



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 4. oktober 2018 i sag nr. BS 9A-1654/2015:

A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, der er anlagt den 25. september 2015, drejer sig om erstatning for en patientskade.

Sagsøgeren, A har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A er berettiget til yderligere erstatning og godtgørelse efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i forbindelse med anerkendt patientskade i forbindelse med behandling af en blodprop i hjernen den 31. juli 2012 og frem, således at sagen hjemvises til fornyet behandling ved Ankenævnet for Patienterstatningen med henblik på fastsættelse af den nøjagtige størrelse af erstatnings- og godtgørelseskravet.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, har nedlagt påstand om frifindelse.

Denne dom indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a, stk. 2.

Oplysningerne i sagen

Behandlingen på Hospital 1
A fik den 31. juli 2012 en blodprop i hjernen og blev behandlet på Hospital 1

Der er under sagen enighed om, at behandlingen på Hospital 1 afveg fra, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet, idet A ikke blev tilset af trombolyssevagten og ikke fik tildelt trombolysbehandling (behandling med en særlig blodpropopløsende medicin).

Patienterstatningens afgørelser

Patienterstatningen traf den 21. november 2013 afgørelse om, at A var berettiget til erstatning i medfør af § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Af afgørelsen fremgår bl.a.:

”Vi har på baggrund af A anmeldelse, journalmaterialet og sagens yderligere oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

A er kendt med forhøjet blodtryk, som han behandles for, samt tidligere TCI (forbigående blodprop i hjernen) tilfælde.

A blev indbragt 31. juli 2012 med ambulance til Hospital 1 lidt efter kl. 23, hvor han kl. 22.15 var fundet i sit køkken ukontaktbar, savlende, sorttalende og med facialsparsese (lammelse af ansigtsnerven). Han klagede over hovedpine.

A ankom med ambulance kl. 23.11 til Hospital 1. Det fremgår af sagen, at ambulanceredderne kontaktede trombolysevagten, som ikke ville tilbyde direkte modtagelse. Han blev set kl. 01.20 af en neurolog, som sendte ham til en akut CT-scanning af hjernen, som var normal. A tilstand blev ikke tolket som apopleksi, men som et epileptisk anfald. En neurologisk undersøgelse viste ikke tegn på fokale symptomer.

A blev indlagt til observation.

...

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis behandlingen har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende sandsynlig ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Optimal behandling på Hospital 1 31. juli 2012 havde været, at A var blevet set og vurderet af trombolysevagten, og derefter tilbudt trombolysebehandling.

Der er lagt vægt på, at A symptomer i form af sprogsvækkelser, hovedpine og facialislammelser er forhold, som havde fået den erfarne specialist til at mistænke apopleksi. Supplerende er det dokumenteret, at ambulanceredderne kontaktede trombolysevagten på

Hospital 1 da de mistænkte en hjerneblødning. På den baggrund skulle A være set og vurderet af trombolysevagten.

Ved optimal behandling havde A undgået en del af hans nuværende gener. Vi kan ikke på nuværende tidspunkt vurdere, hvilke varige gener, som han havde undgået ved et optimalt behandlingsforløb. A skal undersøges hos en neurologisk speciallæge før vi kan vurdere, hvilke varige gener skaden har medført. ”

Patienterstatningen traf den 30. juli 2014 afgørelse om, at A som følge af patientskaden var berettiget til en godtgørelse for varigt mén på 8 %. Det blev ved afgørelsen lagt til grund, at A samlede mén efter blodproppen udgjorde 20 %, men at A selv med en optimal behandling ville være blevet påført et varigt mén på 12 % som følge af blodproppen.

Den 20. august 2014 traf Patienterstatningen afgørelse om, at A ikke var berettiget til erstatning for erhvervsevnetab. Af afgørelsen fremgår bl.a.:

”Vi vurderer, at A fremtidige varige indkomsttab i alt overvejende grad må tilskrives følger fra selve grundlidelsen i form af blodproppen i hjernen, som opstod 31. juli 2012.

Der er yderligere lagt vægt på, at selvom A er påført et varigt mén som følge af skaden, ville han selv ved et ukompliceret behandlingsforløb være påført et ikke ubetydeligt varigt mén alene begrundet i følger fra grundlidelsen. Vi henviser til vores afgørelse af 30. juli 2014. Det er derfor overvejende sandsynligt, at han under alle omstændigheder ikke kunne være fortsat med samme ansvarsområder på sit arbejde og samme løn, selv såfremt patientskaden ikke var indtrådt. Præciserende anser vi det ikke for sandsynligt, at A selv ved et ukompliceret forløb ville kunne bestride et job som afdelingsleder, sådan som det efter det oplyste var tiltænkt.”

Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse

Ankenævnet for Patienterstatningen ændrede den 25. marts 2015

Patienterstatningens afgørelse om méngodtgørelse, idet Ankenævnet fandt, at A som følge af patientskaden var berettiget til en godtgørelse for varigt mén på 15 %. Ankenævnet for Patienterstatningen stadfæstede samtidig Patienterstatningens afgørelse om, at A ikke var berettiget til erstatning for erhvervsevnetab. Ved afgørelsen blev det lagt til grund, at den samlede méngrad som følge af blodproppen udgjorde 40 %.

Af Ankenævnets afgørelse fremgår bl.a.:

”Ankenævnet finder, at ca. 1/3 af det varige mén på 40 % kunne have været undgået ved optimal behandling af hjerneblodproppen, hvorfor det varige mén som følge af patientskaden fastsættes til 15 %.

De har gjort gældende, at der er grundlag for bevislempelse. Der er efter ankenævnets vurdering ikke tvivl om, at A selv ved korrekt diagnosticering og rettidig trombolysebehandling af blodproppen ville have pådraget sig en betydelig skade med et varigt mén svarende til ca. 2/3 af det nuværende samlede varige mén. Der er således ikke grundlag for at yde godtgørelse for en højere méngrad end 15 % som følge af patientskaden”.

Retslægerådets udtalelser

Der har under sagen været stillet spørgsmålet til Retslægerådet.

Retslægerådet har den 22. december 2016 udtalt:

”Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, i hvilket tidsrum (angivet i timer fra symptomdebut til iværksættelse af trombolyse) det statistisk må antages, at trombolyse har positiv effekt i forhold til risikoen for alvorlige bivirkninger.

Trombolysebehandling ved blodprop i hjernen har positiv effekt i op til 4 ½ time efter symptomdebut.

Spørgsmål 2:

Den statistiske sandsynlighed for positiv effekt i forhold til bivirkninger bedes i muligt omfang beskrevet for tidsrummet 1 time efter symptomdebut, 2 timer efter symptomdebut samt 3 og 4 og 5 timer efter symptomdebut.

Den statistiske sandsynlighed for positiv effekt er større, jo tidligere behandlingen startes.

I tidsrummet 0 - 90 minutter medførte trombolysebehandling et godt resultat i 42 % mod 29 % uden behandling. Odds ratio 2,55 (1,14 - 4,52).

I tidsrummet 91 - 180 minutter er tallene 42 % mod 29 %, odds ratio 1,64 (1,12 - 2,40)

I tidsrummet 180 - 270 minutter er tallene 45 % mod 38 %, odds ratio 1,34 (1,06 - 1,68)

Forskellene er alle statistisk signifikante.

I beregning af odds ratio indgik en række faktorer som apopleksiens sværhedsgrad, patientens alder, blodtryk, med mere. Ved en let apopleksi, som den sagsøger fik, vil et godt resultat opnås hos 69 % ved trombolyse mod 59 % uden behandling.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse den statistiske sandsynlighed for, at A nuværende beskrevne gener efter blodproppen i det væsentlige ville være undgået ved trombolysebehandling foretaget i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist ville have handlet i situationen.

Sandsynligheden for, at sagsøger ville have undgået en væsentlig del af langtidsfølgerne efter blodproppen, vurderer Retslægerådet til mere end 50 %.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er lægevidenskabelig evidens for, at en blodprop i hjernen altid vil medføre betydelig skade, uanset der i situationen er foretaget trombolysebehandling i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist ville have handlet i situationen.

Jævnfør besvarelsen af spørgsmål 2 vil omkring 29 % af patienter opnå et godt resultat uden trombolysebehandling.

Spørgsmål 5:

Er der ifølge de lægelige akter lægevidenskabelig evidens for, at A på tidspunktet for neurologisk vurdering den 1. august 2012 på Hospital 1 havde et epileptisk anfald (beskrevet som postiktalt anfald eller en PGA)?

Hvis Retslægerådet besvarer spørgsmål 5, 1. afsnit, helt eller delvist benægtende, bedes rådet redegøre for, hvad der talte mod diagnosen, og herunder uddybende redegøre for om den forkerte diagnose efter rådets opfattelse lægefagligt var udtryk for en lægefaglig fejl eller et fejlskøn.

Nej, der var ikke kliniske tegn på epilepsi. Det der taler imod epilepsi er, at sagsøger var vågen og frembød tegn på afasi, som også beskrevet i journalen. Diagnosen epilepsi var en fejl. CT-scanningen viste tegn på begyndende infarkt i venstre side af hjernen.

Spørgsmål 6:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til supplerende bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes vurdere om A gener, som beskrevet i neurologisk undersøgelse af 14. marts 2013 (bilag 4), helt eller delvist kan tilskrives:

- a) grundsygdommen i form af blodprop i hjernen.*
- b) den forsinkede diagnosticering og trombolysebehandling.*

- c) andre, herunder uoplyste forhold,
d,) en kombination af ovenstående

Retslægerådet bedes begrunde svaret i forhold til hver enkelt gene, og herunder oplyse, hvad der taler for og imod årsagssammenhæng med forholdene oplyst i punkt a)-d).

Sagsøgers gener, som beskrevet i bilag 4, i form af talebesvær, træthed og nedsat udholdenhed, skyldes en kombination af a) og b), det vil sige blodproppen i hjernen, hvis følger muligvis kunne have været mindsket ved rettidig trombolyselbehandling.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes vurdere om A følger af grundsygdommen i form af blodprop i hjernen må antages at være midlertidigt eller varigt forværret som følge af den forsinkede diagnosticering og trombolyselbehandling.

Følgerne af blodproppen blev bedømt ud fra den videnskabelige litteratur mere udtalte, end hvis der var givet rettidig trombolyselbehandling.

Spørgsmål C:

Såfremt Retslægerådet finder, at A gener som følge af grundsygdommen blev midlertidigt eller varigt forværret som følge af den forsinkede diagnosticering og trombolyselbehandling, bedes Retslægerådet angive et skøn over, hvor stor en del A gener, der kunne være undgået, hvis behandlingen var iværksat rettidigt.

Retslægerådet bedes begrunde svaret, herunder angive om svaret er behæftet med usikkerhed samt hvori denne eventuelt består.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes angive sandsynligheden for, at en person med en blodprop i hjernen, som i A tilfælde, vil få varige gener efter blodproppen (eksempelvis i form af afasi, øget træthed og kognitive gener) – hvis der efter symptomdebut gives trombolyselbehandling indenfor en tidshorisont på

- a) 1,5 timer
b) 3 timer eller
c) 4,5 timer?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2.

Spørgsmål E:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Retslægerådets har den 15. november 2017 udtalt:

”Spørgsmål 7:

I besvarelsen af spørgsmål 3 har Retslægerådet oplyst, at sandsynligheden for, at sagsøger ville have undgået en væsentlig del af langtidsfølgerne efter blodproppen ved trombolysebehandling foretaget i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist ville have handlet i situationen, udgør mere end 50 %.

*Retslægerådet bedes i muligt omfang præcisere, om “en væsentlig del af langtidsfølgerne” må antages at udgøre mere end 1/3 af A
nuværende beskrevne gener, både efter blodproppen og efter den forsinkede trombolysebehandling.*

Sagsøgers langtidsfølger efter blodproppen i hjernen 31.07.12 bestod i sprogforstyrrelse, således at han havde vanskeligt ved at finde ord, havde langsom indlæring af sprogligt materiale og nedsat evne til at forstå og huske talt information. Dertil kom træthed og nedsat mentalt energi-niveau. Disse gener kan ikke opgøres ved et tal, men en væsentlig del må antages at udgøre mere end en tredjedel af generne.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet har ved besvarelse af spørgsmål 4, om der er lægelig videnskabelig evidens for, at en blodprop i hjernen altid vil medføre betydelig skade, uanset der i situationen er foretaget trombolysebehandling i overensstemmelse med hvordan en erfaren specialist ville have handlet i situationen, oplyst, at omkring 29 % af patienter opnår et godt resultat uden trombolysebehandling.

Retslægerådet bedes om muligt præciserende besvare samme spørgsmål (spørgsmål 4) for de patienter, der ikke nødvendigvis ville være kommet sig spontant uden trombolysebehandling.

Retslægerådet bedes således oplyse, om der er lægevidenskabelig evidens for, at en blodprop i hjernen (svarende til begyndende infarkt som i nærværende sag) altid vil medføre betydelig skade, uanset der i situationen foretages rettidig og korrekt trombolysebehandling?

Spørgsmålet er uklart formuleret, men til den sidste del kan Retslægerådet oplyse, at en blodprop i hjernen, svarende til nærværende sag, ikke altid vil

medføre betydelig skade.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet har ved besvarelse af spørgsmål 5 oplyst, at den neurologiske vurdering (epilepsi) den 1. august 2012 på Hospital 1 var en fejl. Retslægerådet har videre oplyst, at CT-scanningen viste tegn på begyndende infarkt i venstre side af hjernen.

Retslægerådet anmodes om at præcisere besvarelsen, idet Retslægerådet anmodes om at vurdere, hvorvidt en normal veluddannet radiolog ville have foretaget korrekt diagnosticering, herunder have konstateret, at CT-scanningen viste tegn på begyndende infarkt i venstre side af hjernen.

På undersøgelsen foretaget på Hospital 1 01.08.12 ses manglende differentiering med grå og hvid substans temporalt på venstre side. Dette er et tegn på begyndende iskæmi. En radiolog med kompetence indenfor det neuroradiologiske område bør kunne erkende dette.”

Forklaringer

Der er under hovedforhandlingen afgivet forklaring af A og B .

A har forklaret, at han den pågældende aften rejste sig fra sofaen og gik hen til køkkenet med nogle tallerkner i hånden. Da han var gået et par skridt, tabte han tallerknerne. Han samlede dem op, men kort tid efter tabte han dem igen. Han kunne se, at hans familie undrede sig, og de bad ham sætte sig ned. Han kunne ikke forstå, hvad de sagde til ham. Han forsøgte at sige noget, men han talte ”volapyk”. Han havde ondt i hovedet. Hans hustru ringede 112, og herefter ankom ambulanceredderne. Han kan huske, at han selv rejste sig og gik ind i ambulancen. Han ankom på skadestuen, og der kom en læge. Hans hustru og hans datter var der også. Han forstod ikke, hvad der foregik, men han var klar over, at der var noget galt. Han kan huske, at han var nede at blive scannet. I dag kan han tale normalt og har det OK, men hvis han skal diskutere eller argumentere, kan han ikke finde de ord, som han gerne vil bruge. Hvis folk snakker for hurtigt, forstår han ikke, hvad de siger. Det er endnu værre, hvis der er meget baggrundsstøj. Han har aldrig på noget tidspunkt haft et epileptisk anfald.

B har forklaret, at de den pågældende aften sad og så fjernsyn. Klokken var omkring 22. A sagde godnat og rejste sig for at tage tallerknerne med i køkkenet. A tabte tallerknerne to gange, og der kom ingen reaktion fra A da hun talte til ham. Hun gik ud og konstaterede, at der var noget galt. Hun ringede 112, og på det tidspunkt var kl. cirka 22.15. Hun konstaterede, at der var noget galt med A sprog. Han kunne ikke give udtryk for noget. Falckredderne spurgte flere gange A hvordan han havde det, men A kunne ikke give et svar. En af falckredderne løftede på

et tidspunkt sin arm, og A reagerede med det samme ved at løfte sin arm. Falckredderne ringede til sygehuset, og falckredderne tog flere gange telefonen hen til A mund, men A kunne ikke svare på spørgsmål fra hospitalets personale. Falckredderne sagde, at de havde mistanke om, at det var en blodprop eller en hjerneblødning. Falckredderne lagde A ud i ambulancen og talte igen med hospitalet. Hun overhørte, at redderne fik at vide, at de skulle køre til skadestuen på Hospital 1

Omkring kl. 23.10 ankom de til hospitalet. De blev modtaget af en sygeplejerske, og sygeplejersken kunne konstatere, at A ikke kunne svare på hendes spørgsmål. Herefter kom en kvindelig læge. A kunne ikke svare på lægens gentagne spørgsmål om, hvad han hed. Lægen bad A om at løfte højre arm, men det forstod A ikke. Lægen løftede herefter sin arm, og A gentog lægens bevægelse. Lægen besluttede, at der skulle laves en CT-scanning. Lægen sagde, at hun havde mistanke om, at der var tale om et epileptisk anfald. På det tidspunkt var klokken omkring 0.00. Det kan godt passe, at CT-scanningen blev gennemført kl. 00.32. Lægen kom efterfølgende tilbage og sagde, at CT-scanningen ikke viste noget, og at der derfor havde været tale om et epileptisk anfald. Hun gjorde selv lægen opmærksom på, at A havde en let ansigtslammelse, idet hans ene mundvig var let hængende. Hertil sagde lægen, at A muligvis havde lidt ekstra spyt efter det epileptiske anfald. Herefter besluttede lægen, at A skulle køres til observation på sygehuset. Lægen gav endvidere A en pille mod epilepsi. Hun sagde til lægen, at der nu var gået to timer siden indlæggelsen, men lægen afviste blank, at der skulle gennemføres en trombolysebehandling. Efter at lægen var gået, talte hun med en sygeplejerske, der godt kunne forstå hendes mistanke om, at der var tale om en blodprop eller en hjerneblødning. Hun bad derfor lægen komme tilbage og gjorde det klart for lægen, at den tidsmæssige grænse for at få en trombolysebehandling nu var ved at være overskredet. Lægen fastholdt imidlertid, at der ikke var grundlag for trombolysebehandling.

Dagen efter om formiddagen kom en anden læge, som undersøgte A På det tidspunkt var der gået 13 timer siden A anfald. Lægen sagde, at han godt kunne forstå mistanken om, at A havde haft en blodprop. Lægen kunne også se, at der var en lille lammelse på højre side af A ansigt. Lægen kom tilbage med noget medicin og sagde, at A skulle forblive på hospitalet. CT-scanningen blev endvidere gennemgået på ny, og det blev her konstateret, at der på CT-scanningen var tegn på en blodprop. Der blev herefter gennemført en MR-scanning, og resultatet heraf bekræftede, at der havde været tale om en blodprop.

Efter at A var blevet udskrevet, talte de med en neurolog, som gav udtryk for forundring over, at A ikke havde fået trombolysebehandling. Et år efter A indlæggelse fik de en samtale med en læge på Hospital 1 Lægen undskyldte for forløbet og sagde, ”Hvis alle andre havde været på arbejde end den pågældende læge, havde han fået trombolysebehandling”.

Lægen oplyste endvidere, at den pågældende læge ikke længere var ansat, ligesom han sagde, "Nogle gange må man tage det personale, man kan få". Hun mener, at de ikke har klaget til Patientombuddet.

Parternes synspunkter

A har procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument, hvoraf fremgår:

"Det gøres overordnet gældende, at Ankenævnets afgørelse af 25. marts 2015 uberettiget og i strid med Retslægerådets besvarelser "kun" har henført ca. 1/3 af det samlede mén til behandlingsskaden.

Ved Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 blev det fastslået, at sandsynligheden for, at sagsøger ville have undgået *en væsentlig del af langtidsfølgerne* efter blodproppen ved rettidig trombolysbehandling, udgør mere end 50%.

Det er således bevist, at "en væsentlig del af langtidsfølgerne" med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis sagsøger havde modtaget behandling i overensstemmelse med den behandling, som en erfaren specialist ville have givet.

Dette er ikke foreneligt med, at Ankenævnet under retssagen fastholder afgørelsen at 26. marts 2015, hvorefter "kun" ca. 1/3 af de varige følger kunne være undgået ved optimal behandling.

Det gøres herunder gældende, at Retslægerådets supplerende besvarelse af spørgsmål 7 udelukker Ankenævnets fordeling af langtidsfølgerne mellem de potentielle skadesårsager (grundlidelse/blodprop og manglende rettidig behandling af samme).

Retslægerådet udtaler således uddybende, at generne ikke kan opgøres i tal, ***men en væsentlig del må antages at udgøre mere end 1/3 af generne*** (min fremhævning).

Der er med Retslægerådets besvarelser i sagen et sikkert og utvetydigt grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets skøn, der dokumenteret er forkert.

Kammeradvokatens bemærkning om, at 15% mén i princippet også er mere end 1/3 af 40%, selvom det i Ankenævnets afgørelse er angivet som ca. 1/3 af generne, bestrides som ufunderet og gør ikke Ankenævnets afgørelse forenelig med Retslægerådets besvarelser. De fastsatte 15% mén er efter afgørelsen netop udtryk for ca. 1/3 af det samlede mén og i øvrigt udtryk for almindelige afrundingsprincipper ved méngradsfastsættelse. 1/3 af 40 % er 12 % eller 15 %, og oprundingen gør ikke afgørelsen forenelig med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 og 7.

Det gøres på denne baggrund principalt gældende, at sagsøger skal have medhold i sin påstand om hjemvisning og dette uanset spørgsmålet om eventuel yderligere bevislættelse.

Ad bevislættelse

Sagsøger gør gældende, at der skal ydes yderligere bevislæmpelse for årsagssagssammenhæng mellem behandlingsfejlen og omfanget af langtidsfølgerne.

Overordnet gøres det gældende, at der er tale om en situation, hvor det er nødvendigt og rimeligt at yde bevislæmpelse, således at Ankenævnets afgørelse tilsidesættes. og sagen hjemvises med henblik på fastsættelse af yderligere mén og afledt økonomisk tab.

For det første er den behandling, A modtog, klart fejlagtig i forhold til normal lægefaglig standard. Den klare fejl er således ansvarspådragende bedømt efter almindelige erstatningsretlige regler. Herudover har fejlen sikkert forøget risikoen for behandlingsskaden, og der er dokumenteret væsentlig skade. Endeligt er der tale om et tvivlsomt tilfælde, hvor det er rimeligt at yde yderligere bevislæmpelse.

Ad fejl og ansvarsbegrundende fejl

Ankenævnet har anerkendt, at behandlingen af sagsøger var fejlagtig (i strid med erfaren specialiststandard), og Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 og 9 medfører, at behandlingen vurderet efter almindelige erstatningsregler ligeledes begrunder ansvar.

Vedrørende den neurologiske vurdering af A den 1. august 2012 på Hospital 1 blev der stillet diagnosen epilepsi. Retslægerådet oplyser til dette ved besvarelse af spørgsmål 5:

"Nej der var ikke tegn på epilepsi. Det der taler imod epilepsi er, at sagsøger var vågen og frembød tegn på afasi, som også beskrevet i journalen. Diagnosen epilepsi var en fejl. CT-scanningen viste tegn på begyndende infarkt i venstre side af hjernen".

Forespurgt til hospitalets vurdering af CT-scanningen vurderet efter almindelig lægefaglig standard (culpa - normal veluddannet radiolog) har Retslægerådet supplerende ved besvarelse af spørgsmål 9 oplyst *"En radiolog med kompetence indenfor det neuroradiologiske område bør kunne erkende dette"*.

Den manglende iværksættelse af trombolyse på grund af forkert diagnose og herunder normafvigende læsning af scanningsmaterialet er således ansvarspådragende efter specialistreglen, jf. anerkendelsen, men der er også

ansvar vurderet efter almindelige erstatningsretlige regler. Det gøres gældende, at "den klare fejl" består i, at den lægelige vurdering af symptomerne er klart forkert allerede fordi neurologen overser klare symptomer på blodprop og efterfølgende mistolker scanningen og derved stiller en forkert diagnose (epilepsi), som der end ikke var lægeligt grundlag for at stille.

At der var en ansvarspådragende fejl bedømt efter almindelige erstatningsretlige regler bestyrkes yderligere af, at personalet, som det fremgår af journalen på Hospital 1 var bekendt med, at sagsøger var disponeret for blodpropper, idet sagsøger i januar 2009 havde været indlagt med lignende symptomer og derfor var ordineret medicin for at forebygge nye blodpropper.

Ad risikoforøgelse

Det gøres gældende, at manglende behandling med rettidig trombolyse sikkert har forøget risikoen for varige gener.

Dette støttes særligt på Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, men også besvarelserne af spørgsmål 1, 3, A, B, C og D.

Ved Rådets besvarelse af spørgsmål 2 fremgår bl.a., at den statistiske sandsynlighed for positiv effekt (af trombolyse ift. risiko for bivirkninger) er større, jo tidligere behandlingen startes.

"Forskellene er alle statistisk signifikante

I beregningen af odds ratio indgik en række faktorer som apopleksiens sværhedsgrad, patientens alder, blodtryk, med mere. Ved en let apopleksi, som den sagsøger fik, vil et godt resultat opnås hos 69 % ved trombolyse mod 59 % uden behandling.

Det gøres i øvrigt gældende, at trombolyse ubestridt var den anerkendte behandlingsform for symptomer på blodprop (let apopleksi), og at det derfor også af den grund er sikkert, at den mangelfulde behandling har forøget risikoen for at øge omfanget af de varige følger.

Ad væsentlig skade

Del kan lægges til grund som ubestridt, at der er indtrådt alvorlig varig skade som følge af behandlingsskaden, uanset om det varige mén fastsættes til 15%, 20%, 30-35% eller 40%+.

Ad tvivlsomt tilfælde hvor det er rimeligt at yde bevislempelse

Det gøres gældende, at korrekt behandling statistisk set signifikant ville have bedret A prognose, og at det er overvejende sandsynligt, at A ved rettidig trombolysbehandling ville have undgået en væsentlig del af langtidsfølgerne, jf. Rådets besvarelse af spørgsmål 2 og 3. Den

konkrete og præcise procentuelle merskade lader sig imidlertid ikke bestemme retrospektivt, jf. Rådets besvarelse af spørgsmål A, B og særligt Ankenævnets spørgsmål C.

Ankenævnets spørgsmål C lød: Såfremt Retslægerådet finder, at A gener som følge af grundsygdommen blev midlertidigt eller varigt forværret, som følge af den forsinkede diagnosticering og trombolysebehandling, bedes Retslægerådet angive et skøn over, hvor stor en del A gener, der kunne være undgået, hvis behandlingen var iværksat rettidigt.

Retslægerådet bedes begrunde svaret, herunder angive om svaret er behæftet med usikkerhed samt hvori denne eventuelt består.

Rådet henviser i besvarelsen alene til besvarelse af spørgsmål 3, hvorefter: Sandsynligheden for, at sagsøger ville have undgået en væsentlig del af langtidsfølgerne efter blodproppen, vurderer retslægerådet til mere end 50%.

Det lægger således fast, at "en væsentlig del af følgerne" ville være undgået ved korrekt behandling, og at en væsentlig del, jf. besvarelse af spørgsmål 7, er mere end 1/3 af de samlede langtidsfølger, men Rådet kan ikke herudover sætte sikre procenter på omfanget.

Der er således ikke tvivl om, at Ankenævnets skønssafgørelse er forkert. Det er dokumenteret, at det varige mén efter behandlingsskaden udgør *mere* end 1/3 af de samlede gener. Det, der er sværere at bestemme, er det præcise omfang af merskaden. Efter almindelige erstatningsretlige principper bør merskaden med Retslægerådets udtalelser skønsmæssigt fastsættes til 1/2, 2/3 eller 1/1 af de samlede langvarige følger. Dette bør samtidigt medføre, at de økonomiske følgetab skal fordeles tilsvarende.

Det gøres i øvrigt gældende, at årsagen til bevisusikkerheden skyldes hospitalets ansvarspådragende fejldiagnose og manglende trombolysebehandling. og at det herefter kun er rimeligt, at "bevisusikkerheden" ikke lægges A til last, men hospitalet.

Et andet resultat ville betyde, at hospitalet drager fordel af den bevisusikkerhed, der flyder af hospitalets klare fejl. Dette ville være klart urimeligt og i strid med lovens overordnede formål.

Ad bevislættelse - generelt

Selv om kriteriet "overvejende sandsynlighed" lader sandsynlighedsberegningen få en mere fremskudt plads ved kausalitetsvurderingen end i den almindelige erstatningsret, udelukker dette ikke, at der også kan tages hensyn til sådanne andre forhold, som efter almindelige bevisretlige principper kan medføre en lempelse af kravet til bevis

for årsagssammenhæng, jf. von Eyben, Patientforsikring. side 89, og det kursiverede fra forarbejderne.

Før Patientforsikringsloven var det, vedrørende fejl, Højesteretspraksis, at patientens bevisbyrde for årsagssammenhæng mellem den behandlende læges dokumenterede fejl/uagtsomhed og patientens skade var lempelig. Efter U.1965.680H og U.1967.828H gik Højesteret et skridt videre og vendte de facto bevisbyrden. Det krævedes imidlertid, at patienten i overensstemmelse med det normale bevistema for uagtsomhed beviser, at en eller flere bestemte lægelige handlinger eller undladelser er uagtsomme, at disse handlinger eller undladelser forøger risikoen for en bestemt alvorlig skade, og at en sådan skade faktisk indtræder. Er disse krav opfyldt, skal indstævnte bevise, at årsagen til patientens skade ikke er den behandlende læges uagtsomhed. Kan indstævnte ikke løfte denne bevisbyrde, har patienten krav på fuld erstatning, jf. Talevskis, Juristen nr. 1, 2009. "Bevisbyrden i sager om lægers erstatningsansvar".

At tidligere Højesteretspraksis om bevislempelse for årsagssammenhæng ved (ansvarspådragende) fejl, der har forøget risikoen for efterfølgende indtrådt skade, er videreført under Patientforsikringsloven (og KEL), fremgår endvidere af nyere Højesteretspraksis, f.eks. U2002.1690/2, U2009.1835H, U2009.2376H, og U2010.408H. De 2 sidstnævnte afgørelser følger linjen og er udtryk for, at Højesteret uanset bevislempelsen kunne bortse fra muligheden for årsagssammenhæng, idet indstævnte konkret havde *godtgjort*, at der ikke var årsagssammenhæng mellem fejl og skade. Kravet til Ankenævnets bevisbyrde i situationen er betydeligt, idet retten "skal kunne bortse fra muligheden" for årsagssammenhæng mellem fejl og skade. Beviskravet er således tæt på 1:1."

Ankenævnet for Patienterstatningen har procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument, hvoraf fremgår:

"Det gøres overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 25. marts 2015, og at den ved afgørelsen udmålte erstatning dækker A erstatningsberettigede tab som følge af den anerkendte patientskade.

A har bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse, herunder for, at han er berettiget til yderligere erstatning og godtgørelse som følge af den anerkendte patientskade.

Det må ved bedømmelsen tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægefaglig baggrund, og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager – herunder om udmåling af erstatning efter klage- og erstatningsloven. Der skal derfor være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Det gøres gældende, at A ikke har løftet bevisbyrden herfor.

Der er mellem parterne enighed om, at behandlingen af A på Hospital 1 den 31. juli 2012 og frem ikke var i overensstemmelse med den behandling, som den erfarne specialist ville have givet.

Ved afgørelse af 25. marts 2015 tiltrådte ankenævnet Patienterstatningens afgørelse af 21. november 2013, hvorefter Patienterstatningen vurderede, at skaden i form af suboptimal behandling af en blødning eller blodprop i hjernen er omfattet af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, idet behandlingen afveg fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i situationen. Den optimale behandling havde således været, at A var blevet set og vurderet af trombolysevagten, og derefter var blevet tilbudt trombolysebehandling.

Ankenævnet ændrede samtidig Patienterstatningens vurdering af det samlede mén. Ankenævnet fandt således, at A afasi, der har medført kommunikationsproblemer, hans øgede træthed og hans kognitive gener i form af nedsat hukommelses- og koncentrationsevne samt nedsat overblik har medført et samlet varigt mén på i alt 40 %.

Ankenævnet vurderede, at ca. 1/3 af det varige mén på 40 % kunne være undgået, hvis der var sket en optimal behandling af hjerneblodproppen. På den baggrund vurderede ankenævnet, at den del af det varige mén, der kunne henføres til patientskaden, udgjorde ca. 15 %.

Der er ikke ved det for retten tilvejebragte bevis tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte denne vurdering.

Det er herunder ikke dokumenteret, at A ikke ville have haft varige mén ved en tidligere iværksat trombolysebehandling. Derimod har Retslægerådet udtalt (svaret på spørgsmål A), at A gener i form af talebesvær, træthed og nedsat udholdenhed skyldes en kombination af grundsygdommen i form af en blodprop i hjernen og den forsinkede diagnosticering og trombolysebehandling.

Retslægerådet har samtidig i udtalelse af 22. december 2016 ved besvarelsen af spørgsmål 3 vurderet, at sandsynligheden for, at A ville have undgået en væsentlig del af langtidsfølgerne efter blodproppen, er mere end 50 %. Svaret skal dog også læses i sammenhæng med Retslægerådets svar på spørgsmål A, hvor rådet angiver, at følgerne efter blodproppen *muligvis* kunne være *mindsket* ved rettidig trombolysebehandling.

Herudover har Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål B angivet, at følgerne af blodproppen blev mere udtalte, end hvis der var givet rettidig

trombolysebehandling.

Udtalelsen støtter ankenævnets vurdering, hvorefter ca. 1/3 af de varige følger kunne være undgået ved rettidig diagnosticering og behandling. I den sammenhæng kan det oplyses, at en ca. 1/3 efter ankenævnets opfattelse også er en væsentlig del af følgerne efter blodproppen.

A angiver, at Retslægerådets svar på spørgsmål 7 udelukker ankenævnets skønsmæssige fordeling af langtidsgenerne mellem grundlidelsen og den forsinkede diagnosticering. A henviser i den sammenhæng til denne formulering:

”Disse gener kan ikke opgøres ved et tal, men en væsentlig del må antages at udgøre mere end en tredjedel af generne.”

Det bestrides, at der på baggrund af dette svar fra Retslægerådet foreligger det fornødne grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Som det fremgår af Retslægerådets svar, lader generne sig ikke opgøre. Retslægerådets svarer således forbundet med en ikke ubetydelig usikkerhed, jf. også svaret på spørgsmål A. Herudover skal det fremhæves, at A er tilkendt 15 % i varig mén ud af et samlet varigt mén på 40 %, hvilket i princippet også er mere end 1/3, selvom det i ankenævnets afgørelse er angivet som ca. 1/3 af generne.

Retslægerådets udtalelser giver derfor ikke – med den fornødne sikkerhed – grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse. Der er tale om en skønsmæssig vurdering, hvorved der er forbundet en ikke ubetydelig usikkerhed, og ankenævnets vurdering må – også henset til Retslægerådets besvarelser – anses for at ligge inden for ankenævnets skønsmargin.

Bevislempelse og de fremsatte opfordringer

Det følger af Højesterets praksis, at kravene til beviset for årsagssammenhæng kan lempes i tvivlsomme tilfælde, hvis der klart er begået en fejl, der er erstatningspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kan have forårsaget skaden.

Bevislempelse er imidlertid ikke relevant, hvis det ikke er sandsynligt, at den begåede fejl har forårsaget skaden.

Ankenævnet bestrider, at der er grundlag for at antage, at der er begået en klar ansvarspådragende fejl i forbindelse med behandlingen, samt at der gælder en omvendt bevisbyrde i et sådant tilfælde.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 5 og 9 anført, at diagnosen epilepsi var en fejl, samt at en radiolog med kompetence indenfor dette

område burde kunne erkende, at A ved indlæggelsen havde tegn på begyndende iskæmi. A har med henvisning til dette gjort gældende, at der er tale om en klar fejl, der begrundet bevislempelse.

Det bestrides, at dette forhold skulle begrunde bevislempelse i sagen. Det angivne forhold er ikke tilstrækkeligt til, at der er tale om en klar ansvarspådragende fejl, og at der dermed skal ske bevislempelse.

På baggrund af Retslægerådets udtalelse må det endvidere anses for veldokumenteret, at A – selv ved korrekt diagnosticering og rettidig trombolysebehandling – ville have pådraget sig betydelige følger.

Hvis retten måtte finde, at der er grundlag for bevislempelse, gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets skønsmæssige vurdering, hvorefter ca. 1/3 af de varige følger kunne være undgået ved rettidig behandling.

Bevislempelse kan ikke i sig selv føre til, at alle A varige følger skal henføres til patientskaden, ligesom der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte ankenævnets skønsmæssige vurdering og fordeling af følgerne efter henholdsvis grundlidelsen og forsinkelsen af behandlingen.”

Under hovedforhandlingen har Ankenævnet for Patienterstatningen endvidere gjort gældende, at den beskrevne praksis om bevislempelse under alle omstændigheder ikke er relevant i en situation som den foreliggende, hvor det er anerkendt, at der er forvoldt en patientskade.

Rettens begrundelse og afgørelse

Det er ubestridt, at A er blevet påført en patientskade i form af manglende trombolysebehandling af den blodprop, som han fik den 31. juli 2012, jf. herved § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Ankenævnet for Patienterstatningen har vurderet, at den samlede méngrad efter blodproppen udgør 40 %, og at en méngrad på 15 % kan henføres til patientskaden. Hovedspørgsmålet under sagen er, om méngraden som følge af patientskaden kan fastsættes til mere end 15 %.

Det er skadelidte, der skal bevise årsagsforbindelsen mellem behandlingen og skaden. Som fastslået i retspraksis, jf. blandt andet UfR 2011.1019 H, kan kravene til bevis i tvivlsomme tilfælde dog lempes, hvis der klart er begået fejl, som er ansvarspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kan have forårsaget skaden. Den nævnte retspraksis må forstås således, at muligheden for under de anførte betingelser at lempe bevisbyrden også er til stede, når tvisten som i den foreliggende sag angår, hvor stor en del af de samlede skader der er forvoldt af behandlingen.

Efter en samlet vurdering af de foreliggende oplysninger finder retten, at den manglende trombolysebehandling af A udgjorde en klar fejl, som er ansvarspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler. Der er herved lagt vægt på, at A blev indlagt med bl.a. hovedpine og sprogveskkeligheder, og at han på indlæggelsestidspunktet var i behandling for forhøjet blodtryk og tidligere havde haft en forbigående blodprop i hjernen. Endvidere er der lagt vægt på, at der ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 ikke var kliniske tegn på at stille diagnosen epilepsi, og at CT-scanningen ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9 viste tegn på begyndende iskæmi, hvilket en radiolog med kompetence inden for det neuroradiologiske område burde kunne erkende.

Spørgsmålet er herefter, om det under hensyn til den heraf følgende bevislempelse kan anses for godtgjort, at en méngrad på mere end 15 % kan henføres til patientskaden.

Efter udtalelserne fra Retslægerådet, jf. navnlig svaret på spørgsmål 3, 7, A og B, kan det lægges til grund, at A nuværende gener skyldes en kombination af patientskaden og grundsygdommen (blodproppen), hvis følger muligvis kunne have været mindsket ved rettidig trombolysebehandling, at A med en sandsynlighed på mere end 50 % ville have undgået en væsentlig del af langtidsfølgerne efter blodproppen, hvis han havde fået trombolysebehandling, og at en væsentlig del af de samlede gener må antages at udgøre mere end 1/3 af generne.

Den méngrad på 15 %, som Ankenævnet for Patienterstatningen har anerkendt, svarer til mere end 1/3 af den samlede méngrad på 40 % og må tillige anses for at udgøre en væsentlig del af den samlede méngrad. Endvidere giver Retslægerådets svar ikke grundlag for nærmere at fastslå, om og i givet fald med hvilken grad af sandsynlighed den manglende trombolysebehandling kan have forvoldt eksempelvis 1/2 eller 3/4 af de samlede skader. På baggrund heraf er det uanset den anførte bevislempelse ikke godtgjort, at méngraden som følge af patientskaden udgør mere end 15 %.

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes derfor.

Efter sagens værdi, der efter det oplyste kan opgøres til cirka 1.025.000 kr., samt sagens omfang og forløb skal A i sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen betale 75.000 kr.

Thi kendes for ret:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

I sagsomkostninger skal A inden 14 dage betale 75.000 kr. til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Thomas Raaberg-Møller
Dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Roskilde, den 8. oktober 2018.

Dorthe Christiansen, kontorfuldmægtig