

Udskriftsdato: 15. december 2025

KEN nr 10424 af 25/06/2008 (Gældende)

Klage over manglende udførelse af en KAG-undersøgelse

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, j. nr. 0655814

Klage over manglende udførelse af en KAG-undersøgelse

Patientklagenævnet finder ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involverede i behandlingen af <****> på medicinsk afdeling, Sygehus X, i perioden fra den 4. til den 7. september 2004, jf. lægelovens § 6.

Patientklagenævnet finder ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involverede i behandlingen af <****> i kardiologisk ambulatorium og i afdelingen, Sygehus Y, i perioden fra den 12. december 2002 til den 18. september 2003, jf. lægelovens § 6.

Patientklagenævnet finder ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involverede i behandlingen af <****> på kardiologisk afdeling, Sygehus Y, i perioden fra den 7. til den 28. september 2004, jf. lægelovens § 6.

Hændelsesforløb

I perioden fra den 12. december 2002 blev <****> undersøgt i kardiologisk ambulatorium, Sygehus Y, på grund af uvarslede besvimelser. Undersøgelse viste, at han tidligere havde haft en blodprop i hjertet, og at hjertets pumpefunktion var nedsat. <****> blev behandlet med medicin (Selozok og Magnyl), samt blev anbefalet vægttab, rygeophør samt nedsættelse af alkoholforbrug.

Ved konsultation den 19. juni 2003 var tilstanden tilfredsstillende. <****> cyklede dagligt og gik til 2. sal uden problemer, og han blev afsluttet den 18. september 2003.

Den 4. september 2004 blev <****> indlagt på Sygehus X efter et ildebefindende med besvimelse, hvor <****> angiveligt havde været væk i ca. 1½ minut. Op til dette havde <****> i løbet af dagen følt sig træt og utilpas. Under indlæggelsen blev det vurderet, at ildebefindendet var forårsaget af hurtig hjerterytme (ventrikulær takykardi)

Den 7. september 2004 blev <****> overflyttet til Sygehus Y, hvor behandlingen blev suppleret med blodfortyndende medicin (Plavix og Heparin). Under denne indlæggelse blev det vurderet, at <****>s tilstand skyldtes en mindre blodprop i hjertet. Der blev bestilt en kranspulsåreundersøgelse (KAG) samt eventuelt undersøgelse af de elektriske impulser i hjertet til udførelse på Sygehus Z den 15. september 2004. Denne dag fik <****> dog feber, hvorfor overflytning til Sygehus Z blev udskudt.

Den 16. september 2004 viste en blodprøve, at <****> havde en infektion med stafylokokker (*Stafylococcus Aureus*), og der blev startet behandling med antibiotika. Samtidig klagede <****> over smerter i højre håndled. Den 20. september 2004 var der atter temperaturstigning, og efter konference med mikrobiologisk afdeling blev den antibiotiske behandling suppleret med tabletter (Rimactan). Herefter bedredes tilstanden, også ledmæssigt.

Den 24. september 2004 var temperaturen 37,4°, og bloddyrkningen viste ingen vækst af bakterier. <****> fik herefter forstyrrelse af hjerterytmen (atrieflimren), der blev behandlet med medicin.

Den 27. september 2004 blev den antibiotiske behandling ændret til tabletter (Dicillin). Hjerterytmen var blevet normal (sinusrytme) efter ovennævnte behandling, og <****> var velbefindende.

Om aftenen og natten til den 28. september 2004 fik <****> brystsmerter, og han blev efter konference med hjertelægerne på Sygehus Z overflyttet dertil.

<****> døde på Sygehus Z den 28. september 2004 kl. ca. 4.

Klagen

Der er klaget over følgende:

1. At <****> ikke blev behandlet korrekt på Sygehus X.

Det er herved anført, at han havde haft et lille hjertestop i akutmodtagelsen, men ikke blev indstillet til akut KAG-undersøgelse.

2. At <****> ikke blev behandlet korrekt på Sygehus Y i perioden fra december 2002 til september 2003.

Det er herved anført, at han havde pådraget sig en blodprop i efteråret 2002, og at undersøgelser havde vist, at han havde mistet ca. 40 % af sit hjertes normale kapacitet, når arvelige aspekter, alder rygning og vægt tages i betragtning, men at han i den forbindelse ikke blev indstillet til KAG-undersøgelse.

3. At <****> ikke blev behandlet korrekt på Sygehus Y i perioden fra den 7. til den 28. september 2004.

Det er herved anført, at han under indlæggelsen blev smittet med stafylokokker i blodet, selvom han ingen sår havde, og at behandling med antibiotika først blev iværksat 1½ døgn efter opdagelsen heraf. Det er videre anført, at da infektionen var slået næsten ned, fik han høj puls med forstyrrelse i sinusrytmerne, og at man startede medicinsk behandling heraf, men at der ikke blev foretaget yderligere undersøgelser for at finde årsagen hertil, og at den medicinske behandling ikke løste problemet, hvor han tværtimod resten af tiden på Sygehus Y blev mere og mere stakåndet. Endelig er det anført, at han fik udleveret nikotinplaster, selvom det af indlægssedlerne hertil fremgår, at brugen heraf frarådes, hvis man har et svagt hjerte og/eller har haft en blodprop for nyligt.

Nævnets afgørelse af 1. klagepunkt

De læger, der var involverede i behandlingen af <****> på medicinsk afdeling, Sygehus X i perioden fra den 4. til den 7. september 2004, har ikke overtrådt lægelovens § 6.

Begrundelse

<****> blev den 4. september 2004 akut indlagt på medicinsk afdeling, Sygehus X. Han havde ifølge journalen været ude at sejle hele dagen sammen med en kammerat og havde i hele forløbet følt sig lidt træt og utilpas. Han havde kun fået et beskedent kalorieindtag inklusive 4 øl. Det fremgår, at <****> fik et ildebefindende, hvor han blev klamt- og koldtsvedende samt besvimele. Samlet varighed af sidstnævnte var ifølge vidner ca. 1½ minut.

Det fremgår videre, at <****> ved ankomsten til Sygehus X var vågen, klar og orienteret. Han var tør og varm, og blodtrykket var 139/62 mmHg, hvilket var markant højere end det blodtryk ambulancepersonalet havde registreret, da de så <****> på ”skadestedet” (70/40 mmHg).

Af journalen fremgår det videre, at status vedrørende <****>s tidligere sygehistorie blev resumeret, hvor det fremgår, at det drejede sig om en 63-årig mand med tidligere blodprop i hjertet (AMI), der blev fulgt ambulant på Sygehus Y med kontroller af blodtrykket (BT) og kolesteroltallet. Det fremgår videre, at <****>s var i medicinsk behandling med en række hjertemedikamenter: Odrik (hjertestyrkende/blodtryksænkende), Centyl med KaCL (vanddrivende/blodtryksænkende), Zocor (kolesterol-sænkende), Hjertemagnyl (blodfortyndende), Nitromex (mod hjertekramper) samt Dimitone (hjertestyrkende, blodtryksænkende).

Den 4. september 2004 blev der taget hjertekardiogram (EKG), der viste sinusrytme (normalt) med Q-takker i II, III og aVF. Disse forandringer var forenelige med, at <****> tidligere havde haft en blodprop i hjertet. Der blev endvidere taget relevante blodprøver, som den 5. september 2004 viste let forhøjede markører for henfald af hjertemuskelvæv (troponin). Der blev endvidere ordineret konstant overvågning af hjerterytmen (telemetri).

Nævnet kan oplyse, at dette typisk ses ved ”mindre blodpropper i hjertet”, men kan også ses ved andre hjertepåvirkninger, herunder visse tilfælde af meget hurtig hjerterytme (ventrikulær takykardi). I sidstnævnte tilfælde vil der ofte være ledsagende besvimelsestilfælde. Man kan også se sygdomsforløb, hvor patienten har såvel en ”mindre blodprop i hjertet” som en ledsagende ventrikulær takykardi. Rent praktisk kan det være vanskeligt med 100 % sikkerhed at afgøre, om det er det ene eller det andet forløb, der er det ”rigtige”.

Det fremgår af journalen den 5. september 2004, at lægerne på medicinsk afdeling, Sygehus X skønnede, at den beskedne stigning i troponin-værdier i <*****>s tilfælde var forårsaget af en kortvarig hurtig hjerterytme (VT). Det fremgår videre af journalen, at der herefter blev ordineret telemetri i 3 døgn.

Nævnet kan oplyse, at den vigtigste handling i en sådan situation er at sikre en konstant overvågning af hjerterytmen i de følgende 2-3 døgn (telemetri).

Det fremgår af journalen den 6. september 2004, at <*****> fik foretaget skanning af hjertet (ekkokardiografi). Undersøgelsen viste en moderat nedsat hjertepumpefunktion (EF 45 %), hvilket stemte godt overens med, at <*****> tidligere havde haft en større blodprop i hjertet.

Den 7. september 2004 blev <*****> overflyttet til Sygehus Y med henblik på videre behandling og udredning. Det fremgår af journalen denne dag, at <*****> under indlæggelsen ikke vist nogen tilfælde af hurtig hjerterytme. Sammenfattende skønnede lægerne, at <*****>s primære akutte sygdom den 4. september 2004 var hurtig hjerterytme (ventrikulær takykardi) med efterfølgende kortvarig besvimelse og minimalt troponin-udslip.

På den baggrund finder nævnet, at de læger, der var involverede i behandlingen af <*****> på medicinsk afdeling, Sygehus X i perioden fra den 4. til den 7. september 2004, handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Nævnets afgørelse af 2. klagepunkt

De læger, der var involverede i behandlingen af <*****> i kardiologisk ambulatorium og i afdelingen, Sygehus Y, i perioden fra den 12. december 2002 til den 18. september 2003, har ikke overtrådt lægelovens § 6.

Begrundelse

Det fremgår af journalen fra kardiologisk ambulatorium, Sygehus Y, at <*****> blev set første gang den 12. december 2002. <*****> var af egen læge blevet henvist på mistanke om forkalkninger i kranspulsårerne (iskæmisk hjertesygdom). Der havde ikke været forudgående tilfælde med hjertekramper (angina pectoris), men siden april 2002 havde <*****> haft 3 uvarslede besvimelser. På daværende tidspunkt havde egen læge iværksat behandling med to hjertemedikamenter (Selo-zok og Magnyl). Af journalen fremgår det, at <*****> røg 20-30 cigaretter dagligt og havde et gennemsnitligt alkoholforbrug på 6 genstande pr. dag. Ved objektiv undersøgelse fandtes et forhøjet blodtryk (170/100 mmHg), moderat overvægt (173 cm/83 kg) samt en ikke nærmere defineret mislyd ved stetoskopi af hjertet.

Der blev herefter planlagt et undersøgelsesprogram omfattende arbejdstest (kondicykelbelastning med samtidig registrering af symptomer, hjerterytme og blodtryk), såkaldt Holter monitorering (bærbar ”bånd-optager”, der kan registrere hjerterytmen i 24-timer eller mere, medens patienten færdes i sit daglige miljø), samt ekkokardiografi (ultralydsundersøgelse af hjertet, med hvilken man udover hjertets pumpeevne kan vurdere hjerteklappernes funktion). Herudover blev dosis af Selo-zok øget fra 50 mg til 50 mg x 2 dagligt (virker blandt andet blodtryks-sænkende). <*****> blev tilrådet rygeophør, vægttab, reduktion i alkoholindtag samt opfordret til daglig motion. Når resultaterne af de 3 undersøgelser forelå, skulle <*****> atter til kontrol i kardiologisk ambulatorium.

Den 6. december 2002 var <*****> til ekkokardiografi. Undersøgelsen viste et forstørret (dilateret) hjertekammer (venstre ventrikel) med let nedsat systolisk funktion (EF 45 %).

Nævnet kan oplyse, at dette betyder, at hjertets pumpefunktion var let reduceret. En EF på 60 % er det, man ser hos normale, ikke hjertesygge personer. I <*****>s tilfælde var der yderligere en helt ubetydelig utæthed ved aortaklappen (hjerteklap). Sidstnævnte fund fordrede ingen behandling eller yderligere udredning.

Den 6. januar 2003 fik <*****> foretaget en arbejdstest. Ved testen klarede <*****> en maksimal belastning på knapt 140 Watt. Der var en fin øgning af såvel pulsen som blodtrykket. <*****> fik ingen

brystsmerter, og der kom ikke nogen forstyrrelser i hjerterytmen. I den forbindelse skal det understreges, at der ikke var nogen tendens til ekstraslag under testen. Endelig kom der ikke forandringer i hjertekardiogrammet tydende på nedsat blodtilførsel til hjertemuskulaturen. Arbejdstestresultatet var således at betragte som normalt.

Den 23. januar 2003 kom <****> til ny ambulant kontrol. Resultatet af Holter monitoreringen forelå. Undersøgelsen viste ifølge journalen sinusrytme (normalt) samt en del ekstraslag (ventrikulære ekstrasystoler), overvejende som enkelte. Der var ingen løb af ekstrasystoler.

Nævnet kan oplyse, at <****> vis havde en normal hjerterytme, med en række ekstraslag ind imellem, men ikke nogen længerevarende hjerterytme-forstyrrelser. Nævnet kan oplyse, at dette fund er relativt hyppigt optrædende hos patienter der - som <****> - tidligere har haft blodprop i hjertet. Under Holter monitoreringen havde <****> ikke haft nogen symptomer, der indicerede ændringer i den medicinske behandling.

Nævnet kan oplyse, at ud over at reducere blodtrykket har Selozok også den effekt, at en eventuel tendens til ekstraslag helt eller delvist undertrykkes. I forbindelse med denne ambulante kontrol blev der påbegyndt behandling med Zocor (kolesterolsænkende).

<****> var til fornyet ambulant kontrol inklusive klinisk status den 12. maj 2003. Ifølge journalen var hans funktionsniveau nær normalt (NYHA I-II). Blodtrykket lå højt (165/85mmHg), og med udgangspunkt heri samt med kendskab til den let nedsatte hjertepumpefunktion (EF 45 %) blev der ordineret behandling med Odrik 0,5 mg 2 gange dagligt (ACE-hæmmer, styrker hjertets pumpefunktion).

Nævnet finder, at denne behandlingsændring var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

<****> blev herefter afsluttet fra det "almindelige" ambulatorium og i stedet henvist til afdelingen, Sygehus Y, der skulle foretage den videre justering af den medicinske behandling.

Nævnet kan oplyse, at flere og flere danske hjerteafdelinger har specielle ambulatorier, hvor man gennem den derigennem opnåede erfaring bliver eksperter i at finjustere behandlingen af patienter med påvirket hjertepumpefunktion.

Det fremgår af journalen fra afdelingen, Sygehus Y, at <****> til den første kontrol den 19. juni 2003, hvor <****>s åndenød var aftaget og var i stand til at gå på trapper til 2. sal samt foretage daglige cykelture uden problemer. Der var ingen brystsmerter, og <****> havde ikke brugt nitroglycerin i månedsvis.

Fra den 22. august til den 18. september 2003 var <****> ifølge journalen til yderligere 3 kontroller i afdelingen. I det ambulante forløb blev Odrik dosis opjusteret til 4 mg dagligt, og grundet fortsat forhøjet blodtryk blev Selozok udskiftet med Dimitone 25 mg x 2 dagligt.

Nævnet kan oplyse, at Dimitone er et mere potent blodtrykssænkende præparat end Selozok. I epikrisen ("udskrivningsbrevet") fra den 18. september 2003 er der anført et blodtryk på 130/75 mmHg. Denne værdi er efter nævnets opfattelse tilfredsstillende. I gældende internationale retningslinier anbefaler man, at blodtrykket kommer ned på 140/90 mmHg eller lavere.

Den 18. september 2003 blev <****> afsluttet fra afdelingen, Sygehus Y.

Det er nævnets opfattelse, at der ikke i <****>s sygehistorie eller i de forskellige undersøgelsesresultater, var oplysninger, som burde have medført henvisning til KAG-undersøgelse på dette eller på et tidligere tidspunkt.

Nævnet finder på denne baggrund, at de læger, der var involverede i behandlingen af <****> i kardiologisk ambulatorium og i afdelingen, Sygehus Y, i perioden fra den 12. december 2002 til den 18. september 2003, handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Nævnets afgørelse af 3. klagepunkt

De læger, der var involverede i behandlingen af <****> på kardiologisk afdeling, Sygehus Y i perioden fra den 7. til den 28. september 2004, har ikke overtrådt lægelovens § 6.

Begrundelse

Det fremgår af journalen den 7. september 2004, at <****> blev overflyttet fra Sygehus X til kardiologisk afdeling, Sygehus Y. Den journalskrivende læge vurderede ud fra oplysningerne i journalen fra Sygehus X, at <****> den 4. september 2004 havde haft mindre blodprop i hjertet (non-ST-elevationsinfarkt), hvilket således var forskelligt fra den konklusion, som lægerne på Sygehus X var nået frem til.

Ud fra den forudsætning, at <****> den 4. september 2004 havde haft et non-ST-elevationsinfarkt, blev der påbegyndt tablet-behandling med Plavix. Der blev endvidere sendt henvisning til subakut KAG på Sygehus Z.

Patientklagenævnet kan oplyse, at Plavix er et blodfortyndende medikament, som ifølge internationale anbefalinger bør gives til patienter med akut non-ST-elevationsinfarkt for en periode af op til 12 måneder. Plavix gives således som supplement til Magnyl behandling. Det kan videre oplyses, at patienter med non-ST-elevationsinfarkt bør have foretaget KAG indenfor 1-2 uger efter sygdomsdebut.

Henvisningen til Sygehus Z - hvor man har laboratoriefaciliteter til at foretage KAG - var således i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Det fremgår af journalen for de følgende døgn, at <****>s tilstand var stabil. Det blev aftalt, at <****> kunne overflyttes til Sygehus Z den 15. september 2004.

Det fremgår af journalen den 15. september 2004, at <****> imidlertid følte sig utilpas med ringe appetit og ømhed i halsen. Der var feber med temperatur på 38,5°, men ved objektiv undersøgelse fandtes intet umiddelbart infektionsfokus. Leucocyttallet, der typisk vil være forhøjet ved bakterielle infektioner, var normalt (3,6). Lægerne vurderede, at <****>s symptomer mest af alt lød som influenza, hvorfor man valgte at observere ("se an") uden dække af antibiotika. Med udgangspunkt i den forhøjede temperatur blev overflyttelsen af <****> til Sygehus Z stillet i bero.

Det er nævnets opfattelse, at denne beslutning var i overensstemmelse med generelt gældende praksis, idet en KAG ikke bør foretages på patienter med feber, med mindre patientens samlede situation fordrer dette. På det tidspunkt, hvor det blev bestemt at udsætte overflyttelsen til Sygehus Z, var <****>s hjerte-status stabil, hvorfor det vigtigste var at få årsagen til temperaturforhøjelsen afdækket og efterfølgende få påbegyndt den relevante behandling.

Det fremgår af journalen den 16. september 2004 kl. 13.45, at der var kommet telefonisk meddelelse fra mikrobiologerne om, at der var fundet vækst af gram positive kokker i <****>s blod. Man vurderede, at det formentlig drejede sig om en infektion med stafylokokker med ukendt fokus.

Nævnet kan oplyse, at sidstnævnte betyder, at der var stafylokokker i blodet, men at man ikke vidste, hvorfra disse bakterier oprindeligt var kommet.

Det fremgår videre, at der herefter blev påbegyndt omgående antibiotisk behandling med Zinacef 1,5 g 3 gange dagligt intravenøst (direkte i blodåren). <****> havde endvidere nedsat bevægelighed, varme og rødmen på højre håndled. Man fjernede derfor samtidig den venflon (kanyler til indgift af væske og/eller medicin direkte i blodåren), som <****> indtil da havde haft anlagt. På mistanke om egentlig infektion i håndleddet blev der den 16. september 2004 kl. 14 bestilt tilsyn fra ortopædkirurgerne. Disse vurderede ifølge journalen samme dag, at det kunne dreje sig om en infektion i selve leddet (septisk artrit), og at den umiddelbart bedste behandling var fortsat intravenøs antibiotikabehandling i 1-2 uger.

I de følgende døgn var der ifølge journalen til stadighed temperaturforhøjelse og stigende infektionstal. Ortopædkirurgerne revurderede behandlingen af <****> den 17. september 2004 og mente ifølge

journalen fortsat, at en konservativ behandling med antibiotika og smertestillende medikamenter var den optimale strategi.

Det fremgår dog af klagers partshøringssvar af 21. marts 2006, at beskrivelsen i journalen er direkte misvisende, idet <****>s arm var stærkt hævet og smerterne var store, og at det hele udsprang fra området omkring droppet i højre hånd. Det er videre anført, at <****> under indlæggelsen blev dårligere og dårligere, hvilket efter klagers opfattelse skyldtes, at der blev reageret meget langsomt, når der skete ændringer i en patients tilstand.

Ifølge journalen den 20. september 2004 blev <****>s sygehistorie drøftet på fælleskonference mellem hjertelæger og mikrobiologer. Man valgte at supplere den igangværende Zinacef behandling med yderligere et antibiotikum (Rimactan tabletter).

Over de følgende dage faldt temperaturen ifølge journalen, og hævelsen af <****>s højre håndled var i aftagen. Infektionstillene viste også en let faldende tendens. Imidlertid nåede temperaturen ikke at normaliseres definitivt, førend <****> den 24. september 2004 kl. 9 pludseligt slog over i en hurtig, uregelmæssig hjerterytme (takykardi) med frekvens på 100-150. Det blev vurderet, at det drejede sig om atrieflimmer, og hvor der umiddelbart blev startet behandling med Digoxin, der den 25. september 2004 blev suppleret med Selozok tabletter. Det fremgår videre af journalen, at det havde været overvejet at give elektrisk stød (DC-konvertering), men at man havde fravalgt dette og i stedet fortsatte den medicinske behandling.

Nævnet kan oplyse, at både Digoxin og Selozok virker således, at en for hurtig hjerterefrekvens bliver mere langsom, og at hjertets pumpefunktion derved bliver mere effektiv. I optimale tilfælde lykkes det at genetablere normalrytme indenfor timer til få dage.

Nævnet kan videre oplyse, at i tilfælde, hvor man er sikker på, at rytmeforstyrrelsen var opstået indenfor de seneste 48 timer, vil en DC-konvertering være et alternativt behandlingsvalg. Er man imidlertid - som i det konkrete tilfælde - det mindste i tvivl om, hvorvidt en atrieflimren er debuteret for mere end 48 timer siden, skal man afstå fra DC-konvertering, idet risikoen for blodpropper i blandt andet hjernen i forbindelse med det elektriske stød i så fald er forøget.

Den 27. september 2004 var <****>s temperatur ifølge journalen normaliseret. Smerterne og hævelsen ved højre håndled var svundet. Infektionstillene viste let faldende værdier, og den antibiotiske behandling blev forenklet. <****>s hjerterytme var normaliseret, idet der nu var sinusrytme med en frekvens på 86.

Det fremgår af journalen den 28. september 2004 k. 1.30, at <****> i løbet af aftenen havde fået tiltagende åndenød (dyspnø) og brystsmerter (thorakale smerter). Hjerterekardiogram taget den 27. september 2004 kl. 22.28 viste normale forhold, medens hjerterekardiogram taget den 28. september 2004 kl. 00.55 viste patologisk ST-segment elevation i de inferiore afledninger (III og aVF) samt patologisk ST-depression i V2-V4. <****> var på dette tidspunkt ifølge journalen smerteforpint, men tryk og puls var stabilt med et blodtryk på 160/80 mmHg og puls på 100, og der var mistanke om en stor blodprop i hjertet (ST-elevationsinfarkt).

Nævnet kan oplyse, at behandlingen heraf består i, at der snarest muligt foretages akut KAG med henblik på mulig ”ballonbehandling” af en typisk forsnævret eller helt tillukket kranspulsår.

Ifølge journalen var der konfereret med hjertelægerne på Sygehus Z og aftalte akut overflyttelse. Inden <****> forlod kardiologisk afdeling, Sygehus Y blev hans medicinske behandling skærpet med intensivering af specielle blodfortyndende medikamenter (Magnyl, Plavix, Innohep). Der blev også givet Metropolol 5 mg intravenøst (en akut virkende variant af Selozok).

Det er på den baggrund nævnets opfattelse, at behandlingen af <****> natten mellem den 27. og 28. september 2004 var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Under den knapt 3 ugers lange indlæggelse på Sygehus Y blev <****> tilbudt og fik udleveret nikotinplaster. Af journalen fremgår det, at <****> i dagligdagen forud for den aktuelle sygdom havde røget 30 cigaretter pr. dag.

Nævnet kan oplyse, at personer med et så massivt dagligt tobaksforbrug ofte får abstinenssymptomer, hvis vedkommende fra den ene til den anden dag "mister" det nikotinindhold, der nu engang er i det nævnte antal cigaretter. I den forbindelse er nikotinplaster - eller et andet nikotin erstatningsprodukt som for eksempel nikotintyggegummi - en relecant løsning.

Den hjerterisiko, der måtte være ved brug af nikotin erstatningsprodukter, vurderes i sådanne tilfælde at være mindre end den belastning, som nikotinabstinens måtte påføre hjertet. Fortsat tobaksrygning under indlæggelse er af mange årsager, inklusive sikkerhedshensyn, udelukket.

Samlet finder nævnet, at de læger, der var involverede i behandlingen af <****> på kardiologisk afdeling, Sygehus Y i perioden fra den 7. til den 28. september 2004, handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.