



## Udskrift af dombogen

### DOM

Afsagt den 2. maj 2018 i sag nr. BS 13-981/2016:

A

mod  
Ankenævnet for Patienterstatningen  
Styrelsen for Patientsikkerhed Sekretari  
Finsensvej 15  
2000 Frederiksberg

### Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, der er anlagt den 6. maj 2016, drejer sig om, hvorvidt sagsøger, A, i forbindelse med behandling på Sygehus 1 fra den 25. juli 2014 pådrog sig en skade på sig højre hånd af en sådan karakter, at kriterierne for anerkendelse som en erstatningsberettiget skade i medfør af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1 og nr. 4, er opfyldt, og om sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, skal tilpligtes at anerkende dette i modsætning til afgørelsen herom af 23. november 2015.

A har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at sagsøger A er påført en patientskade den 31. juli 2015 på Sygehus 1 omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1 og/eller nr. 4.

Ankenævnet for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse.

### Oplysningerne i sagen

A blev den 25. juli 2014 indlagt på Sygehus 1 i forbindelse med et hjertestop. I forbindelse med indlæggelsen indtrådte den 31. juli 2014 endnu et hjertestop, hvor A blev genoplivet.

Af journaludskrift fra Sygehus 1 fremgår blandt andet:

” ...  
25.07.14 17:53, Læge 1, Overlæge,  
Overafd. Sygehus 1

**Præhospitalt notat**

Alarmtidspunkt: 25.07.14 17:53

Alarmmelding: Bevidstløs

78-årig herre, der pludselig falder om med hjertestop.

Bystander HLR ydes af tilstedeværende, der så ham falde om.

Guides af AMK.

Primærambulancen ankommer 6-7 min. inden os og finder ventrikelflimmer, der afgives i alt 3 stød og således professionel HLR i 6 min. inden vores ankomst.

Ved vores ankomst er der stadigvæk ventrikelflimren og der gives AHLR i overensstemmelse med guidelines.

...

Ved de første 3 rytmetjek efter vor ankomst er der stadig ventrikelflimren, hvorfor der hurtigst muligt gives inj. Cordarone først 300 mg i.v. og herefter 150 mg i.v. Der gives inj.

Magnesium 2 mmmol i.v.

Efter i alt 6 stød konverteres til svær bradyvardi tilstrækkelig egen cirkulation, hvorfor der gives der ekstra 2 min HLR.

Herefter startes ekstern pacering med frekvens 70 og output på 95.

Herpå tydelig mekanisk capture og tilfredsstillende cirkulation når kredsløbet understøttes af 5 mmol Calciumklorid i.v.

Ledsager kørsel 1 til card. Sygehus 1. Under transporten støtteventileres pt., da han har egen cirkulation med en frekvens omkring 20.

...

25.07.14 19:46, Læge 2, Overlæge,  
Overafd. – Sygehus 1

**Kardiologisk laboratorium notat**

...

Arbejdsdiagnosen er primær arytmi sekundært til patientens dilaterede kardiomyopati. Skal dog udelukkelse af cerebral katastrofe have foretaget CTC.

...

29.07.14 10:50, Læge 3, Læge,  
Overafd. – Sygehus 1

**Journalnotat**

...

Den 26.07. kl. 23.09 fik pt. monomorf VT på intensiv og bliver stødt til SR.

Efterfølgende blev opstartet Cordarone. Siden da har pt. været rytmestabil fraset multifokale VES.

Pt. har haft stigende infektionstal og har opstartet behandling for aspirationspneumoni. Her afbril.

Arbejdsdiagnosen er primær arytmi sekundært til patientens

dilaterede kardiomyopati. Skal dog udelukkelse af cerebral katastrofe have foretaget CTC.

...

31.07.14 10:55 Læge 3 , Læge,  
Overafd. — Sygehus 1

### Journalnotat

Pt. fik hjertestop her til morgen. Havde haft korte løb af non-sustained VT i nat. Her til morgen VES og efter sustained monomorf VT. Der var ikke bradykardi forinden. Pt. fik efterfølgende klinisk hjertestop. Der blev iværksat Hjertelungeredning med det samme og givet i alt 9 stød, initielt på monomorf VT, efterfølgende ventrikelflimren og til sidst på monomorf VT. ROSC-tid på ca. 25 min.

Undervejs havde pæn CO<sub>2</sub>-mængde i udåndingsluften. Der blev givet Adrenalin og Cordarone i alt 450 mg samt bolus Lidicain. Pt. fik ROSC og havde SR med frekvens på 45-50. Havde egale femoralis- og radialispulse.

...

31.07.14 13:00, Læge 4 , Læge,  
Overafd. Sygehus 1

### Intensiv, journalnotat

#### Aktuelt

Hjertestop.

#### Vurdering

Kaldt til hjertestop kl. 10.24.

Der er ved undertegnedes ankomst påbegyndt hjertelungeredning. Ventilationen overtages, der er en del ventrikellindhold at suge fra munden. Efter godt 3 stød intuberes patienten glat med tube 8,0 med stilette. St p med egalt luftskift bilat. Er noget svær at ventilere, men giver sig gradvist. Har formentlig aspireret til lungerne.

CO<sub>2</sub> måler påsættes og ETCO<sub>2</sub> ligger på 7.

Der gives i alt 450 mg cordarone, 80 mg lidokain og magnesium. Efter 9. stød (alle gange monomorf VT) konverterer pt til SR, 35/min. Således ROSC efter ca 25 min. Der afstås fra KAG, da hjertestoppet vurderes at være udløst af en primær arytmi. Køres på intensiv til yderligere stabilisering.

...

Der anlægges CVK, 5 løbet i v. jugularis int dxt. Ultralydsvejledt, glat. Bevæger alle fire ekstremiteter samt tager efter tuben. Mistanke om at venflonen på højre håndryg er gået subcutant og der anlægges et nyt i venstre albue.

Rgt. thorax med velplaceret tube, V-sonde og CVK. Ingen tegn

til pneumo- eller hydrothorax.

...

Højre hånd tiltagende misfarvet og kold. Karkirurgisk tilsyn udbedt.

...

31.07.14 15:45, Læge 5, Læge,  
Overafd. — Sygehus 1

## Tilsyn

### Aktuelt

Tilsyn udbedt idet pt. har udviklet hævelse af hø. under ekstremitet og kølig hånd. Blåcyanotisk fra distalt på underarmen og ud over hånden.

Pt. indlagt på Afdeling igennem en lille uge, primært indlagt efter hjertestop. Blev genoplivet, og pt. var så småt ved at rette sig igen men får nyt stop i dag omkring kl. 12. Herefter ny genoplivning, hvor der gives en mængde stoffer i perifært venflon der normalt skal gives i CVK. Under proceduren er pt. ved at vågne, og man har indtryk af, at Propofol ikke længere løber ind.

### Objektivt:

Distale underarm og hånd findes blåcyanotisk og køling. Ved tryk på pulpa bliver denne hurtigt blå igen. Der er ved hånddoppler godt signal i såvel arteria radialis som ulnaris. Ligeledes god, palpatel puls i arteria radialis.

### Vurdering

Hånden let iskæmisk med baggrund i venøs stase efter genoplivning. Pt. alment ganske dårlig. Ingen karkirurgiske interventionsmuligheder.

...

04.08.14 12:50, Læge 6, Læge, Overafd.  
— Sygehus 1

## Journalnotat

...

Efter hjertestop fpr 4 dage siden udviklet aspirationspneumoni. Pt. får ikke Metronidazol, og der ses d.d. stigende infektionstal CRP fra 97 til 160 og stigning i leukocytter til 17,2.

Er afebril 37,4.

I forbindelse med hjertestop fået i alt 450 mg Cordarone, og dette løbet subkutant, hvor der nu ses på hø. OE udtalte bulla og pulpa på 2.-4. er blevet meget blålig og spidserne er ved at nærme sig nekrose.

Der er ingen palpabel puls i arteria radialis ulnaris eller i fossa

cubiti.

Underarmen og overarmen er ødematøs med øget omfang på 10 cm i forhold til ve. OE.

...

Plan

Pt. får aktuel i.v. Cordarone sv.t. 1.200 mg i døgnet.

Siden den 26.7., hvor pt. fik første gang Cordarone, er det nu regnet frem til, at han i nat kl. 24 vil have modtaget i alt 9150 mg Cordarone (inkl. de 450 mgt. subkutan).

Fortsætter således i.v. Cordarone til og med i morgen, hvor han vil være oppe på 10 g Cordarone, hvorefter det skal reduceres.

Pt. kører fortsat enkelte non-sustained løb af VT, men mærker intet til dette.

..."

Af yderligere journal for samme periode fremgår blandt andet:

"...

28.07.14 22:00, Sygeplejerske 1, Sygeplejerske,  
Overafd. Sygehus 1

### **Venekanyle, obs og pleje**

#### **Venekanyle, obs og pleje**

Forbinding skiftet.

Ingen infektionstegn.

Da der skulle gives AB kl. 01 var venflon meget utæt.

Forbinding taget af og veneslange sat ordentligt på plads og ny forbinding anlagt. Dette mgv. Obs om venflon alligevel skal skiftes mane.

...

29.07.14 10.09, Sygeplejerske 2, Sygeplejerske,  
Overafd. Sygehus 1

#### **Venekanyle, obs og pleje**

Ingen infektionstegn.

Skyllet.

...

29.07.14 22.55, Sygeplejerske 3, Sygeplejerske,  
Overafd. Sygehus 1

...

### **Venekanyle (venflon/pvk)**

#### **Anlæggelse af venekanyle**

Udført iflg. instruks.

Dato: 29.07.14 10:08

Indikation: Iv-behandling

Indikation: Overvågning

Rød højre hånd

**Fjernelse af venekanyale**

Venekanyale løbet subcutant

Dato: 29.07.14 23:37

...

31.07.14 09.20, SOSU-elev 1, Social- og  
sundhedsassistentelev, Overafd. Sygehus 1

...

**Venekanyale (venflon/pvk)**

**Anlæggelse af venekanyale**

Udført iflg. instruks.

Dato: 29.07.14 23:38

Indikation: Iv-behandling

Indikation: Overvågning

**Fjernelse af venekanyale**

Venekanyale løbet subcutant

Dato: 31.07.14 09:21

...

08.08.14 21.00, Læge 7, Læge,  
Overafd. Sygehus 1

**Journalnotat**

Pt.s højre arm og hånd tilses.

Uændret øm. Ødematøs. Ikke rødme. Der ses store bullae både på volar og dorsal side af hånd og håndled. Mørkfarvede. Indtryk af små mængder gullig, evt. purulent væske ind i den ene bulla. Bulba og fingerspidserne i fingrene 2, 3 og 4 nærmest sorte, kølige. Palpable puls sv.t. a. radialis.

Der bliver taget 2 billeder, ses under arkiv i EPJ.

Konf. med karkirurg. Problemet er sandsynligvis truende nekrose pga. forhindret venøs tilbageflow pga. ødem. Ingen karkirurgisk tilbud. Videre konf. med ortopedkirurg, som anbefaler fornyet kontakt i morgen formiddag (der er evt. også håndkirurg på vagt senere i morgen). Skal senest vurderes af håndkirurg på mandag. Anbefales at tage nye billeder i morgen for at vurdere evt. udvikling.

...

09.08.14 14.58, Læge 8, Læge,  
Overafd. Sygehus 1

**Journalnotat**

Ortopædkirurgisk tilsyn.

Hævelse af højre hånd siden subkutan infusion af Cordarone d. 31/

7. I profylaktisk antibiotisk beh. Tilset af karkirurger som finder sufficient arteriel forsyning svt. a. radialis/ulnaris. Ingen smerteklager.

Objektivt

Svært ødem af høj. hånd. Spændte bullae evt. Dorsalsiden af håndryg, i tenarregionen, dorsalsiden 1. fingers grundstykke, volarsiden af 2. finger distalt, nærmest circumferentielt svt. distale 3. finger og lateralt svt. 5 fingers grundstykke (se venligst billedmateriale i Arkiv). Puls i a. Ulnaris. Norm kapillærrespons. Sensibilitet: Ingen sensibilitet for berøring svt. til distale 3. phalanx, ellers normal. Ingen tegn på at ødement har udløst carpaltunnelsyndrom.

Vurdering: høj. hånd med ødem pga. hævelse omkring håndled efter subkutan medikamentel infusion.

Har konfereret pt. med håndkirurg, Læge 9 . På baggrund af billedmaterialet og beskrivelsen vurderes der behov for kirurgisk aflastning af bullae.

Der gøres på stuen, med ren teknik og sterile instrumenter, opklipning af bullae. Kun serøs væske, ingen pus. Der er ikke helt velafgrænsede nekroser svt. pulpa af 2.+3. finger, kun sensibilitetstab på 3. finger. Ellers fremstår underhuden ødemtøs, men vital.

...

Plan:

1. Sårtilsyn og skift ved Ortopædkirurgisk bagvagts i morgen. Ser det fint ud, så efterfølgende håndkirurgisk tilsyn på afd. eller i håndkirurgisk ambulatorium først på ugen.
2. For at imødegå ødem, eleveres hånden i hængebandage. Hvis pt. begynder at få tiltagende smerter af elevationsbeh. bør den ophøre.
3. Anbefales at pt. fortsætter med antibiotika der som minimum dækker staf. aureus.
4. Der skal sendes en henvisning til håndkirurgisk sektor mhp. tilsyn først på ugen.

..."

Efter forløbet og på baggrund af skaden på hånden, anmeldte A's advokat skaden til Patienterstatningen den 2. december 2014. Af selve anmeldelsen af skaden fremgår blandt andet, at skaden skyldes forkert anlagt drop i højre hånd til indgivelse af Cordarone, hvorved dette lægemiddel trængte ud i hånden, den 31. juli 2014. Der fremgår videre, at skaden forårsagede problemer med brugen af højre hånd samt at fingerspidserne på højre hånds lang- og ringfinger mistedes.

Patienterstatningen sendte den 12. januar 2015 bemærkningerne fra

Sygehus 1 til A's advokat til eventuelle bemærkninger med frist til den 26. januar 2015. Af skemaet fremgår, at behandlingsstedet anerkender, at den 31. juli 2014 skete en skade. Af skemaet fremgår i øvrigt blandt andet:

”...

Hvilken skade er der opstået, og hvordan opstod den?  
Cordaroneinfusion i højre arm løb subcutant, og anledning til nekroser. Skaden opstod i forbindelse med genoplivning (se under punkt 7).

...

7. Evt. bemærkninger til sagen:

Der var tale om hjertestop på stuen med VT-storm. Der blev givet 9 stød og genoplivningen varede i 25 min. Da behandlingen var uopsættelig af hensyn til patientens overlevelse, blev der givet bolus cordarone i perifer venflon. Der var ikke mulighed for CVK-anlæggelse. Skaden blev opdaget straks, og kardiologisk bagvagt blev tilkaldt, da patienten kom på intensiv efter vellykket genoplivning.

...”

Patienterstatningen traf den 7. april 2015 afgørelse om, at A ikke var berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, idet betingelserne i lovens § 20, stk. 1, nr. 1 til 4, ikke er opfyldt. Det fremgår af afgørelsen blandt andet:

”...

### Sagsfremstilling

Advokatfirma har på vegne af A søgt om erstatning, fordi man i forbindelse med hjertestop-behandling gav medicinen i en venøs adgang i hånden frem for – som I mener retningslinjerne tilsiger – at give det via en adgang i en halsvene (CVK). Det er oplyst, at A fortsat har symptomer i sin højre hånd.

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

A, der har kronisk hjertesvigt (dilateret kardiomyopati) med nedsat hjertepumpefunktion med en EF på 30-35% (hjertets uddrivningsfraktion, som normalt ligger mellem 50-70%), blev 25. juli 2014 indlagt på Sygehus 1, fordi han havde fået hjertestop. Han blev genoplivet med LUCAS-brystkompressionssystemet, og pådrog sig i forbindelse med behandlingen brud på brystbenet og flere

ribben. Han fik lavet en røntgenundersøgelse af sine kranspulsårer (KAG), der ikke viste nogle sikre forsnævringer af kranspulsårerne.

Den 28. juli 2014 vågnede A op af sedationen, A havde en venekanyale i sin hånd, som blev tilset dagligt. Den 29. juli 2014 blev venekanylen skiftet, fordi hånden var generet af, at der var løbet medicin ud i underhuden.

Den 30. juli 2014 blev A undersøgt af en ergoterapeut. Han havde umiddelbart nedsat finmotorik i sine fingre. Han havde svært ved at samle ting op fra bordet, og havde svært ved at holde om tingene selvom han havde en god styrke i armene.

Man planlagde anlæggelse af en ICD-enhed. Han var under indlæggelsen hjertemonitoreret. Den 31. juli 2014 var venekanylen på ny løbet ud i underhuden. Han fik på ny hjertestop. Han blev genoplivet, stødt 9 gange, og fik blandt andet Cordarone i sit venekateter i højre hånd. Under forløbet løb medicinen ud i underhuden. Efterfølgende var hånden præget af væskende papler. Han blev udskrevet 23. august 2014 til videre ambulans behandling.

Den 10. september 2014 blev han indlagt, fordi han på ny havde fået hjertestop og havde fået stød fra ICD-enheden.

A havde efterfølgende et længere forløb med behandling af sår på sin hånd. Han er efterfølgende blevet undersøgt af håndkirurgerne, der har konstateret epidermolyse. A går efter det oplyste fortsat til behandling for sine gener i hånden, og behandlingen forventes afsluttet i april 2015.

### Begrundelse

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 sandsynlighed 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.

Vi vurderer, at behandlingen på Sygehus 1  
var i overensstemmelse med den behandling,  
som en erfaren specialist ville have foretaget.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at det var i overensstemmelse med den erfarne specialiststandard 25. juli 2014 og frem at give den livsnødvendige medicinske behandling via en adgang i hånden. Vi har lagt vægt på, at A havde fået hjertestop, og tidsfaktoren er meget væsentlig. Det er således afgørende, at patienten i den situation får medicinen så hurtigt som muligt. Anlæggelse af en intravenøs adgang via halsvenen er tidskrævende, fordi proceduren nødvendiggør sterile omgivelser, anvendelse af sterilt udstyr, herunder et manometer til måling af venetryk, ultralydsapparat, og efterfølgende røntgenkontrol med henblik på placering af venekateteret. Ved det indledende hjertestop 25. juli 2014 var der således ikke grundlag og mulighed for at anlægge et centralt venekateter til indgift af den livsnødvendige medicin.

Vi vurderer heller ikke, at der ikke var grundlag for at anlægge en central intravenøs adgang efterfølgende til eventuel brug ved senere hjertestop. Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at der er risici forbundet med anlæggelse af et centralt venekateter, og at der ikke var grundlag for at forvente yderligere hjertestop.

Endelig vurderer vi, at venekateteret i A's hånd blev tilset dagligt og udskiftet i overensstemmelse med retningslinjerne herfor.

Der opstod således en hændelig komplikation til hjertestop-behandlingen i form af gener i A's højre hånd efter den livsnødvendige medicinske hjertestop-behandling. Hændelige komplikationer vurderes i henhold til følgende bestemmelse:

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der ved undersøgelse eller behandling sker en skade i form af en infektion eller en anden komplikation, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning for en skade, som skyldes behandlingen, hvis skaden er meget sjælden og meget alvorlig i forhold til den sygdom, patienten blev behandlet for. Men reglen betyder også, at patienten ved

behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

Vi vurderer, at A's skade i form af epidermolyse i højre hånd ikke går ud over, hvad A med rimelighed må tåle som led i behandlingen af sin sygdom.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at han blev behandlet for hjertestop, og at han uden den livsnødvendige intravenøse medicinske behandling ved Cordarone ville være død. Komplikationen i form af fortsatte gener i højre hånd er derfor ikke tilstrækkelig alvorlig set i forhold til hans alvorlige og potentielt livstruende tilstand. A er derfor ikke berettiget til erstatning.  
...

Patienterstatningens afgørelse blev den 9. juni 2015 indbragt for Ankenævnet for Patienterstatningen, der den 23. november 2015 tiltrådte Patienterstatningens afgørelse af 7. april 2015. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

”...

### Begrundelse og resultat

...

For så vidt angår den intravenøst givne medicin skal ankenævnet bemærke, at A under den første del af indlæggelsen havde venøs adgang i form af et CVK (centralt venøst kateter), hvilket er rutine under behandling på et intensivt afsnit, hvor der indgives vasoaktive farmaka. Et CVK giver dog øget risiko for blandt andet alvorlige infektioner, hvorfor det er i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist vil handle, at seponere dette kateter når der ikke længere er behov for intravenøs medicinerings med vasoaktive farmaka. Det på A's højre underarm anlagte PVK (perifert venøst kateter) var anlagt i henhold til afdelingens instruks den 29. juli 2014. Der er intet i journalmaterialet, der giver mistanke om, at PVK'et ikke skulle være anlagt korrekt. Det er i journalmaterialet angivet, at der i døgnet frem til kl 06.00 den 31. juli 2014 var indgivet 445 ml væske i denne PVK. En så stor mængde væske kan kun indgives, såfremt PVK'et er velfungerende. PVK'et havde således med overvejende sandsynlighed været velfungerende frem til tidspunktet for hjertestoppet den 31. juli 2014. A fik hjertestop siddende i en kørestol, og det er ankenævnets vurdering, at placeringen af PVK'et med overvejende sandsynlighed er sket ved den efterfølgende forflytning af A i livløs tilstand.

Det er således ankenævnets vurdering, at det var i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet at seponere CVK ved overflytning fra intensiv afsnit til hjertemedicinsk afdeling B, samt at anlægge PVK. Den opståede skade findes ikke med overvejende sandsynlighed at være opstået som følge af forkert anlæggelse af kateteret.

...

Det er på denne baggrund ankenævnets vurdering, at den opståede skade er en hændelig komplikation, der kan indtræde selv ved behandling, der er udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

Ankenævnet for Patienterstatningen finder, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Der er herved lagt vægt på, at A er kendt med dilateret kardiomyopati (kronisk hjertesvigt) gennem mange år, med EF målt lidt vekslende til mellem 20 og 35 %. Dette er en kronisk og sædvanligvis fremadskridende sygdom med en ikke ubetydelig risiko for at afgå ved døden ofte som følge af maligne arytmier (hjertestop), således som A oplevede den 25. juli 2014. Behandling af hjertestop omfatter både hjertelungeredning, DC-stød og indgift af medicin. Alle dele af denne behandling er vigtige og nødvendige. Undladelse af behandling af A's hjertestop havde med helt overvejende sandsynlighed medført, at han var afgået ved døden. Behandlingen med medicin igennem et PVK var således et nødvendigt led i behandling af en meget alvorlig lidelse.

...

Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder finder ankenævnet, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig set i forhold til A's alvorlige grundlidelse, og hans gener som følge af skaden findes ikke at være mere omfattende end, hvad han med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder.

...”

Sagen har under forberedelsen været forelagt Retslægerådet, der den 2. maj 2017 afgav udtalelse efter behandling i Rådet ved overlæge Læge 10, professor Læge 11 og overlæge Læge 12. Af udtalelsen fremgår blandt andet:

”...

### **Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det er Retslægerådets*

opfattelse, at <sup>A</sup> under indlæggelse på Sygehus <sup>1</sup> den 25. juli 2014 og frem har pådraget sig en skade på højre hånd.

Ja, det er Retslægerådets opfattelse, at sagsøger har pådraget sig en skade på højre hånd under indlæggelsen på Sygehus <sup>1</sup> den 25.07.14 og frem.

### Spørgsmål 2:

*Retslægerådet anmodes om at besvare, hvorvidt den behandling, som <sup>A</sup> har fået, har været i overensstemmelse med almindelige anerkendte lægefaglige retningslinjer, herunder hvorvidt disse retningslinjer – under de givne forhold – ville have medført en anderledes/ændret ordination af Cordarone, der blev ordineret intravenøst i perifært anlagt kateter indlagt i højre hånd i forbindelse med <sup>A</sup>'s fornyede hjertestop den 31. juli 2014, idet det bør tages i betragtning, at tidligere i højre hånd perifært anlagt kateter var blevet skiftet og anlagt i venstre hånd, fordi der var løbet Cordarone subcutant.*

Sagsøger får skiftet sit IV-kateter den 29.07.2014 og igen den 31.07.14., før sagsøger udvikler hjertestop. IV-kateteret fungerer indtil den 31.07.14 ved indløb af IV-væske.

I forbindelse med behandling af hjertestop den 31.07.14 bemærkes det, at den medicin (Cordarone), der er indgivet på vital indikation i det nyligt anlagte kateter, er løbet uden for blodåren og ud i vævet. Det lykkedes at genoplive sagsøger. Den behandling sagsøger har fået, har været i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

### Spørgsmål 3:

*Retslægerådet bedes oplyse, om den komplikation, som <sup>A</sup> bliver påført på højre hånd, under de givne omstændigheder må karakteriseres som hyppige eller sjældne.*

Hudnekrose kan ofte ses efter ekstravasation af medicin ved siden af blodårerne og ud i vævet.

### Spørgsmål 4:

*Retslægerådet bedes oplyse, hvor ofte forekommer den komplikation, som påføres <sup>A</sup> i forbindelse med anvendelse af perifært kateter til ordination af Cordarone.*

Perifere IV-katetre har begrænset levetid, enten fordi de glider ud af blodåren, når patienten bevæger sig, eller fordi de

forårsager irritation/betændelse i blodåren. Displacering af perifere IV-kateter forekommer hyppigt.

**Spørgsmål 5:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det på baggrund af sagens lægelige akter er muligt at afgøre, hvorvidt venekateteret blev anlagt i højre hånd eller i højre underarm, idet der ikke er enighed herom mellem parterne.*

*I forlængelse heraf bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt det har betydning for besvarelsen af de øvrige spørgsmål – herunder for udviklingen af skaden – om kateteret blev anlagt i hånden eller underarmen.*

Det er Retslægerådets vurdering, at det er uden betydning, om det perifere IV-kateter var anlagt i hånden eller i underarmen.

**Spørgsmål A:**

*Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål 1 bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, hvilken skade <sup>A</sup> blev påført, og om denne skade må antages at være en hændelig komplikation til behandlingen.*

Skaden var en hændelig komplikation til behandlingen.

Behandlingen af hjertestop kræver hurtig indsats, og herunder kan det være svært at have tid til at undersøge, om et perifært IV-kateter er gledet ud af blodåren.

**Spørgsmål B:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen på Sygehus 1, fra 25. juli 2014 og frem blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, metoder og praksis.*

*Retslægerådet bedes begrunde svaret, og herudover specifikt tage stilling til:*

- a) *behandlingen af det første hjertestop den 25. juli 2014,*
- b) *seponering af CVK ved overflytning fra intensiv afsnit til semiintensivt afsnit,*
- c) *det i højre arm anlagte venekateter den 29. juli 2014,*
- d) *behandlingen af det efterfølgende hjertestop den 31. juli 2014,*
- e) *behandlingen af læsionen på højre arm.*

- a) Behandlingen efter første hjertestop er udført korrekt.
- b) Sagsøgers CVK blev seponeret for at reducere risikoen for

- infektion omkring det centrale kateter, idet sagsøger ikke krævede behandling med intravenøs medicin mere.
- c) Det perifere venekateter anlagt den 29.07.14 fungerede korrekt ved indgift af IV-væske.
  - d) Sagsøgers hjertestop den 31.07.14 blev behandlet korrekt, således at sagsøger overlevede.
  - e) Den efterfølgende sårpleje er blevet udført korrekt.

Behandlingen punkt a til e har således været i overensstemmelse med almindelige anerkendte lægefaglige retningslinjer.

### Spørgsmål C:

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilken grundsygdom, A lider af, og hvorvidt denne sygdom vurderes at være alvorlig.*

*Retslægerådet bedes ud fra almindelig lægefaglig erfaring begrunde svaret med angivelse af, hvorledes helbredstilstanden hos en person med sygdommen vil udvikle sig, hvis personen ikke modtager behandling.*

Sagsøger lider af alvorlig kronisk hjertesvigt. Uden behandling af hjertestop vil sagsøger med stor sandsynlighed afgå ved døden.

### Spørgsmål D:

*Hvordan vil Retslægerådet beskrive omfanget/alvoren af A's læsion på højre arm, som denne senest er beskrevet, når der sammenlignes med omfanget/alvoren af grundlidelsen og de deraf følgende gener ubehandlet, jf. besvarelsen af spørgsmål C?*

Sagsøgers gener på højre arm er generende, men ikke livstruende som sagsøgers grundsygdom.

### Spørgsmål E.

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej.  
...

### Forklaringer

A har forklaret, at han forud for den 25. juli 2014, i 1998, mærkede sin grundlidelse. Han mente egentlig, at han var i god form, idet han har dyrket terrænsport og bjergbestigning, og da han har arbejdet på Virksomhed 1, har han altid været meget fysisk aktiv. Da han gik på efterløn, fik han en stuebolig. I 1998 vågnende han en morgen med hurtig

vejrtrækning, og han kørte til vagtlægen, hvor han forklarede, at han som 8-årig havde haft et astmaanfald. Lægen konstaterede, at han bevægede sig for lidt og at hans ankler var hævede. Han fik ordineret vanddrivende medicin, som han tog indtil 2001.

En lørdag morgen i 2001 forsvandt benene under ham og han blev lam i den ene side. Hans kone fik tilkaldt hjælp og han blev den 19. juni 2001 indlagt på hjertemedicinsk afdeling, hvor der blev gennemført en række test, ligesom han fik hjertemedicin.

Herefter mærkede han ikke noget før julesøndagen i 2013, hvor han blev dårlig i badet efter at han havde gravet en stolpe ned i haven. Han blev indlagt på sygehuset og der blev taget et hjertekardiogram. En overlæge bad ham dagen efter om en arbejdsprøve, men der skete ikke yderligere.

Den 25. juli 2014 skulle han håndtere nogle duer, der skulle køres til en vognmand med henblik på kørsel til udsættelsesstedet. Han husker, at han satte påhængsvogn på bilen, og herefter ikke yderligere, før han vågnede på sygehuset. Det undrer ham, at han kunne gøre noget relevant mellem den 25. juli til den 7. august 2014.

Han bemærkede, at hans højre hånd var bundet i en galge i højre side af sengen, og at der var sort fra den yderste fingerspids til den anden side af håndleddet, dog så der på knoen ved lillefingeren var en orange udposning.

Han fik ikke nogen forklaring på farven på hånden, andet end at det var en følge af behandlingen. Da han vågnede sad katederet i venstre håndryg. Hvor det i mellemtiden var, ved han ikke, om han har fået at vide.

Han anlagde sagen fordi han efter gennemgang af sagen, og fordi han havde talt med omkring 18 læger i indlæggelsesperioden af 18 læger, hvoraf halvdelen, samt hans egen læge, mente, at han kunne få erstatning, eventuelt for varigt mén. Han anmeldte skaden til sin egen forsikring, der afviste dækning med henvisning til, at der var tale om en behandlingsskade. Derfor kontaktede han Advokat .

Det har undret ham, at omkring otte læger har kunnet sige til ham, at han kunne få erstatning, hvorimod en professor fra By 1 og en overlæge fra henholdsvis Sygehus 2 og Sygehus 3 har kunnet komme til et andet resultat, ligesom han ikke er sikker på, at spørgsmålene til Retslægerådet var stillet korrekt.

Læge Læge 13 husker han kom med en bemærkning om, at "det var ham med den sorte hånd", da de så hinanden i forbindelse med reguleringen af sin pacemaker.

Hans fingre på højre hånd er som følge af skade nu lige lange, ligesom hans

tommelfinger er låst. Han har ingen smerter som følge heraf.

B har forklaret, at hun er travhestepasser, og at A er hendes far. Hun var i forbindelse med hans indlæggelse kontaktperson for sygehuset, og hun ringede hver morgen og var der i løbet af dagen, hvor hun talte med sygeplejerskerne, ligesom hun var med ved stuegang.

Den 25. juli 2014 blev hun ringet op og fortalte, at han var blevet indlagt med hjertestop. Hun tog derfor til Sygehus 1. Han havde, da hun så ham, IV-kateter i halsen. Den blev ved overflytning til anden afdeling flyttet til hånden, hvor den blev skiftet hver anden dag.

Tirsdagen efter fik hun at vide, at der i højre hånd løb saltvand ud i underhuden, og at IV-kateteret derfor skulle flyttes til venstre hånd eller op i armen.

Den 31. juli 2014 blev hun ringet op i forbindelse med den nye hjertestop, og hun ankom da han var ved at blive overflyttet til intensiv. Hun så ikke efter kateteret. På intensiv var kateteret flyttet; en sygeplejerske sagde, at han havde fået Cordirone i højre hånd, hvad han ikke skulle have haft. Tilbage på afdeling udviklede det sig, og armen kom i en slynge, hvorefter den blev blå og udviklede blæner. Hun spurgte derfor til, om de ikke skulle afvaskes, hvor hun fik besked på, at den skulle have ro. Hans fingre blev kolde, og en specialist, der senere tilså ham, ordinerede afvaskning med varmt sæbevand.

### Parternes synspunkter

A har i påstandsdokumentet anført følgende til støtte for den nedlagte påstand:

#### "ANBRINGENDER

Til støtte for den nedlagte påstand gør sagsøger gældende,

at sagsøger blev påført en patientskade i forbindelse med behandlingen på Sygehus 1,

at den påførte patientskade i forbindelse med behandlingen på Sygehus 1 er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang § 20, stk. 1, nr. 1, idet det gøres gældende, at en erfaren specialist på det pågældende område under de givne forhold ville have handlet anderledes og ikke med kendskab til de allerede opståede problemer med venekanylen den 31. juli 2014 på ny have anvendt venekanylen i forbindelse med ordinering af Cordarone,

- at dette understøttes af, at PVK blev anlagt i sagsøgers højre hånd kort tid inden sagsøgers hjertestop til trods for, at der flere gange i forbindelse med sagsøgers indlæggelse var indikation for, at PVK i højre hånd ikke fungerede, herunder både i form af rød hånd og at væsken løb ud,
  - at en erfaren specialist på det pågældende område ikke ville have anlagt PVK i højre hånd, når der gentagne gange forinden havde været tydelig indikation for, at PVK ikke fungerede korrekt i højre hånd,
  - at den komplikation, som er indtruffet, er mere omfattende, end hvad sagsøger med rimelighed må tåle, og således er betingelsen for anvendelsen af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4, opfyldt,
  - at sagsøgers patientskade ikke kan betragtes som en hændelig komplikation til behandlingen, når der var indikation for, at det anlagte PVK ikke fungerede i højre hånd,
  - at sagsøgte fejlagtigt angiver i sin afgørelse af 13. november 2015, at PVK var anlagt i højre underarm, hvorved afgørelsen er truffet på forkert grundlag, hvilket har betydning i forhold til vurderingen af, om PVK burde have været anlagt i højre hånd, der ifølge flere journalnotater ikke fungerede korrekt,
  - at Retslægerådet ikke kan have været opmærksom på problemstillingen omkring indikationen for, at PVK i højre hånd ikke fungerede korrekt, og
  - at Retslægerådet på baggrund af ovenstående angiver på forkert grundlag at PVK fungerede indtil den 31. juli 2014.
- ..."

A's advokat har under hovedforhandlingen i det væsentlige procederet i overensstemmelse hermed.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i påstandsdokumentet anført følgende til støtte for den nedlagte påstand:

### **"Anbringender**

Det gøres overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 23. november 2015 (bilag

11), hvorved ankenævnet vurderede, at betingelserne for at yde erstatning efter klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, ikke var opfyldt.

Ved bevisbedømmelsen må det tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, anvendelsen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne og gennem behandling af et stort antal sager, har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Bevisbyrden for, at et sådant sikkert grundlag er til stede, påhviler <sup>A</sup>. Denne bevisbyrde har han ikke løftet.

### **Klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1**

Ankenævnet har med rette vurderet, at behandlingen af <sup>A</sup> på Sygehus 1 den 25. juli 2014 og frem, blev foretaget i overensstemmelse med, hvorledes en erfarne specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Dette støttes af Retslægerådets udtalelse, som ved besvarelsen af spørgsmål 1 udtaler, at den behandling <sup>A</sup> har modtaget, i sin helhed har været i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Hertil kommer, at Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål A mere specifikt har udtalt, at behandlingen efter både første og andet hjertestop blev udført korrekt, således at <sup>A</sup> overlevede.

Det fremgår ligeledes af besvarelsen af spørgsmål A, at det perifer venekateter anlagt den 29. juli 2014 fungerede korrekt ved indgift af IV-væske. Dette understøttes i øvrigt også af svaret på spørgsmål 1, hvoraf det ligeledes fremgår, at IV-kateteret fungerede korrekt indtil den 31. juli 2014. Der er således intet, som giver mistanke om, at kateteret ikke skulle være anlagt korrekt.

Det bemærkes i forlængelse heraf, at <sup>A's</sup> anbringender om, at Retslægerådet på forkert grundlag har angivet, at det perifer venekateter fungerede indtil den 31. juli 2014, ikke kan tillægges vægt, da <sup>A</sup>, hvis Retslægerådets besvarelse nu anfægtes, burde have stillet supplerende spørgsmål til Retslægerådet.

I øvrigt fremgår det også af besvarelsen af spørgsmål A, at A's centrale venekateter blev seponeret for at reducere risikoen for infektion omkring det centrale kateter, idet A ikke længere krævede behandling med intravenøs medicin mere, hvilket understøtter ankenævnets afgørelse.

Hertil kommer i øvrigt også, at den efterfølgende sårpleje af skaden på A's højre hånd ifølge Retslægerådet blev udført korrekt.

Sammenfattende gøres det på den baggrund gældende, at behandlingen af A i sin helhed blev udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, hvorfor betingelserne for at yde erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, ikke er opfyldt.

#### **Klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4**

Ankenævnet har med rette vurderet, at den opståede skade på højre hånd og underarm var en hændelig komplikation, som ville kunne indtræde selv ved en behandling, der er udført i overensstemmelse med, hvorlede en erfaren specialist ville have handlet.

Den indtrådte skade er imidlertid hverken tilstrækkelig sjælden eller tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

For så vidt angår sjældenhedskravet, fremgår det af Retslægerådets svar på spørgsmål 4, at placering af perifere IV-katetre forekommer hyppigt. Herudover udtaler Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 3, at hudnekrose ofte ses efter ekstravasation af medicin ved siden af blodårerne og ud i vævet.

Det kan ikke på baggrund af Retslægerådets besvarelse af disse spørgsmål lægges til grund, at der er tale om en komplikation, som opstår i mindre end 2 procent af tilfældene, hvilket er et krav for anerkendelse efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Selv hvis retten måtte finde, at sjældenhedskravet er opfyldt, kan A ikke få medhold i sin påstand, da alvorlighedskriteriet ikke er opfyldt.

A er således kendt med dilateret kardiomyopati (kronisk hjertesvigt) gennem mange år, hvilket også bekræftes af Retslægerådets svar på spørgsmål C, hvoraf det fremgår, at A lider af alvorlig kronisk hjertesvigt, og at han uden behandling af hjertestop med stor sandsynlighed ville være afgået

ved døden.

A lider altså af en meget alvorlig grundsygdom, som ubehandlet medfører en ikke ubetydelig risiko for at afgå ved døden, ofte som følge af hjertestop.

Behandlingen af hjertestop omfatter både hjertelungeredning, DC-stød og indgift af medicin, og alle dele af denne behandling er vigtige og nødvendige. Undladelse af behandling af A's hjertestop havde med helt overvejende sandsynlighed medført, at han var afgået ved døden, og behandling med medicin gennem venekateter var et nødvendigt led i behandlingen af en meget alvorlig lidelse.

Det bemærkes, at det er uvist, hvor stor en del af den indgivne medicin, der kom i underhuden og ikke i kredsløbet. Det kan derfor ikke lægges til grund, at medicinen ikke havde nogen virkning, fordi A ikke modtog medicinen korrekt i venerne.

Der henvises i den forbindelse særligt til, at A trods gentagne DC-stød fortsat havde hjertestop, og at det først lykkedes at opnå normal hjerterytme efter medicinindgift. Han blev også vellykket genoplivet den 31. juli 2014, hvilket må skyldes, at man fulgte nationale og internationale guidelines på området, hvorefter der skal gives hjertelungeredning, DC-stød og medicinindgift i helt faste frekvenser. Undladelse af delelementer i denne algoritme ville have været i strid med erfaren specialiststandard.

Over for den meget alvorlige grundsygdom i form af kronisk hjertesvigt, står skaden i form af en læsion på højre hånd og arm, som ifølge Retslægerådets svar på spørgsmål D er generende, men ikke livstruende som A's grundsygdom.

Det bemærkes i forlængelse heraf, at ankenævnet ved sin vurdering har lagt til grund, at A som følge af den opståede skade måtte gennemgå adskillige ambulante sårskift i håndkirurgisk ambulatorium, hvorfra han afsluttedes den 24. november 2014. På dette tidspunkt beskrives bedring af sårene på huden, men fortsat funktionsbegrænsning på højre hånd, og at det må forventes, at A vil miste flere fingerspidser på højre hånd som følge af skaden.

I øvrigt bemærkes det, at A blev udskrevet den 22. august 2014 efter den primære indlæggelse, og at dette forløb ikke blev forlænget som følge af skaden på højre hånd og arm.

På den baggrund gøres det sammenfattende gældende, at skaden hverken er tilstrækkelig sjælden eller tilstrækkelig alvorlig set i forhold til A's alvorlige grundlidelse, og at hans gener som følge af skaden derfor ikke er mere omfattende, end hvad han med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder.  
..."

Ankenævnet for Patienterstatningens advokat har under hovedforhandlingen i det væsentlige procederet i overensstemmelse hermed.

### Rettens begrundelse og afgørelse

Om forløbet lægges til grund, at ændringerne i A's hånd i form af misfarvning og kulde blev konstateret i væsentlig grad at foreligge omkring andet hjertestop den 31. juli 2014 cirka kl. 10.30, og at årsagen hertil af læge Læge 5 fra Overafdeling angives at være, at de venøse medikamenter ikke trængte ind i årerne, men gik subcutant. Det lægges til grund, at hjertestoppet indtrådte mens A sad i en kørestol på afdelingen, og at der ville være tale om en livstruende tilstand, såfremt livreddende tiltag ikke blev iværksat på stedet. Den livreddende behandling bestod i hjerte-lungeredning, stød og indgivelse af Cordarone gennem venekateter. Det lægges til på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 til grund, at venekateteret blev anlagt og indgivelse af Cordarone iværksat som et nødvendigt led i at genoplive A.

Forud herfor var der anlagt venekateter, der jævnlige blev tilset, således den 29. juli 2014 af sygeplejerske Sygeplejerske 3, der kl. 23.36 konstaterede, at venekateter anlagt samme dag kl. 10.08 ifølge instruks, var løbet subcutant, hvorefter der blev anlagt en ny kl. 23.37, og den 31. juli 2014 af SOSU-elev 1, der kl. 9.21 konstaterede, at venekateter anlagt den 29. juli 2014 kl. 23.28 ifølge instruks, var løbet subcutant. Der havde ikke på disse tidspunkter været anledning til at ændre anvendelsen af venekateter.

Det lægges til grund, at hudnekrosen på A's højre hånds ring- og langefinder var en følge af, at Cordarone, indgivet gennem venekateter som led i behandlingen i forbindelse med hjertestoppet den 31. juli 2014 og den efterfølgende genoplivning og overflytning til intensiv afdeling, trængte ud i vævet, og ikke, som tilsigtet, ind i blodåren.

Af Retslægerådets udtalelse af 2. maj 2017 fremgår, navnlig af spørgsmål 2, spørgsmål A og spørgsmål B, at anvendelsen af venekateter til indgivelse af Cordarone under de givne omstændigheder i forbindelse med genoplivning ved hjertestop, at behandlingen har været i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige retningslinjer. At venekateteret gled ud af blodåren er

således en hændelig komplikation, ligesom det ikke kan karakteriseres som uforsvarligt, at denne fejlstilling ikke på et tidligere tidspunkt blev konstateret, situationen taget i betragtning.

Herefter er der ikke grundlag for at antage, at en erfaren specialist under de givne omstændigheder ville have foretaget en anden behandling og dermed undgået skaden.

På den baggrund foreligger ikke det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatnings skønsmæssige vurdering, hvorefter betingelserne for erstatning i medfør af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, ikke er opfyldt.

Det lægges til grund, efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 og 4, at hudnekrose er en hyppigt forekommende følge af udtræden af medicin ved siden af blodåren og ud i det omliggende væv, og at forskydning og placering af venekatetre ligeledes er hyppigt forekommende. Der er således ikke grundlag for at anse denne komplikation, navnlig henset til situationen, hvorunder venekatteret blev anlagt, for at være en sådan sjælden følge i forbindelse med behandlingen.

Endvidere lægges til grund, at de som følge af hudnekrosen opståede gener ikke, set i forhold til A's grundlidelse i form af alvorlig kronisk hjertesvigt, der er livstruende uden hurtig behandling, efter en samlet vurdering må betegnes som mere omfattende end hvad A med rimelighed må tåle. Der er herved lagt vægt på Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C og D sammenholdt med besvarelsen af spørgsmål 3 og 4.

Der foreligger således ej heller grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatnings skønsmæssige vurdering, hvorefter betingelserne for erstatning i medfør af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ikke er opfyldt.

Af de grunde taget Ankenævnet for Patienterstatnings frifindelsespåstand til følge.

Efter sagens udfald skal A betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen. Ved fastsættelsen af sagsomkostningerne lægges vægt på sagens omfang, genstand og forløb, herunder at sagen har været forelagt Retslægerådet. På den baggrund skal A til Ankenævnet for Patienterstatningen betale 30.000,00 kr. i sagsomkostninger til dækning af omkostninger til advokatbistand. Sagsomkostningerne er inklusiv moms, da Ankenævnet for Patienterstatningen har oplyst ikke at være momsregistreret.

**Thi kendes for ret:**

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal inden 14 dage i sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen betale 30.000,00 kr.

Sagsomkostningerne forrentes i medfør af rentelovens § 8 a.

Jimmy Bøgh Veitland

Udskriftens rigtighed bekræftes.  
Retten i Aarhus , den 3. maj 2018.

Camilla Philipsen, retsassistent