



RETEN I HJØRRING DOM

afsagt den 1. november 2022

Sag BS-12355/2018-HJO

A
(advokat Mie Ramsay Teit)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Stine Pedersen)

Denne afgørelse er truffet af dommer Mai-Britt Bæk Johansen.

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen, der er anlagt den 11. april 2018, drejer sig om, hvorvidt A's nu afdøde ægtefælle, B, blev påført en patientskade omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet ved behandlingen på Behandlingssted 1 i perioden 1. til 2. januar 2016.

A har fremsat påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen, skal anerkende, at B blev påført en erstatningsberettigende skade ved behandlingen på Behandlingssted 1 i perioden 1. januar 2016 til 2. januar 2016.

Ankenævnet for Patienterstatningen har fremsat påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Oplysningerne i sagen

Patienterstatningen traf den 3. februar 2017 afgørelse om, at boet efter B ikke er berettiget til erstatning for hverken den præhospitale behandling eller det efterfølgende undersøgelses- og behandlingsforløb på Behandlingssted 1.

Af afgørelsen vedrørende undersøgelses- og behandlingsforløbet på Behandlingssted 1, som denne sag vedrører, fremgår følgende:

"...

Afgørelse

Boet efter B er ikke berettiget til erstatning efter Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.
Betingelserne for at yde erstatning efter Lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning, fordi du mener, at man på Behandlingssted 1 burde have stillet B's korrekte diagnose på et tidligere tidspunkt. Man fejlvurderede hans tilstand og smertesymptomer, og man fejldiagnosticerede derfor mavebrok frem for at foretage yderligere undersøgelser af hans symptomer og tilstand.

Du mener, at B's chancer for at overleve havde været væsentlig bedre, hvis han var blevet korrekt diagnosticeret ved ankomsten i Behandlingssted 1 og herefter akut overflyttet til Behandlingssted 2. Du har beskrevet forløbet i din anmeldelse og bilag hertil.

Behandlingssted 1 har i deres anmeldelse oplyst, at B blev indlagt akut med smerter i mave og brysthule 1. januar 2016. Ved ultralydsskanning af maven (abdomen) kl. 01.48 fandt man ingen tegn til udvidelse af et større eller mindre afsnit af aorta (aorta aneurisme). Senere på natten blev der foretaget akut CT-skanning, fordi man mistænkte afklemning (inkarceration) af brok (hernie). Skanningen viste bristning/spaltning af indre lag af hovedpulsårens væg (aorta dissektion). Der blev foretaget supplerende skanning for at lokalisere dissektionen. Kl. 7.17 fik B kortvarigt hjertestop (bradykardi). Han blev overflyttet til Behandlingssted 2.

...

Vi har på baggrund af din anmeldelse, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

Den 1. januar 2016 kl. ca. 22 fik B trykkende smerter i maven med udstråling til brystet (thorax) og ryggen. Symptomerne opstod pludseligt, mens han sad i sofaen. Han blev kørt med ambulance til Behandlingssted 1. Her blev han afleveret kl. 23.17.

Du har oplyst, at han blev tilset af en læge kl. 00.40.

Det fremgår af journalen fra sygehuset, at B overordentlig akut (per-akut) kl. ca. 22.30 havde fået smerter fra maven (abdomen) op til brystet og om i ryggen. Smerterne var konstante og ikke relateret til stilling mm. Han havde mange smerter, turevis forværring. Han havde kastet op (alimentær opkast) i ambulancen.

Ultralydsskanning viste brok (hernia) med tarmindehold og uden tegn på udvidelse af aorta i bughulen (AAA; aneurysma aortae abdominalis). Man forsøgte forgæves at sætte brokket på plads (reponere). B blev indlagt og afventede kirurgisk tilsyn.

B blev undersøgt af kirurgisk mellemvagt kl. 3.52. Her blev der bestilt akut CT-skanning på mistanke om indeklemmt (incarcereret) brok. Skanningen kl. 4.17 viste bristning/spaltning af indre lag af hovedpulsårens væg (aorta-dissektion). Der blev konfereret med bagvagten og taget kontakt til Karkirurgisk Afdeling i Behandlingssted 2. Der blev aftalt supplerende skanning for at lokalisere bristningen.

Den supplerende CT-skanning viste bristning/spaltning af indre lag af hovedpulsårens væg strækkende fra øverste del af hovedpulsåren ved hjertet til lysken i højre side (arcus til iliaca karrene).

Der blev taget kontakt til Thoraxkirurgisk Afdeling i Behandlingssted 2 og aftalt overflytning dertil. B ankom hertil 9.47 og blev opereret. Han døde samme dag, da man ikke kunne standse de indre blødninger fra aorta-dissektionen.

Efter KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ydes der erstatning, hvis patienten er blevet påført en skade.

Det er også en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den behandling eller undersøgelse, som patienten har fået, og ikke en følge af den sygdom, patienten blev behandlet for.

Vi har vurderet, at B ikke blev påført en behandlingsskade som følge af undersøgelses- og behandlingsforløbet på Behandlingssted 1. Vi har også vurderet, at han ikke døde som følge af manglende undersøgelser, men som følge sin alvorlige sygdom, udbredt bristning/spaltning af indre lag af hovedpulsårens væg (aorta dissektion).

Ved denne vurdering har vi lagt vægt på, at aorta dissektionen var så svær og omfattende, at det ikke er overvejende sandsynligt, at B ville have overlevet operationen, selvom diagnosen og operationen var sket få timer tidligere.

Vi har også vurderet, at undersøgelserne på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med erfaren specialstandard.

I sygehusets beskrivelse fra ultralydsskanningen fremgår det specifikt, at der ikke var aorta aneurisme (AAA).

Bristning af aortavæggens indre lag viser ikke altid udvidelse af aorta (aneurismatisk udvidelse). Vi har gennemset den efterfølgende CT-skanning, hvor bristningen af aortavæggens indre lag blev diagnosticeret. Skanningen viser ingen lokaliseret udvidelse af aorta.

Det er derfor vores vurdering, at aorta dissektionen ikke var synlig på ultralydsskanningen og at både foretagelse og beskrivelse af ultralydsskanningen var i overensstemmelse med erfaren specialstandard.

Vi har også vurderet, at det var overensstemmelse med erfaren specialstandard, at der herefter blev bedt om og foretaget kirurgisk tilsyn og CT-skanning.

Betingelserne for at yde erstatning er derfor ikke opfyldt.

....”

Ankenævnet for Patienterstatningen stadfæstede den 12. oktober 2017 Patienterstatningens afgørelse.

Af afgørelsen fremgår følgende:

” ...

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at boet efter B ikke har ret til erstatning efter § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

B blev ikke påført en skade ved behandlingen hos Præhospitalet i Region 1 eller på Behandlingssted 1.

Behandlingssted 1

Ankenævnet vurderer, at behandlingen på Behandlingssted 1 blev udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort.

B blev indlagt akut på grund af pludseligt opståede mave- og brystmerter.

På baggrund af symptomerne var der mistanke om, at B havde en udvidelse af den del af hovedpulsåren, som er nede i maven (abdominalt aorta aneurisme). Denne diagnose kan stilles ved en ultralydsundersøgelse. Denne undersøgelse blev også foretaget, men afkræftede mistanken om abdominalt aorta aneurisme. Undersøgelsen viste derimod brok med tarmindehold, som man forsøgte at sætte på plads uden held.

Da B fortsat havde smerte udgående fra maven, var der mistanke om, at der var tale om indeklemmt brok, hvorfor der var lægeligt grundlag for at bestille en akut CT-skanning af maven. Dette var i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist ville

have gjort. Denne skanning viste imidlertid ikke indeklemt brok, men i stedet en rift i hovedpulsåren (aorta dissektion).

Det er ankenævnets vurdering, at det var i overensstemmelse med den standard, der kan forventes af en erfaren specialist, at man henførte B's smerter til bugvægsbrokket, og at man indledningsvis foretog en ultralydsundersøgelse. Ankenævnet vurderer, at selv hvis man havde foretaget en CT-skanning tidligere, ville dette ikke med overvejende sandsynlighed have haft betydning for forløbet.

Ankenævnet lægger i den forbindelse vægt på, at B blev diagnosticeret med en livstruende tilstand, og at operation – ligegyldig hvornår denne var blevet udført – ville være med betydelig risiko for dødelig udgang.

Boet efter B har i klagen gjort gældende, at der blev begået en klar fejl ved behandlingen på Behandlingssted 1, og at bevisbyrden for, at der er årsagssammenhæng mellem behandlingen og skaden, derfor skal lempes.

Til dette bemærker ankenævnet, at det følger af klage- og erstatningsloven, at der ydes erstatning hvis skaden med overvejende sandsynlighed er påført ved behandlingen.

For at den skadelidtes bevisbyrde vedrørende årsagssammenhængen mellem behandlingen og skaden kan blive lempet, kræver det, at der er begået en klar fejl ved behandlingen, og at der er tvivl om årsagssammenhængen. Bevisbyrden lempes således kun i de tilfælde, hvor der er tvivl om, hvorvidt det er behandlingen eller andre forhold, der er den mest sandsynlige årsag til skaden.

Ankenævnet vurderer, at behandlingen i det aktuelle tilfælde har været i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet. Allerede på denne baggrund er der derfor ikke grundlag for at lempe bevisbyrden.

På denne baggrund vurderer ankenævnet, at boet efter B ikke har ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse af 3. februar 2017.
..."

Sagen har ad flere omgange været forelagt Retslægerådet.

Af Retslægerådets udtalelse af 11. maj 2021 fremgår følgende:

" ...

Den præhospitale behandling:

Spørgsmål 1:

Hvilket muligt sygdomsbillede antydede de i sagens akter beskrevne symptomer, som B klagede over, da hustruen ringede 112 den 1. januar 2016 og han blev hentet i ambulance?

Afdøde klagede over pludselig opstået smerter i maven og i brystet med udstråling til ryg, opkastning. Smerterne bliver beskrevet som turevise. Der er mange differential diagnostiske overvejelser i dette tilfælde. I forhold til alder, køn og forhøjet blodtryk bør hjertemæssig årsag til smerterne udelukkes som noget af det første. Symptomdebut cirka kl. 22.20 med ambulanceankomst på skadestedet cirka kl. 22.30. Afdøde ankommer til akutmodtagelsen cirka kl. 23. Sidste ambulanceværdi kl. 23.06 og under transporten er der taget værdier med max 5-6 min. Ankomst værdier taget kl. 23.29. Lægeligt modtagelsesnotat først kl. 1.48. Dermed burde første mistanke være akut hjertesygdom (AKS) med akut udredning, som burde ske med afklaring på under 1,5 timer. EKG beskrives normalt og ligeså AKS prøver. Der ser ikke ud til at være taget røntgen af thorax, hvilket kunne bidrage til diagnosen og som normalt ville være på lav indikation i et akut udredningsforløb med thorakale smerter. Det er ikke muligt ud fra bilagene at verificere EKG beskrivelse eller AKS blodprøveværdierne. Diagnosen indeklemmt brok er oplagt ved den objektive undersøgelse og stemmer også overens med klinikken.

I forhold til beskrivelse af smerteforløb, gentagne morfindoseringer og almen kliniske tilstand med smerter beskrevet til brystkasse og ryg under ambulanceforløbet og i akutmodtagelsen vil afklaring af eventuel hjerteårsag være essentiel og burde prioriteres i forhold til mistanken om indeklemmt brok.

Retslægerådets samlede vurdering er derfor: Hjertesygdom burde være prioriteret diagnose i forhold til symptomerne ved indlæggelsen med galdesten, brok eller anden abdominal lidelse som mulig differentialdiagnose.

Spørgsmål 2:

Vurderer Retslægerådet, at der var indikation for, at B burde være kørt til Behandlingssted 2 til videre undersøgelse og behandling? Hvorfor eller hvorfor ikke?

Nej. Det ville være normal procedure at køre til nærmeste akutmodtagelse. Man kunne på ingen måde stille diagnosen dissektion i ambulancen, og symptombilledet mindede mere om et tarmproblem,

Spørgsmål 3:

Har den præhospital behandling levet op til almindelig anerkendt lægefaglig standard?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar med henvisning til de lægelige akter.

Ja. Det kan ikke forventes, at diagnosen dissektion stilles præhospital og slet ikke, når der ikke er påvirket hæmodynamik eller EKG foran-

dringer. Præhospital monitorering ser ud til at være udført hyppigt og med opfaldende værdier.

Spørgsmål 4:

Såfremt Retslægerådet, jf. besvarelse af spørgsmål 3, finder, at den præhospital behandling ikke har levet op til almindelig anerkendt lægefaglig standard, bedes Retslægerådet udtale, hvilken betydning for forløbet dette har haft og om der er begået klare lægefaglige fejl.

Retslægerådet bedes samtidig forholde sig til, om en korrekt præhospital behandling kan udelukkes at have haft indflydelse på B's overlevelsesprognose, og i givet fald hvorledes.

Spørgsmålet bortfalder

Spørgsmål 5:

Giver sagen vedrørende den præhospital behandling i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Behandlingen på Behandlingssted 1:

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes udtale, hvilke undersøgelser der burde være iværksat ved B's ankomst til Behandlingssted 1 på baggrund af symptom billedet, som beskrevet i journalen, bilag I.

Retslægerådet bedes samtidig udtale, hvor hurtigt disse undersøgelser burde være iværksat.

Ved ankomsten bør der tages EKG, AKS blodprøver, værdier samt eventuel røntgen af thorax og abdomen. Ekkokardiografi ville normalt udføres akut på større akutmodtagelser, der ville være indikeret ved uafklaret differentialdiagnostik eller ustabil patient. Derudover klinisk undersøgelse af både thorax og abdomen inklusive UL af abdomen. De første undersøgelser og konklusionen på dette burde udføres akut, og mere end 2 timer er alt for længe, før dette er afklaret. EKG burde gentages hvert 10. minut ved uændrede eller forværrede symptomer. Med hensyn til mistanken om indeklemt brok er der ikke ligeså meget tidsmæssigt pres, og det bør prioriteres, at AKS udredning gøres først. Ifølge pårørende notater var der fokus på abdominal årsag, og det beskrives også af pårørende, at dette er udført før journalnotatet kl. 1.48. Tidspunkt og svarene på EKG og blodprøver kan ikke læses i det fremsendte materiale, men kun som beskrivelser i notaterne. Samlet set er det Retslægerådets vurdering, at udredning af obs. AKS burde gøres på mindre end 1 time i henhold til Cardiologisk behandlingsvejledning. Journalført konklusion foreligger først 2 timer og 19 minutter efter modtagelsen af afdøde.

Spørgsmål 7:

Har undersøgelserne og behandlingen på Behandlingssted 1 levet op til almindelig anerkendt lægefaglig standard? Hvorfor eller hvorfor ikke?

Nej. Givet afklaringen af AKS burde være udført akut, er tidsperioden på mere end 2 timer for længe. Dette givet, at det journalførte tidspunkt kl. 1.48 er korrekt.

Ved besvarelsen bedes Retslægerådet udtale, om lægerne burde have opdaget aorta aneurismet ved ultralydsscanningen, der blev foretaget kort efter midnat den 2. januar 2016? Hvorfor eller hvorfor ikke?

Nej. Afdøde havde ikke et aortaaneurysme, men en aortadissektion. Bedside Ul kan konstatere udvidelse af aorta, men langt fra altid se, om der er dissektion.

Spørgsmål 8:

Såfremt Retslægerådet, jf. besvarelsen af spørgsmål 7, finder, at behandlingen ikke har levet op til den almindelig anerkendt lægefaglig standard, bedes Retslægerådet uddybe, om der er tale om en eller flere klare lægefaglige fejl og hvori disse består.

Såfremt Retslægerådet vurderer, at der er begået klare lægefaglige fejl, bedes Retslægerådet udtale, hvilken betydning den/disse fejl vurderes at have haft for det videre behandlingsforløb og B's overlevelsesprognose.

Retslægerådet vurderer, at der foreligger et lægeligt fejlskøn jævnfør besvarelsen af spørgsmål 1 og 6. Retslægerådet vurderer, at der foreligger et lægeligt fejlskøn. Der er cirka 1 % dødelighed per time ved aortadissektion. Overflyttelse effektueres efter cirka 9 timer fra ankomst og burde være udført optimalt indenfor 2 timer. Dermed ca. 7 % øget risiko for dødelighed. Dette er statistiske data, men såfremt diagnosen var udført efter anerkendt lægefaglig standard inklusive efterfølgende hurtig monitorering og behandling, ville dette have bidraget yderligere til bedring af overlevelsesprognosen.

Spørgsmål 9:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Hvis Retslægerådet finder, at behandlingen ikke har levet op til almindelig anerkendt lægefaglig standard, har behandlingen så med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) haft betydning for overlevelsesprognosen?

Overlevelsesprognosen for en patient, der undergår kirurgi for aortadissektion med en diagnostisk tid på 10 timer siden symptomdebut og hjertestop i mellemliggende perioder har med en sandsynlighed på mere end 50 % mindsket overlevelseschancen.

..."

Af Retslægerådets udtalelse af 6. maj 2022 fremgår følgende:

" ...

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes i forlængelse af svaret på spørgsmål 8 og spørgsmål A oplyse, hvad den statistiske perioperative mortalitetsrisiko (30 dage) er for den type aortadissektion, som B havde, hvis det lægges til grund, at overflytning til kvalificeret behandlingssted effektueres ca. 2½ time fra symptomdebut.

Hvis der er et spænd i den statistiske mortalitetsrisiko, bedes Retslægerådet oplyse, om der var forhold hos B, der talte for, at hans statistiske mortalitetsrisiko ville have ligget i den øvre eller evt. den nedre del af spændet. Der henvises herved til resultatet af CT-scanningen og den peroperative beskrivelse af omfanget af aortadissektionen.

Som tidligere angivet, ligger hospitalsmortaliteten efter operation for Type A aorta dissektion på omkring 25%. Dødeligheden under den diagnostiske ventetid er cirka 1 til 2% per time, kurven vil ikke være en lige kurve, men der vil være højest dødelighed i de første timer, hvorefter kurven vil flade ud, hvis man overlever 24 timer med ubehandlet aorta dissektion. Cirka 20% af patienterne vil være døde inden de ankommer til hospitalet. Cirka halvdelen af patienter der får type A aorta dissektion vil ikke overleve trods behandling. Af de 50%, som overlever, er prognosen afhængig af blandt andet alder og stort set ingen der er fyldt 80 år overlever operation og de mange efterfølgende komplikationer. Dårlige prognosiske faktorer er alder (over 70 år), cirkulatorisk shock, akutte brystmerter, EKG forandringer, neurologiske symptomer og nyrepåvirkning. Sagens person havde inden operationen brystmerter uden EKG forandringer (ifølge journalen), hjertestop og forhøjede nyretal inden overflytningen til Behandlingssted 2. Der udspørges til mortalitetsforskellen ved overflytning henholdsvis 2,5 timer (optimalt forløb) og de aktuelle cirka 9 timer efter ankomsten. Som tidligere nævnt, så vil et basalt statistisk bud være en øget mortalitet omkring 7 til 14% grundet forsinkelsen. Retslægerådet kan ikke udtale sig om et eventuelt øvre eller nedre risikospænd, da denne øgede mortalitet omfatter hele populationen i ventetiden.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes i forlængelse af svaret på spørgsmål 1 oplyse, om de fremlagte EKGbeskrivelser og blodprøvesvar (bilag A og B) giver anledning til at mistænke aortadissektion.

Det første blodprøvesvar foreligger ifølge bilag A kl. 23.47. Omfatter dette svar AKS-blodprøver, således at det kan lægges til grund, at der blev taget AKS-blodprøver indenfor en time fra ankomsten til Behandlingssted 1?

Aortadissektion medfører ingen specifikke EKG forandringer. Der er ingen specifikke laboratorieundersøgelser, der kan påvise en aortadissektion. Hvis en patient har svære brystmerter mistænkes akut blodprop i hjertet. Hvis EKG er normalt, bliver sandsynligheden for en blodprop i hjertet mindsket markant, og så må andre diagnostiske muligheder overvejes. Blodprøverne den 1. januar 2016 klokken 23.47 omfatter også Kreatinkinase og Troponin, som er akut koronar syndrom (AKS) blodprøver.

Spørgsmål D:

I svaret på spørgsmål 3 har Retslægerådet oplyst, at der ikke var påvirket hæmodynamik eller EKGforandringer i ambulancen. Retslægerådet bedes i forlængelse heraf samt svaret på spørgsmål 6 oplyse, om EKG taget ved ankomsten til Behandlingssted 1 og hvert 10. minut med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) ville have vist forandringer, der havde givet anledning til mistanke om aortadissektion. Der henvises herved f.eks. til operationsbeskrivelsen fra 2. januar 2016 (bilag 2), hvoraf der er beskrevet "Ingen iskæmi på EKG".

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål C. Der er ikke specifikke EKG forandringer ved aortadissektion. Gentagne EKG optagelser ville hverken have bestyrket eller afkræftet en mistanke om aortadissektion.

Spørgsmål E:

Ankenævnet forstår Retslægerådets svar på spørgsmål 1 og 6 sådan, at AKS-udredning omfatter blodprøver, EKG og bedside ultralydsscanning samt ekkokardiografi, hvis der var tale om en større akutmodtagelse. Retslægerådet bedes oplyse, om Behandlingssted 1 er en sådan større akutmodtagelse, at almindelig anerkendt lægefaglig standard i det konkrete tilfælde ville have tilsagt, at der var foretaget ekkokardiografi. I benægtende fald bedes Retslægerådet oplyse, hvilken af de konkret foreskrevne undersøgelser der som led i AKS-udredningen med overvejende sandsynlighed (over 50 %) havde ført til diagnosticering af aortadissektionen.

Aortadissektion diagnosticeres ved CT-skanning, MR-skanning eller ultralydsundersøgelse af hjertet via spiserøret. En bedside ultralydsundersøgelse af abdomen vil ikke forventeligt afsløre en type A aortadissektion. Imidlertid er der på grund af mistanke om abdominalt fokus for patientens smerter foretaget CT-skanning af abdomen visende aortadissektion. Denne undersøgelse blev umiddelbart suppleret med en mere omfattende CT-skanning, hvorved diagnosen endeligt blev klarlagt. Retslægerådet kan ikke svare på spørgsmålet om Behandlingssted 1 beredskab.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes oplyse, om almindelig anerkendt lægefaglig standard havde tilsagt, at der i den konkrete situation var taget røntgen af thorax og abdomen. I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse, om røntgen af thorax og abdomen med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) ville have afsløret aortadissektionen.

Det ville være almindelig anerkendt lægefaglig standard at lave et røntgen af thorax, hvis man ikke har mulighed for ekkokardiografi og i øvrigt har en diagnostisk uafklaret patient observeret med AKS. Dog vil det ikke være almindelig anerkendt lægefaglig standard at lave et røntgen af thorax, hvis der findes alternative årsager til bryst smerter som eksempelvis overbelastning af muskler. Ved mistanke om ileus eller perforeret hulorgan i abdomen ville det være almindelig anerkendt lægefaglig standard, at udføre røntgen af abdomen eller CT-skanning af abdomen, hvilket også gøres i dette tilfælde.

Røntgen af thorax kan i nogle tilfælde give mistanke om aorta dissektion, hvorimod en normal røntgen af thorax ikke kan udelukke aorta dissektion.

Spørgsmål 10:

I fortsættelse af Retslægerådets svar på spørgsmål 7, bedes Retslægerådet forklare forskellen mellem aortadissektion og aortaaneurisme.

Retslægerådet skriver i svaret, at sagsøger havde en aortadissektion.

Af procedurebeskrivelsen, bilag 2, s. 4, af 2. januar 2016 kl. 22.15 fremgår blandt andet "Fund: Aneurismatiske aorta ascendens snævrende sig ind ved afgang af truncus brachiocephalicus." og i samme bilag på s. 6 fremgår under "ANDRE DIAGNOSER OG OPERATIONER": "Torakalt aortaaneurisme uden ruptur."

Retslægerådet bedes uddybe, hvad dette betyder i sammenhæng med den tidligere vurdering, jf. svaret på spørgsmål 7, af, at sagsøger havde en aorta dissektion.

Retslægerådet bedes samtidig udtale, om de fund, som er refereret i afsnittet ovenfor kan ses på en bedside ultralydsscanning, såfremt en sådan havde været foretaget kort efter midnat den 2. januar 2016.

Aortaaneurisme betyder en udvidelse af legemspulsåren. En aorta dissektion betyder, at der er sket en opspaltning af væggen i legemspulsåren. Dissektion er det akutte forløb og aneurisme er den langsomme udvidelse over tid, som ofte er årsagen til dissektionen opstår. Et thorakalt aneurisme ville ikke kunne ses på en bedside ultralyd af abdomen.

Spørgsmål G:

Giver det supplerende materiale anledning til ændring af Retslægerådets tidligere svar eller evt. til supplerende bemærkninger?

Nej.
..."

Forklaringer

A har forklaret, at B ikke var overvægtig. Han dyrkede meget motion på grund af sit job og havde også været meget aktiv som ung. Hans helbred var godt, og hun var ikke bekendt med, at han fejlede noget forud for den 1. januar 2016.

Den 1. januar 2016 fik B det pludseligt meget mærkeligt. Hun spurgte ind hertil. Han svarede, at han havde smerter fra brystet og ned, og at hun skulle ringe 112. Alarmcentralen ville gerne tale med B, men det kunne han ikke. Han holdt sig for brystet, da hun spurgte ind til, hvor han havde ondt. Kort efter ankom ambulance og paramediciner. B gik selv ud til ambulancen, hvor

paramedicineren undersøgte ham. Hans vurdering var, at det var galdesten, som mange led af i forbindelse med jul og nytår. Hun sagde, at det troede hun ikke, da de ikke havde spist så meget. Paramedicineren sagde, at B kunne komme med til tjek på sygehuset. Hun kørte med i ambulancen. Hun sad foran og ved ikke, hvad der skete bagi. Da de ankom til sygehuset, kastede B op. De blev kørt ind på en modtagelsesstue. En sygeplejerske kom ind og sagde, at der var vagtskifte, og at der om lidt ville komme en ny sygeplejerske. B var på det tidspunkt ikke helt sig selv. Han sagde, at han havde ondt, og det kunne man også se på ham. Efter cirka 15 minutter kom en sygeplejerske og målte blodtryk. Hun påtalte, at blodtrykket var lavt i forhold til B's alder. Kort efter kom en laborant og tog blodprøver. Herefter skete der ikke noget de næste timer.

B fik smerter i ryggen og kunne ikke ligge stille i sengen. Han rykkede i den røde snor, men der kom ikke nogen. Hun gik ud for at finde nogen, men der var ikke noget personale. De forsøgte flere gange at komme i kontakt med nogen, men det var ikke muligt. Efter nogle timer fik hun kontakt til en sygeplejerske på gangen, der oplyste, at der var kommet noget akut ind, men at det var deres tur næste gang. Hun gjorde sygeplejersken opmærksom på, at B havde voldsomme smerter.

En læge kom herefter ind og spurgte, hvor B havde ondt. B viste, at det var i området fra brystet og ned i maven. B blev herefter scannet med bedside scanneren. Da lægen scannede maven anden gang, sagde han, at det var mavebrok. Han forsøgte at trykke det på plads, men B havde så store smerter, at han ikke kunne ligge stille. B fik derfor smertestillende, hvorefter lægen forsøgte igen, men B havde fortsat store smerter. Mellemvagten blev tilkaldt og forsøgte også at trykke det på plads, men det lykkedes ikke. Hun spurgte, om brok kunne give så store rygsmerter. Mellemvagten svarede, at indeklemt brok kunne gøre meget ondt. Mellemvagten forlod stuen og vendte tilbage med besked om, at hun havde talt med bagvagten, og at de var enige om, at B skulle have smertestillende og overføres til sengeafsnittet med henblik på CT-scanning om morgenen. Forvagten havde forud herfor sagt, at brokken var så indeklemt, at den skulle opereres akut, men at det ikke var muligt, da operationsstuen var optaget.

Omkring kl. 4 blev B kørt på sengeafsnit. Det smertestillende begyndte at virke. De blev enige om, at hun, da B skulle hvile sig, skulle tage hjem for at aflevere bilnøglen til deres søn.

Kl. 6.45 ringede overlægen og oplyste, at B havde haft hjertestop, og at de ikke kunne gøre mere, da han havde aorta dissektion. Hun spurgte, om de ikke kunne operere, men han sagde, at det var for sent, da det kun kunne gøres i

By 1 og By 2. Han sagde, at de skulle komme for at sige farvel. Hun spurgte, om de ikke kunne flyve ham, men svaret var, at det var der ikke tid til.

Da de ankom til Behandlingssted 1, var B ved at blive gjort klar til at blive overflyttet til Behandlingssted 2. Hun foreholdt overlægen, at han havde oplyst, at operation kun kunne foretages i By 1 og By 2. Han svarede hertil, at der var sket meget siden, at han havde arbejdet på Behandlingssted 2.

Da de ankom til Behandlingssted 2, talte de med den opererende professor. Han sagde, at B var kørt direkte på operationsstuen, og at de burde tage hjem, da operationen ville tage mindst 10 timer. Omkring kl. 16 ringede han og sagde, at operationen var gået godt, men at der ville gå et par timer før, at B ville blive kørt på intensiv. To timer senere ringede han og sagde, at de ikke kunne stoppe blødningerne, og at de skulle komme. Da de ankom, blev de modtaget af en sygeplejerske, der løbende underrettede dem om, hvordan det gik. Omkring kl. 22 fik de besked på alle at komme ind på operationsstuen for at sige farvel.

De talte med professoren efterfølgende og spurgte, om dødsfaldet kunne være undgået, hvis den rette diagnose var blevet stillet tidligere. Han svarede, at tid altid er en faktor ved aorta dissektion. Hun spurgte, om man altid opererede, og hertil svarede han ja, med mindre det ikke havde noget formål.

Hun har efterfølgende hørt om et lignende tilfælde fra Behandlingssted 1, hvor en dame med pludselige smerter, fik ordineret medicin og blev sendt hjem med besked om, at det var en indeklemt nerve i nakken. Hun døde efterfølgende af aorta dissektion.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført:

" ...

ANBRINGENDER:

Det gøres overordnet gældende, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at B blev påført en patientskade ved behandlingen på Behandlingssted 1 den 1. og 2. januar 2016.

Behandlingen i strid med erfaren specialiststandard:

Det gøres gældende, at behandlingen på Behandlingssted 1 i perioden 1. til 2. januar 2016 ikke har levet op til erfaren specialiststandard.

Ankenævnet for Patienterstatningen vurderede i deres afgørelse af 12. oktober 2017 (bilag 18), som er til prøvelse, *"at det var i overensstemmelse*

med den standard, der kan forventes af en erfaren specialist, at man henførte B's smerter til bugvæggsbrokket, og at man indledningsvis foretog en ultralydsundersøgelse."

Det synspunkt er tilsidesat med Retslægerådets besvarelse af 11. maj 2021, bilag 19.

Retslægerådet udtaler, at udredningen af B ikke foregik med den fornødne hurtighed henset til hans symptomer på mulig alvorlig sygdom. I svaret på spørgsmål 1 udtalte Retslægerådet således: *"Symptomdebut cirka kl. 22.20 med ambulanceankomst på skadestedet cirka kl. 22.30. Afdøde ankommer til akutmodtagelsen cirka kl. 23. Sidste ambulanceværdi kl. 23.06 og under transporten er der taget værdier med max 5-6 min. Ankomst værdier taget kl. 23.29. Lægeligt modtagelsesnotat først kl. 1.48. Dermed burde første mistanke være akut hjertesygdom (AKS) med akut udredning, som burde ske med afklaring på under 1,5 timer."*

I svaret på spørgsmål 6 vedrørende behandlingen på Behandlingssted 1 udtalte Retslægerådet: *"Ved ankomsten bør der tages EKG, AKS blodprøver, værdier samt eventuel røntgen af thorax og abdomen."* og videre *"De første undersøgelser og konklusionen på dette burde udføres akut, og mere end 2 timer er alt for længe, før dette er afklaret."* og i svaret på spørgsmål 7 om, hvorvidt behandlingen på Behandlingssted 1 levede op til almindelig anerkendt lægefaglige standard svarede: *"Nej. Givet afklaringen af AKS burde være udført akut, er tidsperioden på mere end 2 timer for længe."*

Hertil har Retslægerådet i svaret på spørgsmål 8 udtalt, at *"Retslægerådet vurderer, at der foreligger et lægeligt fejlskøn jævnfør besvarelsen af spørgsmål 1 og 6. Retslægerådet vurderer, at der foreligger et lægeligt fejlskøn. Der er cirka 1 % dødelighed per time ved aortadissektion. Overflyttelse effektueres efter cirka 9 timer fra ankomst og burde være udført optimalt indenfor 2 timer. Dermed ca. 7 % øget risiko for dødelighed. Dette er statistiske data, men såfremt diagnosen var udført efter anerkendt lægefaglig standard inklusive efterfølgende hurtig monitorering og behandling, ville dette have bidraget yderligere til bedring af overlevelsesprognosen."*

Ankenævnet for Patienterstatningens vurdering i afgørelsen til prøvelse af 12. oktober 2017, bilag 18, af, at behandlingen af B *"var i overensstemmelse med den standard, der kan forventes af en erfaren specialist..."* er således forkert og tilsidesat af Retslægerådet.

Behandlingen var ansvarspådragende:

Det gøres hertil gældende, at behandlingen på Behandlingssted 1 var ansvarspådragende.

Det gøres ligeledes gældende, at vurderingen af ansvarsgrundlaget er særligt skærpet i et tilfælde som dette, hvor der er tale om en lidelse, hvor det er afgørende for patientens overlevelse(sprognose), at der bliver iværksat akut udredning og behandling.

Retslægerådet har fastslået, at lægerne ikke handlede korrekt på de indikationer, som forelå, ved B ankomst til akutmodtagelsen på sygehuset.

Hertil bemærkes det, at det af journalnotaterne, bilag 2, fremgår, at B ankom den 1. januar 2016 kl. 23.08, og at kontaktårsagen var *"pludselig opstået trykkende smerter i brystet. Oplever herefter kvalme og kaster op"*. Det fremgår ligeledes, at han havde et upåfaldende EKG og en lav puls.

Et upåfaldende EKG er netop et af symptomerne sammen med brystmerter, som bør danne mistanke om en akut tilstand med aortadissektion, jf. bilag 4 side 6, som bør foranledige yderligere undersøgelse straks med henblik på diagnosticering/afkræfte mistanke om aortadissektion.

Som det også fremgår af vejledningen fra DCS (bilag 4, side 12) fremgår det om symptomerne på aortadissektion: *"Kardinalsymptomet ved aortadissektion er akut indsættende og ofte meget svære smerter i brystet eller ryggen. Smerter ses hos hovedparten af patienterne ved både type A og type B dissektioner."*

Og videre: *"Synkope i relation til debut af de svære smerter kan også være udtryk for en vasovagal reaktion, og nogle patienter kan efterfølgende være relativt symptomfattige ved ankomsten til hospitalet, hvor det altså er den primære symptombeskrivelse der skal vække mistanken."*

Af journalnotat af 2. januar 2016 kl. 01.48, bilag 2, fremgår, at B havde smerter ned fra abdomen og op til brystet og om i ryggen. Smerterne var konstante og ikke relaterede til en specifik stilling.

Hertil blev det også noteret, at der var flere vasovagale anfald, og at patienten fortsat var forkvalmet og utilpas. Alligevel blev B blot observeret for mavebrok.

Der var således ingen fokus på, at der kunne være tale om torakale aortasygdomme, og der blev derfor ikke iværksat de fornødne undersøgelser til at be- eller afkræfte den alvorlige diagnose, som anbefales i gældende guidelines.

Vejledningens bemærkninger omkring symptomer og indledende overvejelser, som bør ske i forbindelse med mistanke om akut aortadissektion, blev altså på ingen måde taget i betragtning i forbindelse med behandlingen af B ved ankomst til Behandlingssted 1 på trods af, at han gjorde opmærksom på netop flere af disse specifikke symptomer ud over dem, som allerede fandtes i journalen.

Derfor har Retslægerådet, jf. svaret på spørgsmål 6 og 7, fastslået, at behandlende læger allerede i forbindelse med ankomst til Behandlingssted 1 burde have haft fokus på at diagnosticere/afkræfte mistanke om akut aortadissektion, hvorfor der burde være iværksat undersøgelse med EKG, AKS blodprøver, værdier og røntgen af thorax og abdomen.

Disse undersøgelser blev som bekendt ikke foretaget på dette tidspunkt. I stedet blev der kl. ca. 00.40 foretaget en ultralydsscanning af abdomen, som helt naturligt ikke gav mistanke om akut aortadissektion, da denne undersøgelse ikke er egnet til at afsløre diagnosen, jf. vejledningen og Retslægerådets svar på spørgsmål E.

Fordi der ikke bliver handlet korrekt på oplysningerne om B's symptomer, er det først kl. 05.34 den 2. januar 2016 – og altså mere end 6 timer efter symptomdebut kl. ca. 22.20 den 1. januar 2016 – at der efter CT scanning af abdomen konstateres aortadissektion.

Som angivet i vejledningen fra Dansk Cardiologisk Selskab er det afgørende for behandling af patienter med akut aortadissektion, da de har en initial meget høj dødelighed, at diagnose, initial blodtryksbehandling og overførsel til landsdelscenter sker indenfor 1-2 timer, jf. bilag 4.

Ingen af disse behandlingsskridt sker i forbindelse med behandlingen af B, hvorfor den hurtige behandling, som har helt afgørende betydning for hans overlevelsesprognose, heller ikke sker.

Det var således ansvarspådragende, da lægerne undlod at agere adækvat på B symptomer ved ankomsten til sygehuset den 1. januar 2016, hvilket betød at hans alvorlige lidelse ikke blev behandlet rettidigt men i stedet med en væsentlig forsinkelse, som førte til, at han først blev overført til relevant behandling 9 timer efter ankomsten til Behandlingssted 1 og ikke allerede efter maksimalt 2,5 time, som kunne forventes ved et korrekt udredningsforløb, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B.

Det understøttes også af lægekonsulentens vurdering, bilag 8, hvori han konkluderede, at den erfarne specialist ikke ville have

overset aorta aneurismet, hvorefter patienten ville være behandlet og ikke afgang ved døden.

Det gøres ligeledes gældende, at der er tale om en klar fejl i forbindelse med behandling af og diagnosticering af B's tilstand.

Han havde flere af de symptomer, som ifølge vejledningen fra DCS, bilag 4, burde have givet mistanke om, at han skulle have været undersøgt for, om der var tale om en akut aortadissektion. Det skulle også være sket langt tidligere end tilfældet blev kl. 05.34 den 2. januar 2016.

Da det ikke skete, har lægerne på Behandlingssted 1 handlet ansvarspådragende ved den begåede fejl/fejlskøn.

Behandlingen årsag til B's død – bevislempelse:

Fordi der er tale om en klar fejl i forbindelse med behandlingen af B skal der efter gældende retspraksis ske en lempelse af bevisskravet til årsagssammenhæng mellem behandling, skade og i dette tilfælde hans død.

Ved vurderingen af, om hurtigere diagnostik og behandling ville have ændret behandlingsresultatet, skal der altså ikke være tale om overvejende sandsynlighed, men noget mindre ved vurdering af årsagssammenhængen.

Bo von Eyben skriver også i sin bog "Patientforsikringen" fra 1993, at der i disse tilfælde, hvor der er begået en klar fejl, skal ske en bevislettelse ved vurderingen af årsagssammenhæng mellem undersøgelse eller behandling, som kan have forårsaget den skade, som faktisk indtrådte.

Hertil tilføjer han, at hvis disse betingelser er opfyldt, så har hidtidig retspraksis accepteret, at der gælder en formodning for, at der er årsagssammenhæng mellem behandling og skade, således at det herefter påhviler modparten at godtgøre, at skaden er forårsaget af andre forhold. Da der i denne sag er begået en klar fejl, idet der ikke er iværksat den helt afgørende akutte behandling af en meget alvorlig lidelse, er det min helt klare opfattelse, at der er dokumenteret den nødvendige sandsynlighed for, at der er årsagssammenhæng mellem behandling og skaden og B's alt for tidlige død.

Spørgsmålet er herefter, om den ansvarspådragende fejl/fejlskøn er årsag til, at B afgik ved døden den 2. januar 2016.

I U.2011.1019H fastslog Højesteret, at det er skadelidte, der skal bevise, at der foreligger årsagsforbindelse mellem fejlen og skaden. Kravene til bevis kan efter forarbejderne i tvivlsomme tilfælde lempes, hvis der klart er begået en fejl, der er ansvarspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kan have forårsaget skaden. I sådanne tilfælde kan tvivl om årsagsforholdene således komme skadelidte til gode. Må det imidlertid efter bevisførelsen anses for usandsynligt, at behandlingen er årsag til skaden, foreligger der ikke en erstatningsberettigende patientskade. Højesteret gentog dette synspunkt i præmisserne i U.2019.3916H.

Der er i nærværende sag tale om sådan et tvivlsomt tilfælde, at bevislempelse skal finde sted ved rettens vurdering af årsagssammenhæng mellem det ansvarspådragende udredningsforløb og skaden.

Retslægerådet har i svarene på spørgsmål 8, A og B forholdt sig til, hvilken statistisk prognoseforringelse B blev påført som følge af udrednings- og behandlingsforløbet på Behandlingssted 1.

Ankenævnet anførte i deres afgørelse af 12. oktober 2017 (bilag 18):
"Ankenævnet lægger i den forbindelse vægt på, at B blev diagnosticeret med en livstruende tilstand, og at operationen – ligegyldigt hvornår denne var blev udført – ville være med betydelig risiko for dødelig udgang."

Fordi Ankenævnet mente, at behandlingen havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, forholdt det sig ikke yderligere til spørgsmålet om årsagssammenhæng eller lempelse af bevisbyrden herfor, jf. afgørelsens side 4, bilag 18.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål A, bilag 19, udtalt, at *"Overlevelsesprognosen for en patient, der undergår kirurgi for aortadissektion med en diagnostisk tid på 10 timer siden symptomdebut og hjertestop i mellemliggende perioder har med en sandsynlighed på mere end 50 % mindsket overlevelseschancen."* [min fremhævnings]

Det ligger dermed utvivlsomt fast, at det ansvarspådragende udredningsforløb på Behandlingssted 1 har forringet B's overlevelsesprognose.

Spørgsmål er dernæst i hvilken grad prognosen er forringet.

Det spørgsmål er forbundet med en vis usikkerhed og Retslægerådets besvarelse heraf er baseret på statistik.

I Retslægerådets svar på spørgsmål B, at *"Cirka 20% af patienterne vil være døde inden de ankommer til hospitalet. Cirka halvdelen af patienter der får type A aorta dissektion vil ikke overleve trods behandling. Af de 50%, som overlever, er prognosen afhængig af blandt andet alder og stort set ingen der er fyldt 80 år overlever operation og de mange efterfølgende komplikationer. Dårlige prognosiske faktorer er alder (over 70 år), cirkulatorisk shock, akutte brystsmertes, EKG forandringer, neurologiske symptomer og nyrepåvirkning. Sagens person havde inden operationen brystsmerte uden EKG forandringer (ifølge journalen), hjertestop og forhøjede nyretal inden overflytningen til Behandlingssted 2. Der udspringes til mortalitetsforskellen ved overflytning henholdsvis 2,5 timer (optimalt forløb) og de aktuelle cirka 9 timer efter ankomsten. Som tidligere nævnt, så vil et basalt statistisk bud være en øget mortalitet omkring 7 til 14% grundet forsinkelsen. Retslægerådet kan ikke udtale sig om et eventuelt øvre eller nedre risikospænd, da denne øgede mortalitet omfatter hele populationen i ventetiden."*

Da B stadig var i live, da han ankom til hospitalet, tilhører han ikke de 20 %, som Retslægerådet indledningsvist i citatet udtaler dør inden ankomst.

Af de resterende 80 % af patienterne, som får stillet diagnosen aorta dissektion, og som dermed er i live ved ankomst til hospitalet, er der ifølge Retslægerådet - ved korrekt udredning og behandling af lidelsen – statistisk set en 50/50 chance for at overleve behandlingen.

Retslægerådet vurderer herefter, at B's risiko for at dø, som følge af sygdommen på grund af diagnoseforsinkelsen er øget omkring 7 til 14 %.

Det medfører en forskydning i førnævnte risiko for død/chance for overlevelse fra 50%/50% til 64%/36%.

Retslægerådets udtalelse i svaret på spørgsmål B, må forstås således, at diagnoseforsinkelsen konkret for B betød, at han havde 2/3 (64 %) risiko for at dø af sygdommen og kun 1/3 (36 %) chance for at overleve.

Selvom Retslægerådet i svaret på spørgsmål 8, gør opmærksom på, at der i deres vurdering af mortalitetsrisikoen er tale om statistiske data, så slår de samtidig fast, at *"såfremt diagnosen var udført efter anerkendt læ-*

gefraglig standard inklusive efterfølgende hurtig monitorering og behandling, ville dette have bidraget yderligere til bedring af overlevelsesprognosen.”

Hertil kommer, at B på tidspunktet for sin død var 54 år, generelt velbefindende og uden kendt sygdom (udover den nyopståede aorta dissektion), ikke ryger, slank og i god fysisk form. Han havde dyrket meget sport og i mange år, og har efterfølgende holdt sig i fysisk form ved at løbe og cykle. B deltog derudover aktivt i afholdelse af sportslige aktiviteter qua sit arbejde. B havde en uddannelse med et sportsligt tema.

Han tilhørte således ikke den risikogruppe, som Retslægerådet omtaler i sit svar på spørgsmål B, som skulle være i større risiko for at dø efter behandling for aorta dissektion. Tværtimod må førnævnte forhold formodes at øge B's chancer for overlevelse ved korrekt og rettidig udredning og behandling.

Når der således ikke er tvivl om, at det ansvarspådragende udrednings- forløb på Behandlingssted 1 har forringet B's chancer for overlevelse, og når chancen for overlevelse ifølge Retslægerådets statistiske data er reduceret væsentligt, må det med reglen om bevislempelse af årsagssammenhæng mellem fejl og skade føre til, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at B blev påført en skade som følge af behandlingen på Behandlingssted 1 den 1. og 2. januar 2016, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1. nr. 1. ...”

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført:

” ...

2. ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER

2.1 Frifindelsespåstanden

2.1.1 Prøvelse af ankenævnets afgørelse

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 12. oktober 2017 (bilag 18).

Ankenævnet er et kollegialt organ med en særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet blandt andet har medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, og da ankenævnet be-

handler et stort antal sager. Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Det er A, der har bevisbyrden. Der er ikke under sagen fremlagt sådanne oplysninger, som kan danne grundlag for en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse. A har derfor ikke løftet sin bevisbyrde for, at der er et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

2.1.2 Retsgrundlaget

En patient er berettiget til erstatning, hvis patienten ved behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. § KEL 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, og skaden med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Følger af selve grundlidelsen og dens forløb berettiger ikke til erstatning efter KEL, og det er således alene skade som følge af en (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende, som kan danne grundlag for erstatning.

Det er efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

De behandlingsskridt, som blev iværksat, skal bedømmes ud fra de objektive fund og subjektive klager samt ud fra den medicinsk-videnskabelige indsigt og erfaring, som var til stede på behandlingstidspunktet, og ikke ud fra den viden, som er opnået efterfølgende.

Bevisbyrden for, at B med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. § KEL 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, samt at eventuelle påførte skader med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, påhviler A. Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Det bemærkes tillige, at det er ankenævnets afgørelse, der er til prøvelse i sagen, og at lægefaglige vurderinger i øvrigt og lægefaglige vejledninger, der tilsiger en anden vurdering af behandlingsforløbet på Behandlingssted 1,

ikke i sig selv kan føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse. Ankenævnet har i øvrigt været bekendt med de i sagen fremlagte bilag, men ankenævnet foretager en selvstændig vurdering af sagens lægefaglige spørgsmål. Det kræver et tilstrækkeligt sikkert grundlag, jf. nedenfor om Retslægerådets udtalelser, for at ankenævnets afgørelse kan tilsidesættes.

2.1.3 Den konkrete sag

2.1.3.1 Ankenævnets afgørelse af 12. oktober 2017 (bilag 18)

Det gøres gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at ikke blev påført en skade ved behandlingen på Behandlingssted 1 den 1. og 2. januar 2016.

Ankenævnet har vurderet, at behandlingen på Behandlingssted 1 blev udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort.

På baggrund af B's symptomer, blev der først foretaget en ultralydsundersøgelse, og da smerterne fortsatte, blev der foretaget en akut CT-scanning af maven, der viste en rift i hovedpulsåren (aorta dissektion).

Ankenævnet har med rette vurderet, at selv hvis man havde foretaget en CT-scanning på et tidligere tidspunkt, ville dette ikke med overvejende sandsynlighed have haft betydning for forløbet.

Det gøres hertil gældende, at ankenævnet med rette har lagt vægt på, at B blev diagnosticeret med en livstruende tilstand, og at operation – selv på et tidligere tidspunkt - ville være med betydelig risiko for dødelig udgang.

A har bevisbyrden for, at B med overvejende sandsynlighed er påført en skade som følge af behandlingen, og at der således er årsagssammenhæng mellem behandlingen og den påførte skade.

Det gøres gældende, at denne bevisbyrde er ikke løftet.

Bevisbyrden herfor kan lempes, hvis der klart er begået fejl ved behandlingen, og hvis der er tvivl om årsagssammenhængen – altså lempelse kun i de tilfælde, hvor der er tvivl om, hvorvidt det er behandlingen eller andre forhold, der er den mest sandsynlige årsag til skaden.

På baggrund af ankenævnets vurdering af grundlidelsen og behandlingen, gøres det endvidere gældende, at der ikke er begået fejl – og så meget desto mindre, er der ikke klart begået fejl - ved behandlingen på Behandlingssted 1, hvorfor der ikke er grundlag for at lempe A's bevisbyrde.

2.1.4 Retslægerådets besvarelser af 11. maj 2021 (bilag 19) og 6. maj 2022 (bilag 20)

Sagen har under forberedelsen været forelagt for Retslægerådet ad to gange. Retslægerådet har henholdsvis 11. maj 2021 (bilag 19) og 6. maj 2022 (bilag 20) afgivet udtalelser, der støtter ankenævnets afgørelse af 12. oktober 2017, der er til prøvelse i denne sag.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelser, at behandlingen ikke blev udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, men også at der ikke klart er begået fejl, men at der er foretaget et lægeligt fejlskøn. Det fremgår også af Retslægerådets besvarelser, at behandlingen med overvejende sandsynlighed ikke har medført dødsfaldet, men at dødsfaldet mere og overvejende sandsynligt var en følge af grundlidelsen.

Derfor bestrides det overordnet, at ankenævnets afgørelse af 12. oktober 2017 (bilag 18) er tilsidesat med Retslægerådets besvarelser, hvorefter ankenævnet fastholder, at B ikke er påført en behandlingsskade omfattet af KEL ved behandlingen på Behandlingssted 1 i perioden 1. og 2. januar 2016.

Ansvarsgrundlaget (KEL § 20, stk. 1, nr. 1)

Retslægerådet har i svarene på spørgsmålene 1, 6, 7, 8, C, D, E og F forholdt sig til behandlingen på Behandlingssted 1, herunder særligt udredningsforløbet.

Det fremgår af svaret på spørgsmål 1 om udredningen af sygdomsbilledet med henblik på at stille diagnose og behandle, at *"Ankomst værdier taget kl. 23.29. Lægeligt modtagelsesnotat først kl. 1.48. Dermed burde første mistanke være akut hjertesygdom (AKS) med akut udredning, som burde ske med afklaring på under 1,5 timer. EKG beskrives normalt og ligeså AKS prøver"* (ankenævnets fremhævning) og *"Diagnosen indeklemt brok er oplagt ved den objektive undersøgelse og stemmer også overens med klinikken"*.

Med hensyn til om og hvilke undersøgelser, der skulle til for at udrede og stille diagnose, fremgår det af Retslægerådets svar på spørgsmål 6, at *"Ved ankomsten bør der tages EKG, AKS blodprøver, værdier samt eventuel*

røntgen af thorax og abdomen. Ekkokardiografi ville normalt udføres akut på større akutmodtagelser, der ville være indikeret ved uafklaret differentaldiagnostik eller ustabil patient. Derudover klinisk undersøgelse af både thorax og abdomen inklusive UL af abdomen", og "EKG burde gentages hvert 10. minut ved uændrede eller forværrede symptomer".

Men det fremgår også af svaret på spørgsmål 7, at "*Bedside UL kan konstatere udvidelse af aorta, men langt fra altid se, om der er dissektion*". Videre fremgår det af svaret på spørgsmål C, at "*Aortadissektion medfører ingen specifikke EKG forandringer. Der er ingen specifikke laboratorieundersøgelser, der kan påvise en aortadissektion*" (ankenævnets fremhævnings). "*Hvis en patient har svære brystmerter mistænkes akut blodprop i hjertet. Hvis EKG er normalt, bliver sandsynligheden for en blodprop i hjertet mindsket markant, og så må andre diagnostiske muligheder overvejes. Blodprøverne den 1. januar 2016 klokken 23.47 omfatter også Kreatinkinase og Troponin, som er akut koronar syndrom (AKS) blodprøver*" samt af svaret på spørgsmål D, at "*Gentagne EKG optagelser ville hverken have bestyrket eller afkræftet en mistanke om aortadissektion*". Af svaret på spørgsmål F fremgår, at "*... udføre røntgen af abdomen eller CT-skanning af abdomen, hvilket også gøres i dette tilfælde. Røntgen af thorax kan i nogle tilfælde give mistanke om aorta dissektion, hvorimod et normal røntgen af thorax ikke kan udelukke aorta dissektion*".

Ankenævnets afgørelse understøttes herved af, at Retslægerådet konkret har forholdt sig til, at selv med udredning for akut hjertesygdom er det langt fra sikkert, at man havde opdaget aortadissektionen på et tidligere tidspunkt end sket, da flere af undersøgelserne ved udredningen ikke specifikt ville kunne påvise aortadissektion.

Selvom det af Retslægerådets besvarelser fremgår, at behandlingen ikke blev udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, da har Retslægerådet vurderet, at der ikke klart er begået fejl, men "*... at der foreligger et lægeligt fejlskøn jævnfør besvarelsen af spørgsmål 1 og 6. Retslægerådet vurderer, at der foreligger et lægeligt fejlskøn*" (ankenævnets fremhævnings), jf. svaret i spørgsmål 8.

Ingen skade (KEL § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1)

Uanset, om udredning og behandling burde være sket hurtigere, er det ikke behandlingsforsinkelsen, der med overvejende sandsynlighed har medført, at B afgik ved døden, men derimod den livstruende grundlidelse, der selv ved operation tidligere ville være forbundet med en betydelig dødsrisiko.

Retslægerådet har i svarene på spørgsmålene 8, A og B forholdt sig til dødsrisiko og overlevelseshodgning.

Ankenævnet bestrider A's fremstilling og anbringender herom som angivet i replikken, og gør herefter det følgende gældende.

Det fremgår af svaret på spørgsmål 8 om behandlingsforløbet, overlevelsesprognosen og dødsrisikoen ved aortadissektion, at *"Der er cirka 1 % dødelighed per time ved aortadissektion. Overflyttelse effektueres efter cirka 9 timer fra ankomst og burde være udført optimalt indenfor 2 timer. Dermed ca. 7 % øget risiko for dødelighed"*.

Dertil fremgår det af svaret på spørgsmål B, at *"Som tidligere angivet, ligger hospitalsmortaliteten efter operation for Type A aorta dissektion på omkring 25%. Dødeligheden under den diagnostiske ventetid er cirka 1 til 2% per time, kurven vil ikke være en lige kurve, men der vil være højest dødelighed i de første timer, hvorefter kurven vil flade ud, hvis man overlever 24 timer med ubehandlet aorta dissektion. Cirka 20% af patienterne vil være døde inden de ankommer til hospitalet. Cirka halvdelen af patienter der får type A aorta dissektion vil ikke overleve trods behandling. Af de 50%, som overlever, er prognosen afhængig af blandt andet alder og stort set ingen der er fyldt 80 år overlever operation og de mange efterfølgende komplikationer. Dårlige prognostiske faktorer er alder (over 70 år), cirkulatorisk shock, akutte bryst smerter, EKG forandringer, neurologiske symptomer og nyrepåvirkning. Sagens person havde inden operationen brystsmerte uden EKG forandringer (ifølge journalen), hjertestop og forhøjede nyretal inden overflytningen til Behandlingssted 2. Der udspørges til mortalitetsforskellen ved overflytning henholdsvis 2,5 timer (optimalt forløb) og de aktuelle cirka 9 timer efter ankomsten. Som tidligere nævnt, så vil et basalt statistisk bud være en øget mortalitet omkring 7 til 14% grundet forsinkelsen. Retslægerådet kan ikke udtale sig om et eventuelt øvre eller nedre risikospænd, da denne øgede mortalitet omfatter hele populationen i ventetiden"*.

Det følger af praksis, at to betingelser skal være opfyldt for, at udvikling af uhelbredelig sygdom/dødsfald kan betragtes som en følge af en behandlingsforsinkelse og dermed en behandlingsskade:

1. Dødsrisiko ved rettidig diagnose/behandling skal være under 50 %
2. Dødsrisiko skal være mere end fordoblet som følge af behandlingsforsinkelse.

Hvis dødsrisikoen under alle omstændigheder ville have været 50 % eller derover, er det ikke overvejende sandsynligt, at en senere sygdomsudvikling/dødsfald er en følge af behandlingsforsinkelsen.

Retslægerådet har angivet en dødsrisiko på 50 % for grundlidelsen aortadissektion, jf. "*Af de 50%, som overlever*". Dermed er den første betingelse ikke opfyldt, hvorfor B's dødsfald ikke med overvejende sandsynlighed er en følge af behandlingsforsinkelse. Betingelsen om, at dødsrisikoen skal være mere end fordoblet som følge af behandlingsforsinkelse, er tillige ikke opfyldt. Dødsrisikoen er 50 %, og under den diagnostiske ventetid stiger denne risiko 1-2 % i timen, hvor dødeligheden er højest de første timer og så flader ud, hvortil Retslægerådet har angivet en øget dødelighedsrisiko fra 7 % til 14 % under den diagnostiske ventetid.

Af Retslægerådets besvarelse må det således forstås, at diagnosticering/overflytning inden for 2,5 time øgede dødsrisikoen til 57 %, og ved diagnosticering/overflytning efter 9 timer blev dødsrisikoen øget yderligere 7 %, dvs. 64 %. De yderligere 7 % ud af de 64 % er kun en procentvis stigning på knap 11 %, hvorfor dødsrisikoen ikke er mere end fordoblet som følge af behandlingsforsinkelse.

Retslægerådet har hertil angivet dårlige prognostiske faktorer, der må forstås således, at disse faktorer kunne øge dødsrisikoen og forringe overlevelsesprognosen, hvor Retslægerådet fandt, at B inden operationen blandt disse faktorer havde bryst smerter, hjertestop og forhøjede nyretal.

Det gøres sammenfattende gældende, at Retslægerådets udtalelser understøtter ankenævnets afgørelse om, at B's dødsfald med overvejende sandsynlighed ikke er en følge af en behandlingsskade, men derimod en følge af sin grundlidelse.

2.1.5 Bevislempelse

Ankenævnet gør gældende, at der ikke er grundlag for bevislempelse, idet der ikke klart er begået fejl, og idet B med overvejende sandsynlighed ikke er påført en behandlingsskade, og der foreligger ikke en sådan tvivl om årsagssammenhængen, at bevislempelse er relevant.

Det bestrides hertil, at det behandlende personale på Behandlingssted 1 har handlet ansvarspådragende allerede af den grund, at der ikke klart er begået fejl, endsige ikke engang begået fejl.

For at bevisbyrden kan lempes, kræver det ifølge retspraksis og forarbejderne til KEL, at der ved behandlingen klart er begået en fejl, der er ansvarspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler.

Endvidere kræver det, at der er tvivl om, hvorvidt det er behandlingen eller andre forhold, der har forårsaget skaden.

Om der er begået fejl, endsige klart er begået fejl, forstås herved, at der skal være tale om culpa – altså om der er begået fejl, og ikke blot (lægeligt) fejlskøn. Det følger af betænkning nr. 1196, side 137, pkt. 6, om Retslægerådets ordvalg ved behandlingen af sager, hvor Retslægerådet bliver anmodet om at vurdere kvaliteten af den lægelige indsats, at Rådet ofte anvender en af fire formuleringer; (1) Ingen fejl, (2) Hændeligt uheld, (3) Lægeligt fejlskøn, (4) Fejl.

Det fremgår af bemærkningerne til Patientforsikringsloven (nu KEL) – Folketingstidende 1990-91, 2. samling, tillæg A, spalte 3286 - at det i tilfælde, hvor der er tvivl om årsagssammenhæng, kan være rimeligt at lade tvivlen komme den skadelidte til gode, hvis det konstateres, at der klart er begået fejl ved behandlingen. Dette er bl.a. gengivet i Højesterets præmisser i U.2011.1019.H, hvor det også fremgår, at kravene til bevis for årsagssammenhæng i tvivlstilfælde kan lempes, hvis "*... der klart er begået en fejl, der er erstatningspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som har forårsaget skaden*". Præmisserne må forstås sådan, at der alene er grundlag for bevislempelse, hvis der er bevistvivl om årsagssammenhæng, og hvis der klart er begået fejl. Kun i sådanne tilfælde kan tvivl om årsagssammenhæng efter omstændighederne komme patienten til gode.

I dommen U.2010.408.H udtalte Højesteret eksplicit, at selvom der klart var begået ansvarspådragende fejl, som medførte bevislempelse, var det (alligevel) ikke tilstrækkeligt sandsynliggjort, at der var årsagssammenhæng mellem begåede fejl og skade. Hvis der ikke klart er begået en fejl i forbindelse med behandlingen, er der tillige ikke grundlag for at lempe bevisbyrden. En eventuel tvivl om årsagssammenhæng ville dermed være uden betydning. Dette er senest fastslået i Højesterets dom U.2020.118H, hvor Højesteret fandt, at der ikke klart var begået fejl, der var ansvarspådragende, selvom parterne var enige om, at behandlingen var i strid med, hvorledes en erfaren specialist under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, og der var således ikke grundlag for at lempe beviset for årsagssammenhæng. Hvis retten måtte finde det bevist, at der ved behandlingen af B klart blev begået fejl, gør ankenævnet gældende, at A ikke har løftet bevisbyrden for, at der er en sådan tvivl om årsagssammenhængen, at der er grundlag for at lade denne tvivl komme hende til gode, og dermed ikke grundlag for at lempe bevisbyrden ved vurdering af årsagssammenhæng.

Sammenfattende gøres det gældende, at der ikke foreligger et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 12. oktober 2017 (bilag 18), hvorfor der skal ske frifindelse.

2.2 Hjemvisningspåstanden

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning gør ankenævnet gældende, at hvis retten måtte give A medhold i, at B blev påført en behandlingsskade, da må sagen hjemvises med henblik på stillingtagen til, om A er berettiget til erstatning og til nærmere udmåling heraf.
..."

Parterne har under hovedforhandlingen nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen.

Rettens begrundelse og resultat

Der kan efter § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet ydes erstatning, hvis en skade med overvejende sandsynlighed er forvoldt på den i bestemmelsen angivne måde. Der skal således tages stilling til, dels om en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, end de læger, der den 1. og 2. januar 2022 undersøgte, diagnosticerede og behandlede B på Behandlingssted 1, dels om skaden - såfremt dette er tilfældet – herved ville være undgået.

Bevisbyrden for, at betingelserne for at yde erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er opfyldt, påhviler A.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 vedrørende den præhospitale behandling og spørgsmål 6 vedrørende behandlingen på Behandlingssted 1 fremgår, at det er rådets samlede vurdering, at hjertesygdom burde have været prioriteret diagnose i forhold til symptomerne ved indlæggelsen, at man akut burde have udredt B for AKS, og at en afklaring heraf efter mere end to timer, således var for sent.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 fremgår videre, at behandlingen på Behandlingssted 1 ikke har levet op til almindelig anerkendt lægefaglig standard, da afklaringen af AKS burde være udført akut.

På den baggrund finder retten, at det er overvejende sandsynligt, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, end de læger, der den 1. og 2. januar 2022 undersøgte, diagnosticerede og behandlede B på Behandlingssted 1.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 fremgår, at udredningen af AKS bør omfatte EKG, AKS blodprøver, værdier, klinisk undersøgelse af både thorax og abdomen herunder ultralydsundersøgelse af abdomen og eventuelt røntgen af thorax og abdomen samt ekkokardiografi.

Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, D, E og F må imidlertid forstås således, at de enkelte led i afklaringen af AKS ikke er egnet til at diagnosticere aortadissektion, da dette skal ske ved CT-scanning, MR-scanning eller ultralydsundersøgelse af hjertet via spiserøret.

På den baggrund finder retten, at det ikke er overvejende sandsynligt, at en akut udredning for AKS ville have ført til, at den rette diagnose blev stillet, og at det dermed ikke er dokumenteret, at det er overvejende sandsynligt, at skaden ville være undgået, såfremt der i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard var iværksat akut udredning for AKS.

Det forhold, at lægekonsulenten i sin lægelige vurdering af 16. marts 2016 udtaler, at den erfarne specialist ikke ville have overset aorta aneurismet på ultralyd, kan efter omstændighederne ikke føre til andet resultat.

A er herefter, som sagen er forelagt retten, ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Retten finder, at der henset til, at Retslægerådet direkte adspurgt, om der er tale om en eller flere lægefaglige fejl, har svaret, at de vurderer, at der foreligger et lægefagligt fejlskøn, ikke er grundlag for lempelse af beviskravene.

Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse tages herefter til følge.

Efter sagens udfald skal A betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi og forløb fastsat til dækning af advokatudgift med 140.000 kr. Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

A skal til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 140.000 kr.

Beløbet skal betales inden 14 dage.

Sagsomkostningerne bliver forrentet efter rentelovens § 8 a.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis du er utilfreds med afgørelsen, kan du som udgangspunkt anke (klage over) dommen til landsretten. Hvis du kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan du kære (klage over) denne del af afgørelsen til landsretten.

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

Du kan kun anke dommen, hvis forskellen mellem byrettens dom og det resultat, du ønsker at opnå i landsretten, er over 20.000 kr. Hvis forskellen er mindre, skal du have tilladelse fra Procesbevillingsnævnet for at anke.

Landsretten kan afvise at behandle en ankesag, hvis landsretten vurderer, at der ikke er udsigt til, at sagen vil få et andet udfald i landsretten.

Du kan kun kære afgørelser om sagsomkostninger, hvis omkostningsbeløbet er fastsat til mere end 20.000 kr., eller hvis retten har bestemt, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger, og du kræver, at modparten skal betale mere end 20.000 kr. I andre situationer kan du kun kære omkostningsafgørelsen, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

Frister for at anke og kære

Fristen for at anke er **4 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan anke uden en tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **4 uger**.

Fristen for at kære omkostningsafgørelsen er **2 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan kære afgørelsen uden tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **2 uger**.

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære

Du kan anke dommen på minretssag.dk ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen.

Hvis du søger om tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indlevere

ansøgningen på minretssag.dk.

Du kan læse mere på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 01-11-2022 kl. 13:00

Modtagere: Advokat (L) Mie Ramsay Teit, Sagsøgte Ankenævnet for
Patienterstatningen, Advokat Stine Pedersen, Sagsøger A