sag 26 Klage over manglende diagnosticering af meningitis hos 14 måneder gammelt barn (0235405P).....	39
Sag 27 Klage over læges manglende diagnosticering af blodforgiftning med meningokokbakterier (0016206P).....	40
Sag 28 Klage over fokus på infektion hos barn med hjerneskade (0551216P) .....	41
Sag 29 Klage over behandling af meningitis og manglende vaccination (0763929P) .....	42