



RETEN I VIBORG DOM

afsagt den 16. december 2022

Sag BS-9024/2019-VIB

Boet efter A
v/bobestyrer advokat Tine Blach Ladefoged Christensen
(advokat Mikael Skou Skjoldager)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Stine Pedersen)

Denne delafgørelse er truffet af dommer Henrik Præstgaard.

Sagens baggrund og parternes påstande

Retten har modtaget sagen den 27. februar 2019.

Sagen drejer sig om, hvorvidt A (nu boet efter A) er berettiget til yderligere erstatning og godtgørelse i forbindelse med forsinket diagnosticering af blodprop.

Retten har den 16. december 2021 besluttet at udskille spørgsmålet om godtgørelse for yderligere varigt mén til særskilt forhandling og afgørelse.

Boet efter A v/bobestyrer advokat Tine Blach Ladefoged Christensen har under delhovedforhandlingen fremsat følgende påstande:

Principal:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at boet efter A er berettiget til yderligere godtgørelse for varigt mén, svarende til en samlet méngrad på 100 % som følge af patientskaden, med den konsekvens, at sagen skal hjemvises til beregning af godtgørelsens størrelse.

Subsidiær:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at boet efter A er berettiget til yderligere godtgørelse for varigt mén, svarende til en samlet méngrad på 95 % som følge af patientskaden, subsidiært et efter rettens skøns fastsat lavere mén end 95 %, dog højere end 35 %, med den konsekvens, at sagen skal hjemvises til beregning af godtgørelsens størrelse.

Mere subsidiær:

Hjemvisning til vurdering af det varige méns størrelse som følge af patientskaden.

Ankenævnet for Patienterstatningen har fremsat påstand om frifindelse.

Boet efter A har fri proces, jf. retsplejelovens § 329.

Oplysningerne i sagen

A henvendte sig den 25. september 2015 kl. 17.50 telefonisk til lægevagten i Region 1. Af lægevagtsnotatet fremgår, "Underlig forn. i ve arm, ikke helt kontrol over den. Lidt i går, kommet mere i efterm. Ingen hvp, synsforst.". A blev visiteret til konsultationen hos lægevagten i Behandlingssted 1, hvor han samme dag blev set kl. 19.19 til 19.22. Af dette notat fremgår, "ahr haft en mærkelig fornemmelse i ve arm, nge lammelser, føler sig frisk. lige undersøgt. obj. armen helt normal, bevæges frit, inge almmelser der er nat FFF og FNf og [ulæseligt] diadodokinese. Kranilnerveus er nat. BT 140/80. ser an, gode råd".

Efter besøget hos lægevagt blev A sendt hjem. Den 26. september 2015, kl. 01.41 ringede A igen til lægevagten. Af notatet fra denne samtale fremgår, "se tidl. – atter besvær – samme type som tidl – kan næsten ikke snakke, hæs – hvæser – råd. Igen ved nyt". A ringede på ny til lægevagten samme nat kl. 01.35. Af notatet fremgår, "se tidl – er bange + følelses løs og vistnok også paretisk i ve arm - - kan ikke tale klart – debureret siden i går – kommet / gået – debuterede kl ca 16 – lille obs TCI – beg. Apoplexi – lidt uklart billede _ vurderes". A blev visiteret til lægebesøg som ankom hos A kl. 02.33. Besøgslægen indlagde A akut med obs apoplexi.

Hændelsen blev anmeldt til Patienterstatningen, som indhentede en lægelig vurdering fra Patienterstatningens lægefaglige konsulent. Af vurderingen, der er dateret den 31. maj 2016, fremgår:

" ...

Enig i sagsfremstilling?:

Ja

Evt. supplerende sagsfremstilling:

67-årig mand som henvender sig til lægevagten d. 25. september 2015 og oplyser at han dagen forinden havde haft forbigående styringsbesvær af venstre arm. Pt. undersøges i lægevagtens konsultation 1½ time senere, hvor der findes normale neurologiske forhold, og pt. hjemsendes.

Yderligere et par timer senere ringer pt. så igen til lægevagten og oplyser nu om talebesvær, men bliver utroligt nok blot bedt om at se an.

Efter endnu en time er symptomerne yderligere tiltaget, og lægevagten kontaktes på ny: Der sendes en læge ud til patienten, og da denne ankommer en time senere er pt. med manifest apoplexi.

Vurdering:

Alle involverede læger på nær den sidste læge, som indlægger akut og som ikke kan lastes for de foregående lægers fejlvisitering, har handlet klart under ESS.

Konklusion:

Allerede ved den første telefoniske kontakt var det åbenlyst, at pt. havde haft et TCI - dvs. at han burde have været indlagt akut.

Pt. havde da befundet sig på et sygehus hvor man kunne have taget sig af hans symptomudvikling med det samme, og eventuelt have tilbudt ham trombolyse behandling, da hans symptomer progredierede.

Undertegnede vil anbefale at neurologisk konsulent vurderer dette forløb og dets skadevirkninger."

Patienterstatningen anerkendte den 6. juli 2016 den forsinkede diagnosticering som en patientskade i medfør af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL). Det fremgår af begrundelsen blandt andet, at en erfaren specialist ville have indlagt A akut efter den første telefonkontakt kl. 17.50 på grund af mistanke om iltmangel til hjernen (TCI) som følge af en blodprop. En erfaren specialist ville ligeledes have indlagt A i forbindelse med undersøgelsen kl. 19.19, og ved de telefonisk henvendelser kl.

00.41 og 01.35. Patienterstatningen vurderede, at A ville være blevet behandlet med blodpropsforebyggende medicin som følge af mistanken om iltmangel til hjernen, og han ville dermed have undgået en del af de eksisterende gener.

Der blev herefter indhentet til neurologisk speciallægeerklæring. Af erklæringen, der er dateret den 18. januar 2017, fremgår blandt andet:

" ...

Nuværende klager:

1. Venstresidig halvsidig spastisk lammelse, der mest påvirker armen.
2. Føletab i venstre kropshalvdel.
3. Smerter i kroppens venstre side. Det drejer sig dels om jævnlige stikkende smerter i venstre fod. Smerterne er svære og forekommer i episoder af minutters varighed og kan ledsages af ryk i foden. Den anden type smerter forekommer jævnligt ved let berøring andre steder i venstre side af kroppen.
4. Epilepsi.
5. Træthed og nedsat energi. Må sove middagslur flere gange dagligt. Udtrættes blandt andet af læsning.
6. Smagssansen er ændret.
7. Overfølsomhed for høje lyde.
8. Nedsat syn mod venstre.
9. Nedsat opmærksomhed mod venstre side af kroppen og hvad der er i venstre side af hans omgivelser.
10. Nedsat overblik og evne til planlægning.
11. Svingende humør.

..."

Patienterstatningen traf herefter afgørelse den 10. juli 2017 om, at A havde krav på 192.640 kr. i godtgørelse for varigt mén. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

" ...

Varigt mén efter erstatningsansvarslovens § 4 (se vejledningens punkt 4)

...

Der er ifølge loven kun muligt at yde godtgørelse for de varige gener, som er en følge af behandlingsskaden (mermén), hvorimod der ikke kan ydes godtgørelse for de varige følger af en patients grundlidelse (grundmén).

Vi har 20. januar 2017 modtaget en speciallægeerklæring fra overlæge 1, hvor det fremgår, at A har en svær lammelse af venstre ansigtsnerve (nervus facialis) med deraf følgende udtaleproblemer (dysarabri), en svær lammelse af kroppens ene sid (hemiparese), nedsatte kognitive evner på grund af træthed, nedsat kropsopfattelse (neglect) i denne ene side af kroppen og epilepsi.

Med udgangspunkt i Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel (pkt. A. 8. 1. 2, A. 4. 4. 1.3, A. 4. 2.1 og A. 4. 5.2) er det vores vurdering, at de ovenstående gener svarer til et varigt mén på 100 %.

Det er vores vurdering, at det ikke med sikkerhed kan fastslås, hvor stor effekt, der ville have været af en rettidig diagnosticering og behandling af blodproppen (trombolysebehandling). Erfaringsmæssigt reduceres patientens varige gener dog med gennemsnitligt 1/3. Det vil sige, at de fleste varige gener skyldes det forhold, at patienten har fåeten blodprop (grundlidelse).

Vi har på denne baggrund vurderet, at A ikke ville have undgået omkring 2/3 af de varige gener (65 %), som han fik efter blodproppen, da A selv ved en korrekt diagnosticering og behandling af blodproppen i sin højre halspulsåre (grundlidelse) kunne have forventet væsentlige gener med påvirkning af fysiske, psykiske og kognitive funktioner i kroppen.

Videre er det vores vurdering, at selvom A ikke kunne have undgået en stor del af sine varige gener, så har behandlingsskaden med overvejende sandsynlighed medført, at As varige gener de forskellige steder i kroppen er blevet forværret i en sådan grad, at han er berettiget til en méngodtgørelse på 35 %.

..."

Patienterstatningens afgørelse blev indbragt for Ankenævnet for Patienterstatning. Til brug Ankenævnets behandling blev der indhentet en lægelig vurdering fra en speciallæge i neurologi. Af denne (udateret) erklæring fremgår blandt andet:

"...

Ad spørgsmål 1:

A var tidligere ryger, og havde kort forinden fået konstateret forhøjet blodtryk, og var påbegyndt medicinsk blodtryksænkende medicin. Han var stadig erhvervsaktiv og havde ikke andre sygdomme eller gener. Den aktuelle blodprop i hjernen var forud gået af en såkaldt TCI episode, dvs. en forbigående episode med føleforstyrrelser i venstre side af kroppen dagen før. Da A derfor henvendte sig til vagtlægen med fornyede symptomer, var det en skærpende omstændighed, at han havde haft lignende symptomer kortvarigt dagen tidligere. TCI er det eneste forvarsel for en regulær apopleksi, dvs. blodprop i hjernen med blivende symptomer. A oplyser at han stadig havde føleforstyrrelser i venstre side hos vagtlægen, og derfor må man regne den aktuelle blodprop i hjernen som opstået forud for vagtlægebesøget. Denne blodprop udviklede sig efterfølgende om natten og blev til en stor blodprop i højre hejrnehalfdel, som ramte funktioner svarende til hele arteria cerebri media 's forsyningsområde (det midterste store hjernekar) som medførte en kombination af halvsidige venstresidige lammelser, føleforstyrrelser, kognitive symptomer og initialt synsfelttab. Symptomerne var fuldt udviklede ved indlæggelsen på Behandlingssted 2 sygehus.

Ad spørgsmål 2:

Jeg er enig i at A er påført en skade som følge af forsinket diagnosticering og dermed muligheden for trombolysebehandling. A skorede ved vagtlægen 5 Point på ABCD2 scoren hvis vagtlægen havde opfattet tilfældet som TCI (1 point for; alder, BT, Symptomer, varighed >1 time, TCI dagen før), dvs højrisikopatient for en efterfølgende regulær apopleksi.

...

Ad spørgsmål 4:

Skaden har medført varigt men på mere end 5%..

Et fuldt arteria cerebri media infarkt regnes normalt for en mengrad på 80%. Grunden til at man ikke kan anvende mentabellen er, at de følger man får efter en apopleksi er indbyrdes afhængige. Det giver ikke mening at lægge alle gener sammen efter mentabellen da man så vil ende med en mengrad over 100%, hvilket ikke er mulig.

Ved trombolysebehandling bliver ca 10% helt uden generende neurologiske funktionstab, men udregnet efter, hvor mange der bedres hen over alle grader af funktionstab, viser metaanalyser, at 1 af 3 personer falder et trin på modificeret Rabkin Score (Saver J. Stroke;40:2433-37). I A tilfælde svarer det til at han fra at være kørestolsbunden ville have opnået at få gangfunktion, og lidt mere funktion i venstre arm, samt måske kunne have undgået skuldersmerterne pga spasticitet. Et funktionsniveau på mRS på 3 svarer til ca. 45% mengrad. **Imidlertid ville A være behandlet med trombolyse omkring kl 20.30**, hvis skaden ikke var sket. Her havde A betydeligt færre symptomer, og den progression der fulgte kunne med nogen sandsynlighed være undgået, da der ikke er tale om en ny blodpropsepisode men en progression af symptomerne over timerne om aftenen/natten den 25/9 til 26/9. Jeg mener derfor at A med stor sandsynlighed ikke ville have progredieret så markant, hvis man havde behandlet med trombolyse kl ca. 20.30. Han ville i så fald med overvejende sandsynlighed være endt med en mRS score på 2 svarende til en mengrad på ca 30%. Skaden andrager derfor mere end beregnet tidligere, jeg skønner at A er påført en skade på 50% pga manglende trombolysebehandling.

Da der ikke er tale om en blodprop i halsens pulsåre, har det ikke betydning for udredningen og behandlingen ud over trombolyse, som ville være den behandling man skulle give ved en tidligere indlæggelse.

Grundsygdomme ville medføre en skade i form af føleforstyrrelser i venstre kropshalvdel, samt styringsbesvær og tonusøgning, nedsat finmotorik af venstre hånd, men A ville kunne gå, og i øvrigt være selvhjulpen.

...

Ad spørgsmål 6:

...

Jeg er enig i, at hvis A var behandlet med trombolyse inden de meget svære symptomer var opstået, så ville prognosen for at undgå progressionen af blodproppen være god. Der ville dog stadig være følger

som trombolysen ikke kunne fjerne, da de havde været til stede siden eftermiddagen altså omkring 4 timer inden trombolysen kunne iværksættes. A angiver jo at føleforstyrrelserne på intet tidspunkt var væk, så derfor skal regnes debut regnes fra det tidspunkt, hvor A mærker sine symptomer på vej hjem fra arbejde om eftermiddagen.

Jeg forstår ikke spørgsmålet om lempelse af årsagssammenhæng.”

Ankenævnet for Patienterstatning stadfæstede den 31. august 2018 Patienterstatningens afgørelse af 10. juli 2017, hvorefter A ikke havde krav på yderligere godtgørelse for varigt mén. Af begrundelsen for afgørelsen vedrørende varigt mén fremgår:

” ...

Varigt mén

Ankenævnet er enig i, at As varige men efter behandlingsskaden udgør 35 procent, jf. § 4 i erstatningsansvarsloven.

A har som følge af blodproppen i hjernen varige gener i form af svær venstresidig halvsidig lammelse, føleforstyrrelser, nedsat syn, epilepsi og kognitive symptomer.

As samlede varige gener kan efter ankenævnets opfattelse ikke fuldt ud tilskrives den omstændighed, at han ikke fik trombolysebehandling (blodpropopløsende behandling). Ankenævnet finder det overvejende sandsynligt, at A selv ved et behandlingsforløb i overensstemmelse med en erfaren specialist, ville have haft betydelige varige gener.

Ankenævnet har ved vurderingen lagt vægt på, at trombolysebehandling tidligst kunne være påbegyndt ca. en time efter undersøgelsen ved lægevagten den 25. september 2015 kl. 19.22, således omkring kl. 20.30. Desuden er der lagt vægt på, at debuttidspunktet for As symptomer ifølge sagens oplysninger var på vej hjem fra arbejde om eftermiddagen den 25. september 2015. Behandling ville således først kunne have fundet sted ca. 4 timer efter symptomdebut.

Behandling med trombolyse forhindrer som udgangspunkt ikke, at der kommer varige følger efter blodprop i hjernen. Det kan dog efter nævnets opfattelse lægges til grund, at trombolyse har en vis effekt. Hvor stor effekten er, afhænger bl.a. blodproppens sværhedsgrad og placering sammenholdt med tidspunktet for, hvornår trombolysebehandling bliver iværksat. Trombolysebehandling skal påbegyndes inden 4½ time efter de første symptomer har vist sig, men effekten er større jo tidligere den bliver påbegyndt. Jo længere tid der går, jo større er risikoen for, at der er sket uoprettelige skader i hjernen.

Det er 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 mén. Der er derfor ikke grund-

lag for at lempe bevisbyrden og der er heller ikke grundlag for at yde godtgørelse for en højere méngrad end 35 procent som følge af behandlingsskaden, således svarende til ca. 1/3 af det samlede mén.

Efter en samlet vurdering af sagens oplysninger er der derfor ikke grundlag for at fravige Patienterstatningens vurdering, hvorefter den del af As gener, som kan tilskrives behandlingsskaden, udgør et varigt mén på 35 procent. Ankenævnet bemærker, at den blodpropsforebyggende behandling med Clopidogrel og hjertemagnyl ikke skulle være påbegyndt før 24 timer efter en evt. trombolysebehandling og ville i aktuelle tilfælde ikke have haft betydning for behandlingsforløbet.

...

Til brug for retssagens behandling er der indhentet en udtalelse fra Retslægerådet. Af Retslægerådets udtalelse af 28. juli 2021 fremgår blandt andet:

" ...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes kort beskrive, hvad der forstås ved ABCD2-score, herunder hvilken betydning dette system har for diagnosticering og plan for videre udredning/behandling.

ABCD2-score bruges til at vurdere risiko for stroke efter transitorisk cerebral iskæmi (TCI). Scoren beregnes ud fra alder (A), blodtryk (B), arten af symptomer (C), varighed af symptomer (D1) og forekomst af diabetes (D2). Jo højere score, des højere risiko for efterfølgende stroke. Scoren bruges derfor til at vurdere hvor hurtigt udredningen skal foretages, herunder om patienten skal indlægges med henblik på akut udredning, observation og påbegyndelse af forebyggende behandling.

Spørgsmål 2:

Ifølge patientnotater fra Lægevagten Region 1 (bilag 1) fremgår det, at A den 25. september 2015, kl. 17:50 havde;

"Underlig forn. I ve arm, ikke helt kontrol over den. Lidt i går, kommet mere i efterm. ingen hov, synsforst."

Retslægerådet bedes oplyse, om vagtlægen efter Retslægerådets opfattelse burde have opfattet tilfældet som TCI?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Såfremt der var tale om pludseligt opståede symptomer er især oplysningen om den manglende kontrol af den ene arm et typisk symptom på TCI eller stroke. At der var et tilsvarende tilfælde dagen før tyder på et forudgående TCI-tilfælde. Det vurderes at det omtalte tilfælde samme dag burde have været opfattet som TCI.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om Lægevagten Region 1, efter Retslægerådets opfattelse, burde have indlagt A ved den telefoniske kontakt den 25. september 2015, kl. 17:50?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det vurderes, at sagsøger burde have været indlagt ved den telefoniske kontakt den 25. september 2015: De oplyste symptomer var typiske for TCI og der var tale om gentagne tilfælde. Risikoen for efterfølgende stroke var derfor stor.

Spørgsmål 4:

Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål 3 bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om manglende indlæggelse, efter Retslægerådets opfattelse, var i strid med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det er Retslægerådets opfattelse, at det var i strid med almindeligt anerkendte lægefaglige standard, at sagsøger ikke blev indlagt. Udredningen ville også kunne have foregået i en TCI-klinik samme dag. Men det sene tidspunkt på dagen (kl. 17:50) gør at vurdering i TCI-klinik samme dag formentlig ikke var mulig og at indlæggelse derfor den eneste mulighed.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 4 oplyse, om manglende indlæggelse efter Retslægerådets opfattelse var en lægelig fejl?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Se venligst svar på spørgsmål 4.

Spørgsmål 6:

Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål 3 bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, på hvilket tidspunkt der, efter Retslægerådets opfattelse, kunne have været iværksat behandling med trombolyse?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det er ikke muligt at angive et bestemt tidspunkt, hvor behandling med trombolyse kunne have været iværksat. Det skyldes følgende forhold: Det fremgår af indlæggelsesjournal fra Neurologisk Afdeling, Behandlingssted 2 (26. september 2015 kl. 04:54, at "Vagtlægen finder ikke kraftnedsættelse og pt. sendes hjem. Ved ankomst til hjemmet er pt. stadig præget af paræstiesier i ve. arm og ben. Går i seng. Vågner ca. kl. 2 og hustru bemærker parese sv. til ve. arm". Ved ankomst til Neurologisk Afdeling, Behandlingssted 2, vurderes tidsvinduet for trombolyse at være overskredet og behandlingen gives derfor ikke. Det fremgår ikke klart af vagtlæges visitationsnotat (25. september 2015 17:50) om symptomerne på det pågældende tidspunkt var til stede eller var gået over. Ved den efterfølgende konsultation (25. september 2015 19:22) var symptomerne angiveligt gået over. Det fremgår således, at sagsøger "har haft en mærkelig fornemmelse i ve arm" og der er normal neurologisk undersøgelse. Hvis de subjektive

symptomer var gået helt over var der tale om et TCI-tilfælde og trombolyse-behandling på dette tidspunkt var så ikke relevant. Hvis sagsøger var blevet indlagt, kunne han have været observeret med henblik på mulighed for trombolyse-behandling.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 6 oplyse, hvilke gener der, med overvejende sandsynlighed (> 50,01 %), efter Retslægerådets opfattelse helt eller delvist kunne have været undgået, hvis behandling med trombolyse var blevet iværksat på det under besvarelsen af spørgsmål 6 anførte tidspunkt, idet der samtidig henvises til sagens bilag 11:

- a) Venstresidig halvsidig spastisk lammelse
- b) Føletab i venstre kropshalvdel
- c) Smerter i kroppens venstre side
- d) Epilepsi
- e) Træthed og nedsat energi
- f) Ændret smagssans
- g) Overfølsomhed over for høje lyde
- h) Nedsat syn mod venstre
- i) Nedsat opmærksomhed mod venstre side af kroppen
- j) Nedsat overblik og evne til planlægning
- k) Svingende humør
- l) Tab af gangfunktion

Retslægerådet bedes ved besvarelsen af de enkelte punkter oplyse, om den pågældende klage/gene efter Retslægerådets opfattelse, med overvejende sandsynlighed (> 50,01 %), kunne have været undgået fuldstændigt eller delvist samt angive, hvor stor en del (anført i%) der kunne have været undgået.

Såfremt det ikke er muligt at angive, præcis hvor stor en del af pågældende klage/gene der kunne have været undgået, bedes Retslægerådet oplyse de mulige udfald af behandling med trombolyse (f.eks. at sagsøger kunne have undgået mellem 10-75 % af den venstresidige halvsidige spastiske lammelse).

Dette spørgsmål er hypotetisk og der kan ikke angives et bestemt tidspunkt, hvor trombolyse-behandling kunne have været iværksat.

Vedrørende spørgsmål 8-10:

Retslægerådet bedes ved besvarelsen af spørgsmål 8-10 lægge til grund som faktum, at sagens parter er enige om, at det var i strid med erfaren specialiststandard, at A ikke blev indlagt akut i forbindelse med konsultationen den 25. september 2015 kl. 19:22, ved Lægevagten Region 1. Retslægerådet bedes endvidere ved besvarelsen af spørgsmål 8-10 lægge til grund som faktum, at behandling med trombolyse kunne have været iværksat tidligst kl. 20:30.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, om den manglende indlæggelse i forbindelse med konsultationen den 25. september 2015 kl. 19:22 var i strid med lægefaglige retningslinjer?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ja, det var i strid med almindelig anerkendt lægefaglig standard, at sagsøger ikke blev indlagt i forbindelse med konsultationen den 25. september 2015 kl. 19:22. Dette er uanset om symptomerne stadig var til stede ved konsultationen: a) Hvis symptomerne var forsvundet burde han have været indlagt på grund af gentagne TCI tilfælde og dermed stor risiko for stroke. b) Hvis symptomerne stadig var tilstede burde han have været indlagt som trombolyse-kandidat.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 8 oplyse, om manglende indlæggelse efter Retslægerådets opfattelse var en lægelig fejl?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Se besvarelse af spørgsmål 8.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke gener der, med overvejende sandsynlighed (> 50,01 %), efter Retslægerådets opfattelse helt eller delvist kunne have været undgået, hvis behandling med trombolyse var blevet iværksat tidligst kl. 20:30 den 25. september 2015, idet der samtidig henvises til sagens bilag 11:

- m) Venstresidig halvsidig spastisk lammelse
- n) Føletab i venstre kropshalvdel
- o) Smerter i kroppens venstre side
- p) Epilepsi
- q) Træthed og nedsat energi
- r) Ændret smagssans
- s) Overfølsomhed over for høje lyde
- t) Nedsat syn mod venstre
- u) Nedsat opmærksomhed mod venstre side af kroppen
- v) Nedsat overblik og evne til planlægning
- w) Svingende humør
- x) Tab af gangfunktion

Retslægerådet bedes ved besvarelsen af de enkelte punkter oplyse, om den pågældende klage/gene efter Retslægerådets opfattelse, med overvejende sandsynlighed (> 50,01 %), kunne have været undgået fuldstændigt eller delvist samt angive, hvor stor en del (anført i%) der kunne have været undgået.

Såfremt det ikke er muligt at angive, præcis hvor stor en del af pågældende klage/gene der kunne have været undgået, bedes Retslægerådet oplyse de mulige udfald af behandling med trombolyse (f.eks. at sagsøger kunne have undgået mellem 10-75 % af den venstresidige halvsidige spastiske lammelse).

Ud fra den givne forudsætning at "behandling med trombolyse kunne have været iværksat tidligst kl. 20:30", vurderes det mere end 50 % sandsynligt, at de symptomer der fremgår af punkterne m) til x) kunne have været helt eller delvist undgået. Det der ikke muligt at afgøre i hvilken grad de kunne have været mindsket.

Spørgsmål 11:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse nærmere, hvordan Retslægerådet er nået frem til beregningen af det pågældende tidsrum i besvarelsen af spørgsmål 6.

Det er ikke muligt at angive et bestemt klokkeslæt, hvor behandling med trombolyse kunne have været iværksat, se besvarelsen af Spørgsmål 6."

Forklaringer

Der er ikke afgivet forklaringer.

Parternes synspunkter

Boet efter A v/bobestyrer advokat Tine Blach Ladefoged Christensen har i sit påstandsdokument anført:

" ...

Det gøres overordnet set gældende, at As varige mén efter patientskaden skal fastsættes til 100 % og at der er grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse.

Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse og det hypotetisk forløb:

I den indbragte afgørelse vurderede Ankenævnet for Patienterstatningen, at A skulle have haft trombolysebehandling ca. en time efter undersøgelsen ved lægevagten den 25. september 2015 kl. 19.22, og at tidspunktet for rettidig behandling således ville have været tidligst kl. 20.30 (bilag 14, side 3).

Ankenævnet for Patienterstatningen lagde derfor ikke til grund, at A skulle have været indlagt allerede ved den første telefoniske henvendelse til Lægevagten Region 1 kl. 17.50.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 fremgår det, at A burde have været indlagt ved den telefoniske kontakt kl. 17:50 den 25. september 2015, idet de oplyste symptomer var typiske for TCI og der var tale om gentagne tilfælde, hvorfor risikoen for efterfølgende stroke var stor.

Allerede af denne grund er der et sikkert grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse, da afgørelsen hviler på en forkert forudsætning.

Det kan på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 således lægges til grund, at A burde have været indlagt kl. 17:50.

Retten kan på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3, som er i overensstemmelse med vurderingen fra Patienterstatningens lægekonsulent 1, lægge til grund, at A ville have været indlagt på det tidspunkt, hvor symptomerne progredierede og at man kunne have taget sig af symptomudviklingen med det samme.

Hvis retten lægger til grund, at A ikke skulle have været indlagt den 25. september 2015 kl. 17:50 kan det i overensstemmelse med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8 i stedet lægges til grund, at A burde have været indlagt i forbindelse med konsultationen den 25. september 2015 kl. 19:22, uanset om symptomerne fortsat var til stede.

Hvis symptomerne (1) var forsvundet, burde A have været indlagt til observation på grund af gentagne TCI-tilfælde og med risiko for stroke.

Hvis symptomerne (2) fortsat var til stede, burde A have været indlagt som trombolyssekandidat. Denne vurdering er også i overensstemmelse med Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse.

Spørgsmålet om bevislempelse:

Det følger af forarbejderne til klage- og erstatningsloven og af retspraksis, at kravene til beviset for årsagssammenhæng kan lempes, hvis der er begået fejl, som også efter almindelige erstatningsretlige regler ville have været ansvarspådragende og som kan have forårsaget skaden. Det følger derudover af forarbejderne, at der er grundlag for bevislempelse i de tilfælde, hvor det må anses for rimeligt at lade tvivlen om årsagssammenhængen komme skadelidte til gode.

Bevislempelsen indebærer, at tvivl om årsagssammenhængen skal komme patienten til gode. Må det efter bevisførelsen anses for usandsynligt, at behandlingen (eller mangel på samme) er årsag til skaden, foreligger der ikke en erstatningsberettigende skade.

Det gøres gældende, at der er grundlag for bevislempelse.

Retslægerådet har vurderet, at behandlingen var i strid med almindelig anerkendt lægefaglig standard både ved den telefoniske henvendelse kl. 17:50 og ved konsultationen kl. 19:22 jf. besvarelsen af spørgsmål 4 og spørgsmål 8.

Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 og 8 sammenholdt med besvarelsen af spørgsmål 5 og 9 må forstås således, at den manglende indlæggelse var en lægelig fejl.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 3 ikke blot anført, at symptomerne burde vække mistanke om TCI men derimod angivet, at de oplyste symptomer var typiske for TCI og at der var tale om gentagne tilfælde.

Det bemærkes desuden, at det af Patienterstatningens lægekonsulents besvarelse (bilag 9) fremgår, at alle involverede læger på nær den sidste læge, har handlet klart under erfaren specialiststandard, og at det allerede ved den første telefoniske kontakt var åbenlyst, at A havde haft et TCI og at han burde have været indlagt akut.

På denne baggrund gøres det gældende, at der er i forløbet er begået sådanne fejl - som også efter almindelige erstatningsretlige regler ville have været ansvarspådragende - at der er grundlag for at lempe på kravene til beviset for årsagssammenhæng.

Det bemærkes, at det i øvrigt må anses for rimeligt at lade tvivlen komme A til gode. Den eneste grund til, at man er efterladt med tvivl om, hvilke gener der kunne have været undgået er, at behandlingen ikke levede op til almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmålet om årsagssammenhæng:

Det gøres gældende, at A kunne have undgået samtlige gener helt, hvis behandlingen med trombolyse havde været iværksat rettidigt. Retten kan på baggrund af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse lægge til grund, at effekten af trombolyse er større, jo tidligere den bliver påbegyndt, og at jo længere tid der går, jo større er risikoen for, at der er sket uoprettelige skader i hjernen (bilag 14, side 3).

Ankenævnet for Patienterstatningen har vurderet, at symptomdebut var på vej hjem fra arbejde den 25. september 2015, og at trombolyse tidligst kunne have været iværksat omkring kl. 20.30, dvs. ca. 4 timer efter symptomdebut.

Da retten imidlertid kan lægge til grund, at A burde have været indlagt allerede ved den første telefoniske kontakt kl. 17.50 kan det lægges til grund, at behandlingen kunne have været iværksat hurtigere end 4 timer efter symptomdebut.

Allerede af denne grund er der grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens vurdering af, at alene 1/3 af generne kunne have været undgået.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 10 angivet, at A med mere end 50 % sandsynlighed kunne have undgået samtlige gener helt eller delvist, hvis trombolyse var blevet iværksat kl. 20.30.

Som anført i ovenstående er det muligt, at trombolyse kunne have været iværksat hurtigere end dette tidspunkt, da A burde have været indlagt efter telefonkonsultationen kl. 17:50 jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3.

Da A således skulle have været indlagt på det tids- punkt, hvor trombolyse var indiceret, må det lægges til grund, at han med overvejende sandsynlighed kunne have undgået generne efter blodproppen.

En eventuel tvivl om årsagssammenhængen skal komme sagsøger til gode. De begåede fejl er den eneste årsag til, at det ikke kan afgøres, hvilke gener der kunne været undgået, hvis behandlingen var iværksat rettidigt. De lægelige vurderinger i sagen hviler på betydelige skøn over sagens forløb, og den usikkerhed, der knytter sig hertil skyldes, at der ved de begåede fejl ikke blev iværksat udredning og behandling af A.

Den omstændighed, at Retslægerådet ikke har set sig i stand til at vurdere, præcist hvilket klokkeslæt der skulle have været iværksat trombolyse kan ikke føre til andet resultat, når det på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 og spørgsmål 8 samtidig må lægges til grund, at A skulle have været indlagt, hvis han ikke på tidspunktet for konsultationerne havde symptomer eller – hvis symptomerne stadig var til stede - at han skulle have været indlagt som trombolyssekandidat.

Præmissen om trombolyse kl. 20.30:

Det fremgår af den indbragte afgørelse af 31. august 2018, at trombolyse kunne have været iværksat tidligst kl. 20.30.

A forstår Ankenævnet for Patienterstatningens bemærkninger i duplikken på den måde, at nævnet ikke længere anser sig for bundet af denne præmis, idet Retslægerådet ifølge ankenævnet er uenig heri.

Retslægerådet har på dette punkt imidlertid ikke afgivet svar, som er i modstrid med den lægelige vurdering hos Ankenævnet for Patienterstatningen, og der er derfor ikke grundlag for at nå frem til, at nævnet ikke er bundet af denne præmis.

Som anført har Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 8 vurderet, at A burde have været indlagt i forbindelse med konsultationen den 25. september 2015, kl. 19:22 uanset om symptomerne stadig var til stede ved konsultationen.

Retslægerådets svar angiver, at der var 2 muligheder

- 1) Hvis symptomerne var forsvundet, burde han have været indlagt på grund af gentagne TCI tilfælde og dermed stor risiko for stroke
- 2) Hvis symptomerne stadig var til stede, burde han have været indlagt som trombolyssekandidat

Hvis mulighed 1) var tilfældet, havde A endnu ikke haft stroke, og ville således have været indlagt på det tidspunkt, hvor blodproppen udviklede sig.

Hvis mulighed 2) var tilfældet, ville han have været indlagt som trombolyssekandidat. Denne vurdering er i overensstemmelse med den vurdering, som Ankenævnet for Patienterstatningen har foretaget, og hvor det

i den indbragte afgørelse er vurderet, at trombolyse kunne have været iværksat ca. 1 time efter, dvs. kl. 20:30.

At der var en mulighed for hurtigere intervention som følge af mulighed 1) medfører selvsagt ikke, at besvarelsen af spørgsmål 10 ikke længere er relevant.

Der er således ikke grundlag for at nå frem til, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke er bundet af præmissen om, at trombolyse kunne have været iværksat kl. 20.30.

De enkelte påstande:

• Den principale påstand

Det gøres gældende, at Retslægerådet besvarelse af spørgsmål 10 skal forstås således, at A kunne have undgået samtlige g ner, hvis der var iværksat Trombolyse rettidigt.

Retslægerådet har således klart svaret, at generne med mere end 50 % sandsynlighed kunne have været undgået "*helt eller delvist*" (min understregning).

Vurderingen er også i overensstemmelse med den interne lægekonsulents udtalelse indhentet af Ankenævnet for Patienterstatningen. Det fremgår således af besvarelse til Ankenævnet for Patienterstatningen (bilag 13, side 2), at;

"Ved trombolysebehandling bliver ca. 10 % helt uden generende neurologiske funktionstab[...]"

• Den subsidiære påstand

Såfremt retten finder, at Retslægerådets besvarelse i spørgsmål 10 skal forstås således, at generne ikke kunne have været undgået helt, gøres det gældende, at det varige mén som følge af skaden skal fastsættes til 95 %, subsidiært et andet fastsat varigt mén højere end 35 %.

Den usikkerhed der knytter sig til, i hvilken grad generne kunne være mindsket, må føre til, at det varige mén må ansættes til 95 %.

Det varige mén kan alternativt fastsættes til 70 % på baggrund af nævnets lægekonsulents udtalelse. Det fremgår af denne (bilag 13, side 2) at A ved trombolyse givet kl. 20.30 ville have:

"endtl med en mRS score på 2 svarende til en méngrad på 30 %. Skaden andrager derfor mere end beregnet tidligere, jeg skønner at A er ført en skade på 50 % pga. manglende trombolysebehandling"

Baggrunden for, at det varige mén bør fastsættes til 70 % skyldes, at det samlede varige mén blev skønnet til 80 % i vurderingen i bilag 13 og ikke – som der mellem retssagens parter er enighed om – et varigt mén på 100 %.

Fradraget på 30 % medfører derfor, at det varige mén må fastsættes til 70 %.

Mere subsidiært kan det varige mén fastsættes til 50 % som vurderet i sagens bilag 13. Det er i øvrigt ganske uklart, hvorfor Ankenævnet for Patienterstatningen ikke allerede har fulgt vurderingen fra den interne lægekonsulent.

• Den mere subsidiære påstand

Såfremt retten finder, at Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse hviler på forkerte forudsætninger, og at det ikke er muligt for retten at fastsætte méngraden bør sagen hjemvises til fornyet vurdering.

Det følger af sædvanlige forvaltningsretlige principper, at der er pligt til genoptagelse, såfremt der i forbindelse med en sag er begået væsentlige sagsbehandlingsfejl.

Det gøres gældende, at Ankenævnet for Patienterstatningens vurderinger i sagen er behæftet med væsentlige fejl, og at sagen som følge heraf bør hjemvises med henblik på genoptagelse.

Det er således en fejl, at Ankenævnet for Patienterstatningen har vurderet, at der ikke er grundlag for bevislempelse. Det er derudover en fejl, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke har vurderet, at A burde have været indlagt allerede efter den telefoniske kontakt kl. 17:50.

Som følge heraf skal sagen hjemvises til fornyet vurdering.

..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført:

" ...

3. ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER

3.1 Prøvelse af ankenævnets afgørelse

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse overfor alle sagsøgers påstande gøres det overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 31. august 2018 (bilag 14).

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 behandler 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 bemærkes tillige, at det er ankenævnets afgørelse, der er til prøvelse i sagen, og det forhold, at der har været flere og forskellige lægefaglige vurderinger af behandlingsskaden, kan ikke i sig selv føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse. Ankenævnet har afgjort sagen ud fra en selvstændig lægelig og juridisk vurdering af alle oplysningerne om nu afdøde As behandlingsforløb og gener, og ankenævnet har foretaget en selvstændig vurdering af sagens lægefaglige spørgsmål.

Det er Boet efter A, der har bevisbyrden. Der er ikke i sagen fremlagt sådanne oplysninger, som kan danne grundlag for en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse. Således har Boet efter A har ikke løftet sin bevisbyrde.

3.2 Den konkrete sag

3.2.1 Ankenævnets afgørelse af 31. august 2018 (bilag 14)

Det kan lægges til grund, at nu afdøde A blev påført en behandlingsskade i form af forsinket diagnosticering og behandling af blodprop i en halspulsåre. Denne sag vedrører alene erstatningsudmåling for omfanget af behandlingsskaden.

Efter KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ydes der erstatning, hvis en patient ved (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed er påført en skade, og hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i KEL § 20, stk. 1, nr. 1-4 anførte måder eller ved forsinket diagnosticering som følge af en af de i KEL § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde, jf. KEL § 21, stk. 1.

Følger af selve grundlidelsen og dens forløb berettiger ikke til erstatning efter KEL, og det er således alene den merskade, som en patient er påført, der ydes erstatning for.

Der ydes erstatning for følger af, at den rigtige diagnose ikke blev stillet rettidigt, når følgerne består i, at grundsygdommen blev forværret, eller at behandlingsforløbet blev forlænget eller kompliceret.

Erstatning og godtgørelse for skader omfattet af KEL fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven (herefter EAL), jf. KEL, § 24, stk. 1.

Varigt mén

Det følger af erstatningsansvarsloven (herefter EAL), § 4, at godtgørelse for varigt mén fastsættes til et kapitalbeløb, der beregnes under hensyntagen til skadens medicinske art og omfang samt de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse.

Ved vurderingen tages der almindeligvis udgangspunkt i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, som er en vejledende méntabel. Det er med udgangspunkt i denne vejledende tabel fundet, at As samlede gener svarede til et varigt mén på 100 %, jf. méntabellens pkt. A.8.1.2, A.4.4.1.3, A.4.2.1 og A.4.5.2.

Det gøres gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at As varige mén som følge af behandlingsskaden kunne fastsættes til 35 %.

Ankenævnet har lagt vægt på, at trombolysebehandling tidligst kunne være påbegyndt ca. en time efter undersøgelsen ved lægevagten den 25. september 2015, kl. 19.22, således omkring kl. 20.30. Der er herudover lagt vægt på, at debuttidspunktet for As symptomer var om eftermiddagen den 25. september 2015 på vej hjem fra arbejde. Behandling ville da først kunne have fundet sted ca. 4 timer efter symptomdebut.

Ankenævnet har herudover lagt vægt på, at behandling med trombolyse som udgangspunkt ikke forhindrer, at der kommer varige følger efter blodprop i hjernen. Ankenævnet finder dog, at trombolyse har en vis effekt. Hvor stor effekten er, afhænger bl.a. af blodproppens sværhedsgrad og placering sammenholdt med tidspunktet for, hvornår trombolysebehandling iværksættes. Trombolysebehandling skal påbegyndes inden 4,5 time efter, at de første symptomer har vist sig, men effekten er større, jo tidligere den bliver påbegyndt. Jo længere tid der går, jo større er risikoen for uoprettelige skader i hjernen.

Erfaringsmæssigt reduceres en patients varige gener med gennemsnitligt 1/3 ved rettidig diagnosticering og trombolysebehandling. Det vil sige, at de fleste varige gener skyldes det forhold, at patienten har været udsat for en blodprop (grundlidelsen).

Ankenævnet har med rette vurderet, at As samlede varige gener ikke fuldt ud kan tilskrives den omstændighed, at han ikke fik trombolysebehandling. Ankenævnet finder, at A selv ved et behandlingsforløb i overensstemmelse med en erfaren specialist ville have haft betydelige gener svarende til omkring 2/3 af de varige gener (65 %), som han fik efter blodproppen.

Efter en samlet vurdering af sagens oplysninger har ankenævnetsåledes med rette fundet, at den del af As gener, som kunne tilskrives behandlingsskaden, udgjorde et varigt mén på 35 %.

3.2.2 Retslægerådets besvarelse af 28. juli 2021

Sagen har under forberedelsen været forelagt for Retslægerådet. Retslægerådet har den 28. juli 2021 afgivet en udtalelse, der støtter ankenævnets afgørelse af 31. august 2018 om årsagssammenhæng, herunder omfanget af behandlingsskaden.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse, at behandlingen var i strid med almindelig anerkendt lægefaglig standard, men det fremgår ikke af besvarelsen, at der er begået fejl, endsige klart er begået fejl. Det fremgår også af Retslægerådets besvarelse, at det ikke er muligt at fastslå et tidspunkt for, hvornår korrekt behandling (trombolyse) kunne have været iværksat, hvorfor det ikke kan vides, hvorvidt generne helt eller delvist kunne være undgået ved tidligere diagnosticering og behandling.

Derfor bestrides det overordnet, at ankenævnets afgørelse af 31. august 2018 (bilag 14) er tilsidesat med Retslægerådets besvarelse, hvorefter ankenævnet fastholder, at nu afdøde As varige mén som følge af behandlingsskaden ikke udgjorde mere end 35 %.

Der er mellem sagens parter uenighed om, hvorvidt der er grundlag for bevislempelse, jf. nærmere herom i afsnit 3.2.3.

Ikke klart begået fejl

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 2 udtalt, at oplysningerne til vagtlægen kl. 17.50 burde have været opfattet som et TCI (midlertidig iltmangel til hjernen pga. en lille blodprop), og at A derfor burde have været indlagt på det tidspunkt, jf. svaret på spørgsmål 3. Af svaret på spørgsmål 4 følger, at den manglende indlæggelse kl. 17.50 var i strid med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Besvarelse af de anførte spørgsmål svarer til den vurdering, som patientskademyndighederne har foretaget, idet det allerede er anerkendt, at behandlingen hos vagtlægen den 25. september 2015, kl. 17.50, ikke var i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet under de i øvrigt givne forhold.

Retslægerådet er i spørgsmål 5 direkte adspurgt, om den manglende indlæggelse var en lægelig fejl, hvortil Retslægerådet henviser til svaret på spørgsmål 4, altså at *"det var i strid med almindeligt anerkendte lægefaglig standard, at sagsøger ikke blev indlagt"*. Det kan således udledes, at Retslægerådet finder, at der ikke er begået en lægelig fejl. Det bemærkes, at Retslægerådet sædvanligt svarer på spørgsmål herom. Retslægerådet har ligeledes vurderet, at *"det var i strid med almindelig anerkendt lægefaglig standard, at sagsøger ikke blev indlagt i forbindelse med konsultationen den 25. september 2015 kl. 19:22"*, jf. svaret på spørgsmål 8. Af svaret på spørgsmål 9 må dog – ligesom ved besvarelsen af spørgsmål 5 – udledes, at den manglende indlæggelse heller ikke på dette tidspunkt var en lægelig fejl, idet Retslægerådet ved besvarelsen henviser til svaret på spørgsmål 8.

Selv hvis retten måtte finde, at Retslægerådets udtalelse støtter, at der er begået fejl, gør ankenævnet gældende, at dette ikke er ensbetydende med, at der klart er begået fejl, hvilket ligeledes støttes af praksis.

Udover, at Retslægerådets svar ikke støtter, at der er klart er begået lægelige fejl, taler sagens øvrige omstændigheder heller ikke herfor. Det bemærkes hertil, at der ikke er overtrådt specifikke lægefaglige retningslinjer, og at vagtlægens vurdering beroede på et konkret skøn. Ved den telefoniske henvendelse kl. 17.50 var der alene tale om en underlig fornemmelse i den ene arm, hvor A ikke helt havde kontrol over den (bilag 1, side 2). Ved undersøgelsen hos vagtlægen kl. 19.22 fandtes helt normale forhold i armen, og A følte sig frisk (bilag 1, side 2).

Ankenævnet finder det på denne baggrund hverken bevist, at der klart er begået fejl endsige begået fejl i forbindelse med den telefoniske kon-

takt til vagtlægen kl. 17.50, eller ved undersøgelsen hos vagtlægen kl. 19.22. Det bemærkes i tilknytning hertil, at ansvarsgrundlaget i KEL ikke skal vurderes i forhold til den viden, som en specialist i neurologi har.

Ankenævnet gør endelig gældende, at det beror på en juridisk vurdering, hvorvidt der klart er begået fejl, idet vurderingen kan sidestilles med, om der er handlet culpøst. Selv hvis retten måtte tolke Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 og 9 sådan, at der er begået lægelige fejl, er det op til retten at vurdere, om de kan karakteriseres som culpøse.

Ikke tvivl om årsagssammenhæng

Hvis retten måtte finde, at den manglende indlæggelse ved henvendelserne til vagtlægen kl. 17.50 og 19.22 var udtryk for klare fejl, og at der dermed er grundlag for at lempe bevisbyrden, gøres det gældende, at Boet efter A ikke har løftet bevisbyrden for, at alle gener kunne være undgået.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 6, 7 og A udtalt, at det ikke er muligt at angive et tidspunkt for, hvornår trombolyse kunne have været iværksat. Dertil har Retslægerådet lagt vægt på, at der var normal neurologisk undersøgelse af armen kl. 19.22, hvorfor trombolyse på dette tidspunkt ikke var relevant.

Boet efter A har på baggrund af Retslægerådets svar på spørgsmål 6, 7 og A ikke løftet bevisbyrden for, at han ville være blevet sat i behandling med trombolyse kl. 20.30 – eller forud for dette tidspunkt – da symptomerne fra armen ifølge vagtlægens notat havde fortaget sig (bilag 1, side 2). I svaret på spørgsmål 7 udtaler Retslægerådet desuden, at det ikke er muligt at udtale sig om, hvilke gener A kunne have undgået, da spørgsmålet er hypotetisk. Denne vurdering skal ses i lyset af, at der ifølge Retslægerådets svar på samme spørgsmål ikke kan angives et bestemt tidspunkt for, hvornår trombolysebehandling kunne have været iværksat.

Den omstændighed, at ankenævnet har lagt vægt på, at trombolysebehandlingen tidligst kunne være påbegyndt kl. 20:30, kan ikke føre til, at der kan ske anerkendelse af, at behandlingsskaden er mere omfattende end vurderet af ankenævnet. Forudsætningen for behandling tidligst kl. 20:30 ville have været, at A var blevet indlagt ved henvendelsen til vagtlægen kl. 19:22, og at der havde været indikation for trombolysebehandling kl. 20:30, hvilket der ikke umiddelbart var ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6. Det vides ikke, om der var denne indikation kl. 20:30. Retslægerådets svar på spørgsmål 10 er besvaret under den udtrykkelige forudsætning, at behandlingen med trombolyse var iværksat tidligst kl. 20.30, hvorfor svaret skal tolkes herudfra. Dertil bemærkes, at ved eventuel lægelig uenighed, vægter Retslægerådets svar tungest.

Dertil bestrider ankenævnet, at Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10 må føre til – heller ikke ved eventuel bevislempelse – at 95 % af generne kunne have været undgået.

Selv hvis retten måtte finde, at der var lægelig indikation forbehandling med trombolyse kl. 20.30, kan det ikke føre til anerkendelse af samtlige gener.

Ifølge svaret på spørgsmål 10 er det mere end 50 % sandsynligt, at de symptomer, der fremgår af punkterne m) til x), kunne have været *"helt eller delvist undgået"*. *Det der ikke muligt at afgøre i hvilken grad de kunne have været mindsket*". Svaret må forstås sådan, at generne med overvejende sandsynlighed kunne være mindsket i et eller andet omfang uden at kunne anføre hvor meget, ligesom det ikke kan anføres, med hvilken grad af sandsynlighed generne kunne have været undgået.

Ankenævnet gør således gældende, at der med Retslægerådets besvarelse ikke er det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse, og således ikke grundlag for at fastslå, at nu afdøde A gener i videre omfang end anerkendt af ankenævnet, kunne være undgået.

3.2.3 Bevislempelse

Boet efter A har gjort gældende, at der er grundlag for bevislempelse, da det er gjort gældende, at As behandlingsskade skyldtes klare fejl hos lægevagten i Region 1.

Ankenævnet gør gældende, at der ikke er grundlag for bevislempelse, idet der ikke klart er begået fejl, og idet A ikke med overvejende sandsynlighed blev påført en mere omfattende skade end allerede anerkendt, og da der ikke foreligger en sådan tvivl om årsagssammenhængen, at bevislempelse er relevant.

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 i fornødent omfang er tvivl om, hvorvidt det er behandlingen eller andre forhold, der har forårsaget skaden.

Efter § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er det en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) kunne være undgået, hvis patienten var blevet behandlet anderledes. Det er patienten, der har bevisbyrden for, at der foreligger årsagssammenhæng.

Det fremgår af bemærkningerne til Patientforsikringsloven (nu KEL) – Folketingstidende 1990-91, 2. samling, tillæg A, spalte 3286 – at bevisbyrden for årsagssammenhæng kan lempes i tvivlsomme tilfælde, hvis der klart er begået fejl ved behandlingen. Dette er bl.a. gengivet i Højesterets præmisser i U.2011.1019.H, hvor det 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"*. Højesteret har således fastslået, at der alene er grundlag for bevislempelse i de tilfælde, hvor der klart er begået (dokumenteret) fejl (handlet culpøst), og hvis der er bevistvivl om årsagssammenhæng.

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.

Ankenævnet gør således gældende, at der ikke er begået klare fejl i forbindelse med behandlingen, der kan lempe bevisbyrden.

Hvis retten måtte finde det bevist, at der ved behandlingen af A klart blev begået fejl, gør ankenævnet gældende, at Boet efter A ikke har løftet bevisbyrden for, at der er en sådan tvivl om årsagssammenhængen, at der er grundlag for at lempe bevisbyrden ved vurdering af årsagssammenhæng.

Det gøres gældende, at der ikke er tvivl om, at A selv ved en korrekt diagnosticering og rettidig trombolysebehandling af blodproppen, ville have pådraget sig en betydelig skade svarende til ca. 2/3 af det samlede mén.

Der skal – selv med lempelse af bevisbyrden – være en vis sandsynlighed for, at det kan anses for bevist, at der er årsagssammenhæng. Den blotte mulighed for, at generne kunne være undgået, eller at årsagssammenhæng ikke kan afvises, er ikke tilstrækkeligt til at løfte bevisbyrden, jf. f.eks. U.2013.553H. Ankenævnet henviser også til U.2019.3916H, hvor Højesteret lagde vægt på, at der var en vis større sandsynlighed for årsagssammenhæng.

Selv med lempelse af bevisbyrden og med trombolysebehandling tidligst kl. 20.30, har Boet efter A således ikke løftet bevisbyrden for, at samtlige gener eller gener i videre omfang end anerkendt, kunne være undgået.

Ankenævnet gør derfor gældende, at betingelserne for at lempe bevisbyrden for, at nu afdøde A blev påført en behandlings-skade i videre omfang end anerkendt ved ankenævnets afgørelse af 31. august 2018 (bilag 14), ikke er opfyldte.

Sammenfattende gøres det gældende, at der ikke foreligger et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 31. august 2018, hvorfor der skal ske frifindelse.

..."

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

Rettens begrundelse og resultat

Der er mellem parterne enighed om, at A blev udsat for en skade i form af forsinket diagnosticering og behandling af blodprop, og at skaden er omfattet af KEL. Der er endvidere enighed om, at As samlede varige mén efter blodproppen var 100 %. Der er ikke enighed om, hvilken del af det varige mén der skyldes behandlingsskaden (den forsinkede diagnosticering og behandling af blodprop), og hvilken del af det varige mén der var en følge af As grundlidelse og dens forløb.

På baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, 3 og 4 lægger retten til grund, at det var i strid med almindeligt anerkendt lægefaglig standard, at A ikke blev indlagt i forbindelse med henvendelsen til lægevagten den 25. september 2015, kl. 17.50. På baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5, hvor Retslægerådet henviser til besvarelsen af spørgsmål 4, sammenholdt med betænkning nr. 1196 fra 1990 om Retslægerådet, side 137f, må den manglende indlæggelse af A anses som en lægelig fejl. Retten finder på den baggrund, at der klart er begået en fejl, som er ansvarspådragende, i forbindelse med, at A ikke blev indlagt den 25. september 2015, kl. 17.50.

Efter § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er det en betingelse for erstatning, at skaden "med overvejende sandsynlighed" kunne være undgået, hvis A var blevet behandlet anderledes. Som anført i Højesterets dom af 12. januar 2011 (UfR 2011.1019) er det skadelidte, der skal bevise, at der foreligger årsagsforbindelse mellem fejlen og skaden. Kravene til bevis kan efter forarbejderne til loven 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.

Det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål 6 og A, at det ikke er muligt at angive et bestemt tidspunkt for, hvornår trombolysebehandlingen kunne være iværksat. Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 10 anført, at alle de symptomer, som er beskrevet i erklæringen fra speciallæge i neurologi den 18. januar 2017, med mere end 50 % sandsynlighed helt eller delvis kunne være undgået, under den forudsætning, at trombolysebehandlingen kunne have været iværksat

tidligst den 25. september 2015 kl. 20.30. Det er ikke muligt for Retslægerådet at afgøre, i hvilken grad symptomerne kunne være mindsket.

Som anført ovenfor må det lægges til grund, at det klart var en fejl, at A ikke blev indlagt allerede ved den telefoniske henvendelse til lægevagten kl. 17.50. Det må derfor lægges til grund, at A ville være kommet under behandling – herunder trombolysebehandling hvis relevant – på et tidspunkt ikke senere end kl. 20.30. Det er på denne baggrund sandsynliggjort med mere end 50 % sikkerhed, at As symptomer helt eller delvist kunne være mindsket, men det uvist i hvilket omfang symptomerne kunne være mindsket. Hvis A var blevet indlagt i forbindelse med den første henvendelse til lægevagten, ville det være muligt at vide, hvilke gener (om nogen) han havde fået af sin grundsygdom. Den tvivl der består med hensyn til årsagssammenhængen, skal komme A til gode.

På baggrund af den lægelige vurdering, som blev indhentet til brug for Ankenævnets behandling, må det lægges til grund som overvejende sandsynligt, at As méngrad ville være 30 % som følge af grundsygdommen, hvis behandlingen med trombolyse var sket omkring kl. 20.30. Der er ikke grundlag for at fastslå, at A helt ville være sluppet for varige mén som følge af grundsygdommen. Der er herved lagt vægt på besvarelsen af spørgsmål 6 i den lægelige vurdering. Det fremgår heraf, at der ville være følger af grundsygdommen, som en trombolyse ikke kunne fjerne, da de havde været til stede siden om eftermiddagen. Det må på den baggrund lægges til grund, at A, allerede inden han ringede til lægevagten kl. 17.50, havde følger af grundsygdommen, som den efterfølgende behandling ikke kunne fjerne.

Der er som nævnt enighed mellem parterne om, at det samlede varige mén efter blodproppen var 100 %. På den anførte baggrund og under hensyn til den bevislempelse der som anført ovenfor kan ske, er der et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at fastslå, at As varige mén som følge af den forsinkede diagnosticering og behandling (merskaden) udgør 70 %. Retten tager herefter boets subsidiaire påstand til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 65.000 kr., og af retsafgift med 4.000 kr., i alt 69.000 kr. Der er ved fastsættelse af sagsomkostninger gået ud fra, at værdien af påstanden vedrørende varigt mén udgør 357.760 kr. (værdien af varigt mén på 100 % udgør 550.400 kr. med fradrag af allerede tilkendt varigt mén 192.640 kr.) Der er også lagt vægt på, at der under forberedelsen af sagen er indhentet en udtalelse fra Retslægerådet.

Boet efter A v/bobestyrer advokat Tine Blach Ladefoged Christensen er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A er berettiget til yderligere godtgørelse for varigt mén, svarende til en samlet méngrad på 70 % som følge af patientskaden, med den konsekvens, at sagen skal hjemvises til beregning af godtgørelsens størrelse.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal til Boet efter A betale sagsomkostninger med 69.000 kr.

Sagsomkostningerne skal betales inden 14 dage og 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. 15-12-2022 kl. 16:02

Modtagere: Advokat Stine Pedersen, Sagsøger Boet efter A v/bobestyrer
advokat Tine Blach Ladefoged Christensen, Sagsøgte Ankenævnet for
Patienterstatningen, Advokat (L) Mikael Skou Skjoldager