

Kammeradvokaten
v/adv. Lene Damkjær Christensen
Vester Farimagsgade 23
1606 København V

MODTAGET
JOURNALEN
24 NOV. 2010

J. nr. 12-2853

UDSKRIFT

af

DOMBOGEN FOR VESTRE LANDSRET

DOM

afsagt den 22. november 2010 af Vestre Landsrets 2. afdeling (dommerne Dorte Jensen, Bjerg Hansen og Henrik Bjørnager Nielsen) i 1. instanssag V.L. B-0607-06

[REDACTED]

(advokat Nina Hygum, Bjerringbro)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten ved advokat Lene Damkjær Christensen, København)

Indledning

Denne sag drejer sig om, hvorvidt sagsøgeren, F [REDACTED] er berettiget til erstatning efter den dagældende patientforsikringslov som følge af den behandling, han modtog på A [REDACTED] Sygehus og B [REDACTED] Sygehus i 1998.

F [REDACTED] blev indlagt på A [REDACTED] Sygehus den 4. august 1998. Den 9. august blev han overflyttet til B [REDACTED] Sygehus, og den 10. august blev han opereret, idet det var konstateret, at han led af betændelse i hjerteklappen med påvirkning af nyre- og leverfunktionen. Hans højre ben blev amputeret over knæet den 14. august 1998, og venstre ben blev amputeret over knæet den 19. oktober 1998.

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, har den 19. september 2005 meddelt F [REDACTED], at nævnet havde truffet afgørelse om, at han ikke er berettiget til erstatning efter den dagældende patientforsikringslov.

Sagen er anlagt ved landsretten den 16. marts 2006.

Sagsøgeren har haft fri proces under sagen med retshjælpsdækning med maksimum.

Påstande

F[REDACTED] har nedlagt påstand om, at Patientskadeankenævnet skal anerkende, at han er berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven, og at sagen hjemvises til Patientforsikringen med henblik på fastsættelse af erstatningens størrelse.

Patientskadeankenævnet har heroverfor påstået frifindelse.

Patientskadeankenævnets afgørelse

Patientskadeankenævnet har den 26. august 2005 truffet afgørelse, der er meddelt i brev af 19. september 2005. Det fremgår, at Patientforsikringen den 12. oktober 2004 havde meddelt afslag på erstatning, og at denne afgørelse blev tiltrådt. I brevet er anført følgende begrundelse og sagsfremstilling:

"Begrundelse for afgørelsen

Det er en betingelse for, at der kan ydes erstatning efter lov om patientforsikring, at der ved behandling eller undersøgelse eller undladelse heraf er påført patienten fysisk skade, jf. patientforsikringsloven § 1, stk. 1. Det er i tilknytning hertil tillige en betingelse, at den fysiske skade med overvejende sandsynlighed er en følge af den foretagne behandling eller undersøgelse og ikke blot skyldes patientens grundsygdom eller andre forhold, jf. lovens § 2, stk. 1.

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at De ved behandlingen på henholdsvis A[REDACTED] Sygehus og B[REDACTED] Sygehus ikke er blevet påført en fysisk skade; men at det forhold, at De den 14. august 1998 fik amputeret højre underben og den 19. oktober 1998 fik amputeret venstre underben, skal tilskrives en udvikling af Deres grundsygdom i form af en hjerteklapsinfektion.

Nævnet har herved lagt vægt på, at der allerede ved indlæggelsen på medicinsk afdeling den 4. august 1998 blev rejst mistanke om problemer med den ene hjerteklap, hvilket blev bekræftet ved ultralydsundersøgelse samme dag, og der blev givet antibiotisk behandling. De blev endvidere overvåget i det antibiotiske behandlingsforløb med henblik på at overvåge, om der indtrådte en forværring af Deres hjertelidelse, der skulle medføre akut opera-

tion. Nævnet har endvidere iagt vægt på, at der som følge af hjerteklapiidelsen, og på trods af den igangværende behandling, skete påvirkning af de store blodkar i benene, hvilket førte til amputationerne. Nævnet finder på den baggrund, at amputationerne skyldes en udvikling af grundsygdommen og ikke en skade som følge af den givne behandling.

I den forbindelse bemærkes det, at der ikke ses at være givet Dem en anderledes behandling for Deres hjerteklapiidelse som følge af, at det fejlagtigt blev anført, at De skulle have været blandingsmisbruger.

Patientskadeankenævnet kan i øvrigt tiltræde, at Deres behandling på A Sygehus og B Sygehus har været i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Nævnet har ved vurderingen lagt vægt på journalmaterialet i sagen, hvorfra det fremgår, at samtlige indgreb blev udført på korrekt indikation og med anvendelse af korrekt teknik og metode, ligesom der gennem hele forløbet blev foretaget de relevante undersøgelser og iværksat den korrekte behandling.

Betingelserne for at yde erstatning efter patientforsikringsloven er således ikke opfyldt, jf. lovens § 1, stk. 1, jf. § 2, stk. 1.

Sagsfremstilling:

Patientskadeankenævnet henviser til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 12. oktober 2004, hvorfra følgende fremgår:

”...

De blev den 4. august 1998 indlagt på A Sygehus via egen læge. De var alment svækket og havde skæve blodprøver. De havde på indlæggelsestidspunktet feber, og angav at De havde lægekramper. Man fandt ved den objektive undersøgelse, at De havde let pibende systolisk mislyd ved hjertet og hævelse omkring anklerne. De havde via egen læge fået konstateret blodmangel og var [svedende] og kronisk medtaget. Ekg viste sinustakykardi (hurtig puls) med højresidig grenblok og forlænget AV-overledning. Man fandt ingen udvækster på mitral- eller hjerteklapper, men fandt at de var insufficiante. De blev sat i behandling med antibiotika.

Den 5. august 1998 viste blodprøver vækst af streptokokker, hvorfor man fandt indikation for at observere Dem for endokardit, urinvejsinfektion og lever abscesser.

Den 6. august 1998 fik De foretaget en TEE (transoesofagal ekkokardiografi) på [A Sygehus] som viste endokardit. De blev medicinsk behandlet for endokarditten og observeret for forværring af Deres helbredsstand.

Ved undersøgelse den 7. august 1998 havde De ikke tegn på hjerterytmeforstyrrelser, men der var fortsat en hjertefrekvens på 100 til 110. De klagede fortsat over smerter i benene, som var hævede og misfarvede langs fodranden. Man ville se Deres benproblematik an.

Den 9. august 1998 om morgenen blev De pludselig dårlig og udviklede kortvarigt AV-blok (langsom puls på grund af overledningsforstyrrelser). Man tog kontakt til B Sygehus, og fandt indikation for at overflytte Dem akut.

Efter undersøgelser på B Sygehus fandt man, at De havde en svær aortaendokardit med begyndende skridende nyrefunktion, hvorfor man den 10. august 1998 fandt indikation for operation.

De blev den 10. august 1998 opereret på B Sygehus, hvor De fik indsyet en mekanisk aortaklapprotese og fik rensset ud i en absces. De blev i efterforløbet intensivt behandlet.

Den 11. august 1998 fandt man ingen pulse i lysken eller højre fod. De var øm i højre læg, men kunne ikke bevæge fodled eller tær på begge sider. Man fandt herefter behov for karkirurgisk tilsyn.

På grund af ringe blodforsyning til benene fik De den 14. august 1998 amputeret højre ben til låret, og efterfølgende fik De den 19. oktober 1998 amputeret venstre ben til låret.

... ” ”

Supplerende sagsfremstilling

F blev indlagt den 4. august 1998 efter henvisning fra egen læge til observation for blodmangel. På den blanket, som F^s egen læge havde udfyldt i forbindelse med indlæggelsen, er i en rubrik om fast medicin anført acilog 400 mg dagligt og trusel 15 mg x 3. Det er oplyst, at det er henholdsvis mavesårsmedicin og beroligende medicin. På blanketten har lægen bl.a. andet skrevet:

”Ca 1 md siden problemer idet samlever efter 18 år forlod : Som reaktion 1 uge med hash og spiritus siden clean. Vægttab ca 10 kg. Haft en enkelt anfald med kramper spec lok til ve ue. der stadig er meget smertefuldt iotte anamnestisk om febrile episoder.

...

Pt. plejer at være i fin form med vægttræning m.m.”

På kardex er for den 4. august 1998 i rubrikken ”Grundsygdom /Årsag til indlæggelse” anført ”Alkohol- og pillemisbrug”.

I journalen er i forbindelse med indlæggelsen på A Sygehus bl.a. anført:

”...

Spiritus

Går af og til på druk af et par dages varighed. Sidste 1½ måneds tid haft overforbrug i form af ca. 10 guldøl dgl.

...”

Senere samme dag er i journalen bl.a. anført ”Pt. har gennem flere år haft et stort alkoholforbrug på mindst 10-12 guldøl dgl. ”. I samme journalnotat er senere anført, at patienten muligvis er interesseret i antabusbehandling.

F[redaktet] blev behandlet mod abstinenser og fik antibiotika

Af et journalnotat af 8. august 1998 fremgår, at F[redaktet] ikke længere var præget af abstinenser. Den følgende dag fik han ordineret sotacor og udviklede kortvarig totalt AV-blok, hvorefter han blev overflyttet til B[redaktet] Sygehus.

I et journalnotat af 9. august 1998 fra B[redaktet] Sygehus, Hjertemedicinsk Afd. , er det bl.a. anført, at F[redaktet] har ”kendt stort alkoholmisbrug og ligeledes blandingsmisbrug”. Konklusionerne i dette notat er ”aortainsufficiens og aortaendokardit.” og ”operation trækkes så længe som overhovedet muligt, men kan nemt blive akut nødvendigt.”.

F[redaktet] blev opereret den 10. august 1998, hvor der ifølge journalnotatet ved åbning af perikardiet stod frit pus, og man fandt en ”kæmpestor absces”.

F[redaktet] blev den 12. august 1998 flyttet tilbage til Hjertemedicinsk Afdeling . I et journalnotat af samme dag er bl.a. anført: ”Er endvidere kronisk alkoholiker med blandingsmisbrug.”

Den 13. august 1998 blev der foretaget karkirurgisk indgreb, og den følgende dag blev højre ben amputeret over knæet.

Den 20. august 1998 fik F[redaktet] indsat en pacemaker, hvorefter han den 24. august 1998 blev flyttet tilbage til A[redaktet] Sygehus. I det første journalnotat fra Ortopædkirurgisk Afdeling efter tilbageførslen er under overskriften ”Tidligere” anført, at patienten er kendt alkohol- og hashmisbruger gennem mange år med talrige indlæggelser bag sig. Under overskriften ”socialt” i samme journalnotat er bl.a. anført, at patienten er på metadonaftrapning.

Den 3. september 1998 blev der foretaget karkirurgisk indgreb, og den 19. oktober blev venstre ben amputeret over knæet. Den 5. november 1998 blev F. [redacted] udskrevet til hjemmet.

Efterfølgende har F. [redacted] gjort A. [redacted] Sygehus opmærksom på, at det er en fejl, at han i journalen er betegnet som kendt blandingsmisbruger med mange tidligere indlæggelser. I et brev af 2. juni 1999 fra overlæge A. [redacted], A. [redacted] Sygehus, til [redacted] Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen, om denne henvendelse hedder det bl.a.:

"...

... Jeg må give patienten ret i, at han faktisk ikke har været hospitaliseret på A. [redacted] Sygehus på grund af et medicinforbrug. Han har fået fjernet mandlerne for mange år siden, men derudover har han angiveligt været rask. Kun hospitaliseret i tilknytning til den aktuelle sygdom.

Vi har ingen sikre oplysninger om, om han har haft noget større blandingsmisbrug. Derfor må de tidligere udtalelser trækkes tilbage som fejlbeskrivelser af hans sociale og helbredsmæssige forhold.

Undertegnede har beklaget overfor patienten, og han har modtaget en kopi af ovennævnte skrivelse til Social- og Sundhedsforvaltningen."

Retslægerådets udtalelser

Der har under forberedelsen af sagen været stillet en række spørgsmål til Retslægerådet.

Retslægerådet har i en udtalelse af 7. december 2007 besvaret en række spørgsmål. Bl.a. er følgende spørgsmål besvaret således:

"Spørgsmål 1:

Det ønskes oplyst, hvorvidt journalmaterialet giver grundlag for, at man ved indlæggelsen på A. [redacted] eller B. [redacted] Sygehus kunne lægge til grund, at sagsøger var blandingsmisbruger, og i givet fald ønskes grundlaget herfor konkret oplyst.

Det fremgår ikke klart hvorfra oplysningerne om, at F. [redacted] var blandingsmisbruger stammer, men han oplyser ved indlæggelsen til journal-skrivende læge den 03.08.98, at han af og til går på druk af et par dages varighed og den sidste halvanden måneds tid har haft overforbrug i form af cirka 10 guldøl dagligt. I sygeplejekardeks samme dag, citeres han selv at

have omtalt sit alkohol- og medicinforbrug som psykosomatisk. Brugen af cannabis bekræftes i egen læges journal (notat fra 09.07.98).

Spørgsmål 2:

Det ønskes oplyst, hvorvidt det normalt vil være i overensstemmelse med god lægeskik at anføre oplysninger i journalen om, hvorvidt en patient er kronisk blandingsmisbruger samt grundlaget herfor.

Det er god lægeskik at anføre omfanget for et misbrug. Dette vil oftest være baseret på patientens egne oplysninger om forbrugets størrelse. Oplysninger om tidligere indlæggelser på grund af misbrug vil sædvanligvis også være baseret på patientens egne udsagn.

Det er god lægeskik at anføre informationskilden, såfremt oplysningerne ikke stammer fra patienten selv.

Spørgsmål 3:

Det ønskes oplyst, hvorvidt der ved indlæggelsen har været objektive indikationer for at starte en behandling med diemal og i givet fald hvilke.

Objektivt havde F. [redacted] hurtig hjerterefrekvens, hvilket kan være et af symptomerne ved alkoholabstinens.

Spørgsmål 4:

Det ønskes oplyst, om der ved iværksættelse af abstinensbehandling bør foretages en journaltilførsel af årsagen hertil.

Det er god lægeskik at anføre årsagen til en behandling – dette gøres blandt andet ved at anføre tentative diagnoser og efterfølgende angive den instituerede behandling – hvilket også var tilfældet ved journalnotatet på V. [redacted] Sygehus af 04.08.98.

Spørgsmål 5:

Kan en ikke lægeligt indikeret brug af diemal til en patient uden abstinenser, men med sepsis, forværre dennes tilstand og i givet fald hvordan.

Det ønskes oplyst, hvorvidt lægerne kan have forvekslet symptomerne på begyndende sepsis (hurtig puls, sløret sensorium og feber) med abstinenser.

Der er ingen studier, der afklarer dette hypotetiske spørgsmål. Spørgsmålet kan derfor ikke besvares.

Spørgsmål 6:

Kan det antages, at det ville have forbedret sagsøgers tilstand, hvis diagnosen endokardit var blevet stillet allerede på indlæggelsesdagen, og i givet fald hvordan.

På indlæggelsesdagen den 04.08.98 bliver muligheden for endokardit nævnt og der bliver udført ekkokardiografi og taget prøver til undersøgelse for bakterier i blodet (venyler). Undersøgelse af blodet for bakterier kan tage flere dage – og denne undersøgelse er det begrænsende led for at kunne stille den endelige diagnose endokardit – og for at iværksætte den korrekte

antibiotiske behandling. Den endelige diagnose endokardit kunne således ikke stilles på indlæggelsesdagen.

Spørgsmål 7:

Kunne det have forbedret sagsøgers tilstand og behandlingsmuligheder, hvis man var påbegyndt en endokardit behandling allerede på indlæggelsesdagen.

Spørgsmålet er hypotetisk – men det er generelt således at hurtig iværksættelse af behandling baseret på korrekt diagnose er fremmende for patientens tilstand.

F. fik allerede på indlæggelsesdagen antibiotika direkte i karbanen (zinacef). Dette alene kan ikke anses for "fuld" endokarditbehandling – men den endelige bakteriologiske diagnose kunne jo heller ikke stilles på indlæggelsesdagen, jævnfør spørgsmål 6.

Spørgsmål 8:

Det ønskes oplyst, hvorvidt sagsøges symptomer på indlæggelsesdagen skønnes at indikere tilkaldelse af speciallæge i hjertesygdomme.

Der blev udført relevante diagnostiske tiltag og relevant behandling på indlæggelsesdagen - F. symptomer indikerede ikke tilkald af speciallæge i hjertesygdomme på indlæggelsesdagen.

Spørgsmål 9:

I den forbindelse ønskes det oplyst, hvorvidt CRP (betændelsestallet for kredsløbet) indikerede en omgående behandling og i givet fald hvordan.

CRP er en uspecifik markør i blodet, som er forhøjet ved de fleste sygdomme. Forhøjet CRP indikerer per se ikke behandling, men yderligere diagnostiske undersøgelser, som det var tilfældet ved F. indlæggelse.

Spørgsmål 10:

Det ønskes oplyst, hvorvidt der under indlæggelsen og forud for behandlingen er sket optimal kontrol af både CRP og blodtryk.

I modsat fald ønskes det oplyst, om det har haft konsekvenser for behandlingen af sagsøger.

Kontrol af CRP-værdier i blodet er ikke afgørende ved diagnose og behandling af endokardit. Målingerne af CRP er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Der tages mange blodtryk under en indlæggelse og ikke alle blodtryksværdier bliver indført i journalen. Der er dog intet i journalen, der tyder på, at der ikke skulle være udført kontrol af F. blodtryk i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 11:

Det ønskes oplyst, om den operative behandling burde have været iværksat på et tidspunkt [tidligere] tidspunkt.

Man kan selvsagt ikke afgøre, om et operationstidspunkt er optimalt for den enkelte patient. Forløbet beskrevet i journalen fra indlæggelse til operation – med antibiotisk behandling i seks døgn inden operationen – er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

...

Spørgsmål 13:

Det ønskes oplyst, hvorvidt sagsøger burde have været sendt videre til S til intensiv overvågning på et tidligere tidspunkt end sket.

I givet fald ønskes det oplyst, om forløbet har indebåret risiko for en forværring af sagsøgers tilstand, herunder en forværring af behandlingsmulighederne.

F sendes til behandling på B Sygehus, da der tilkommer rytmeforstyrrelse som påvirkede kredsløbet. Tidspunktet for overflytning er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard for overflytning af en patient med endokardit.

Spørgsmål 14:

Det ønskes oplyst, hvorvidt anvendelsen af et sotacor har været lægeligt indikeret.

F havde tilfælde ved alvorlige rytmeforstyrrelser (VT) – dette indikerede i 1998 anvendelse af sotacor.

Spørgsmål 15:

Det ønskes oplyst, hvorvidt anvendelsen af sotacor skønnes at have forværret sagsøgers tilstand eller forværret behandlingsforløbet.

Spørgsmålet er hypotetisk og vanskeligt at besvare. Væsentligt er, at F havde rytmeforstyrrelse inden indgift af sotacor. F havde efter indgift af sotacor en anden type rytmeforstyrrelse – som kan være en bivirkning til sotacor-indgiften – men som også kan være forårsaget af infektionen omkring ledningsbundet i hjertet.

...

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke lidelser sagsøgerens symptomer på indlæggelsestidspunktet var forenelige med.

Diagnose af en sygdom er baseret på patientens symptomer, lægens kliniske fund ved den objektive undersøgelse samt parakliniske undersøgelser som blodprøver, røntgen af hjerte og lunge, ekg, med videre. Der spørges alene til symptomer relateret til sygdommen, og derfor kan spørgsmålet ikke besvares. De beskrevne symptomer af F ved indlæggelsen er

alle uspecifikke og ses ved en række sygdomme som hjertesygdom, kræft, bakterier i blodet, alkoholmisbrug med videre.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, om den på A [redacted] og B [redacted] Sygehuse givne behandling i perioden fra 4. august til 19. oktober 1998 var lægeligt indiceret og udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer, eller om en erfaren specialist på området ville have iværksat anden behandling og hvornår.

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om den ved indlæggelsen den 4. august 1998 iværksatte behandling med zinacef ville være lægeligt indiceret, selvom det ikke fejlagtigt var blevet lagt til grund, at sagsøgeren var blandingsmisbruger, eller om undersøgelses- og behandlingsforløbet i øvrigt ville have været anderledes.

Svaret bedes udførligt begrundet.

Ad B 1. afsnit:

Behandlingen i perioden 04.08.98 til 19.10.98 på A [redacted] og B [redacted] Sygehuse var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Ad B 2. afsnit:

Spørgsmålet er hypotetisk. Det vurderes ud fra journalen, at behandlingen med zinacef den 04.08.98 – og undersøgelses- og behandlingsforløbet i øvrigt – var upåvirket af antagelsen af at F [redacted] var blandingsmisbruger.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, om den den 14. august 1998 på B [redacted] Sygehus foretagne amputation af sagsøgerens højre ben til låret, jf. bilag E, må anses for med overvejende sandsynlighed at være en følge af sagsøgerens grundlidelse eller en udvikling heri, den på A [redacted] og B [redacted] Sygehuse givne behandling, herunder behandlingen med Diemal eller eventuel utilstrækkelig behandling af en hjertelidelse, eller andre forhold.

Svaret bedes udførligt begrundet.

Amputationen, der blev udført den 14.08.98, blev foretaget på grund af irreversibel iskæmi (muskeldød) af højre fod og underben, en tilstand, der var opstået på grund af udbredt trombo-emboli (blodpropdannelse) i pulsårerne til og i højre ben, og en følge af grundlidelsen. Komplikationen er hæderlig og uden relation til behandling med Diemal eller behandling af hjertelidelsen i øvrigt.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse, om den den 19. oktober på A [redacted] Sygehus foretagne amputation af sagsøgerens venstre ben til låret, jf. bilag I, må anses for med overvejende sandsynlighed at være en følge af sagsøgerens grundlidelse eller en udvikling heri, den på A [redacted] og B [redacted] Sygehuse givne behandling, herunder behandlingen med Diemal eller eventuel utilstrækkelig behandling af en hjertelidelse, eller andre forhold.

Svaret bedes udførligt begrundet.

Amputationen, der blev udført den 19.10.98, blev foretaget på grund af irreversibel iskæmi (muskeldød) af venstre fod og underben, en tilstand, der var opstået på grund af udbredt trombo-emboli (blodpropdannelse) i pulsårerne til og i venstre ben, og en følge af grundlidelsen. Komplikationen er hædelig og uden relation til behandling med Diemal eller behandling af hjertelidelsen i øvrigt.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen for endokardit blev iværksat, da den var lægeligt indiceret, eller om erfaren specialist på området ville have iværksat behandling herfor på et tidligere tidspunkt.

Såvel den medicinske som den kirurgiske behandling var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

...

Spørgsmål G:

Retslægerådet bedes oplyse, om det operative indgreb, der blev foretaget den 10. august 1998 (fjernelse af den betændte hjerteklap og indsættelse af en kunstig) blev foretaget, da dette var lægeligt indiceret eller om en erfaren specialist på området havde foretaget operationen på et tidligere tidspunkt.

Valget af tidspunktet – den 14.08.98 – for hjertekiapsoperationen var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

...”

Herefter har Retslægerådet den 26. marts 2009 besvaret en række yderligere spørgsmål.

Bl.a. er følgende spørgsmål besvaret således:

”Spørgsmål 19:

Hvad var sagsøgers grundsygdom ved indlæggelsen?

Akut infektiøs endokardit.

...

Spørgsmål 21:

Kan det på grundlag af henvisningssedlen fra egen læge lægges til grund, at patienten var kronisk alkoholmisbruger og kunne lide af abstinenser?

Spørgsmålet kan ikke besvares, da henvisningssedlen ikke forefindes. Sagsøger har imidlertid selv redegjort for et betydeligt misbrug gennem 1½ måned og på forespørgsel erklæret, at han muligvis vil være interesseret i antabusbehandling.

Spørgsmål 22:

- a) *Vil de konstaterede målinger for blodtryk, blodtab og hjerterefrekvens være symptomer for en alvorligere tilstand for en toptrænet person med velfungerende hjertefunktion, men med et akut tilfælde af endokardit og absces i venstre ventrikel end for en kronisk alkoholmisbruger?*
- b) *Vil det i bekræftende fald være sandsynligt eller overvejende sandsynligt, at man ville have udført et operativt indgreb før 10. august 1998, såfremt sagsøgeren ikke var blevet opfattet og behandlet som kronisk alkoholmisbruger?*

- a) **Spørgsmålet er hypotetisk og dårligt defineret. Det kan ikke besvares.**
- b) **Bortfalder.**

Spørgsmål 23:

Er det sædvanligt, at man ved behandling af en kronisk alkoholmisbruger med endokardit vil se tiden an i en længere periode før operativt indgreb end ved en person, der ikke er kronisk alkoholmisbruger?

Nej.

Spørgsmål 24:

Af Retslægerådets svar 5 fremgår, at der ikke er studier, der afklarer om brug af diemal td en patient uden abstinenser, men med sepsis kan forværre patientens tiistand.

I denne anledning bedes Retslægerådet oplyse om brugen af negativ inotrop medicin som diemal, fenemal, stesolid og sotacor kan

- a) *modvirke den iværksatte antibiotikabehandling mod endokardit,*
- b) *nedsætte blodtrykket,*
- c) *hæmme hjertes funktion,*
- d) *få blodet til at koagulere og*
- e) *påvirke patientens centralnervesystem således, at patientens evne td selv at forøge hjerterefrekvens og blodtryk og derved tilføre især benene mere blod, forringes?*
- f) *i det omfang spørgsmål a-e besvares bekræftende bedes Retslægerådet oplyse, om det kan bekræftes, at der dag 4 efter indlæggelsen ikke forefandtes penicillin – gentamycin i blodet, og om dette kan være udtryk for, at antibiotikabehandlingen ikke har virket?*
- g) *endvidere bedes Retslægerådet oplyse, om det kan bekræftes, at der fra indlæggelsen den 4. august 1998 til indsættelse af pacemaker på B Sygehus den 10. august 1998 er sket en eksplosiv udvikling i betændelsestilstanden i absces i venstre ventrikel, og om dette kan skyldes brugen af den inotrop negative medicin, diemal, fenemal, stesolid og sotacor i*

den første indlæggelsesuge, og om denne udvikling har skadet sagsøgers hjerte med livsvarig behov for pacemaker?

Svaret bedes udførligt begrundet.

Retslægerådet skal bemærke, at det blandt de nævnte lægemidler kun er sotacor, der kan tilskrives en negativ inotrop effekt. Nedenstående svar på a-e refererer derfor til dette lægemiddel.

- a) Nej.
- b) Ja. Et typisk tilstræbt mål for behandling med den gruppe af lægemidler som sotacor tilhører, om end det ikke her var det primære mål.
- c) Ja. Se svar på spørgsmål b.
- d) Nej.
- e) Jævnfør besvarelsen af spørgsmål b og c kan sotacor føre til nedsat blodgennemstrømning til underekstremiteter (ben), men en sådan eller lignende behandling er ikke en kontraindikation selv hos personer med dårligt blodomløb.
- f) Nej. Der er ikke svarende til klinisk rutine undersøgt for indhold af penicillin, som sagsøger i øvrigt heller ikke blev behandlet med. For gentamycin forholder det sig således, at der hos personer med normal nyrefunktion ofte ikke kan påvises indhold heraf i de prøver der tages. De tages konventionelt sidst i et dosisinterval og før næste dosis, og det manglende indhold afspejler, såvel en kort eliminationstid for gentamycin, som en normal nyrefunktion.
- g) Nej. Der er ingen sandsynlighed for, at sotacor eller for sags skyld nogle af de øvrige lægemidler kan have forårsaget, at endokarditten har udviklet sig til absces. Sidsmævnte er en direkte konsekvens af den alvorlige infektiøse hjerteklapbetændelse.

...

Spørgsmål 27:

I svar 10 har Retslægerådet oplyst, at kontrol af CRP ikke er afgørende ved diagnose og behandling af endokardit, og at målinger af CRP er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

I denne anledning bedes Retslægerådet oplyse,

- om en CRP på over 200 samtidig med at sagsøgeren har feber kan være udtryk for en ukontrolleret betændelsestilstand i hjertet, der kan være symptom på såvel endokardit som den senere konstaterede absces i venstre ventrikel,
- hvor ofte CRP og blodtryk under disse omstændigheder bør måles og
- hvor ofte sådanne målinger rent faktisk er foretaget ifølge journalen?

Spørgsmålet kan ikke besvares generelt, men det kan oplyses, at diagnosen infektiøs endokardit stilles med baggrund i kombinationen af længerevarende feber, mislyd ved hjertestetoskopi, og diagnostiske sikkerhed opnås ud fra de såkaldte Duke-kriterier, dvs. dyrkning af typiske mikroorganismer fundet i to separate sæt bloddyrkninger og diagnostisk ekkokardiografi med mobile elementer i dette tilfælde på aortaklapperne. I Dukes hovedkriterier indgår ikke CRP, men den anvendes i vurderingen af effekten af den antibiotiske behandling. Det kan oplyses, at CRP først viser signifikant fald efter ugers behandling. Normalt måles CRP i et behandlingsforløb 2-3 gange om ugen.

Spørgsmål 28:

I svar C og D har Retslægerådet oplyst, at amputation af højre og venstre fod og underben skyldes irreversibel muskeldød af højre fod og underben opstået pga. blodpropdannelse i pulsårerne til og i højre ben som følge af grundlidelsen og uden relation til behandling af diemal eller behandling af hjertelidelsen i øvrigt.

I denne anledning bedes Retslægerådet oplyse,

a) var tilstanden irreversibel ved indlæggelsen og i benægtende fald hvornår blev tilstanden irreversibel?

b) hvorledes er Retslægerådets konklusion om blodpropdannelse som følge af grundlidelsen forenelig med det forhold,

at det af røntgenundersøgelse af 12. august 1998 ikke fremgår, at der er tale om blodpropdannelse i højre ben men om "total alternativ subtotal okklusion" (helt eller delvist tillukning),

at det af histologisk undersøgelse på C [redacted] Hospital den 18. august 1998 fremgår, at der ikke er forefundet mikroorganismer i blodet og

at der af karkirurgiske undersøgelser den 13. august 1998 (bilag 1 side 12-13) og den 3. september 1998, bilag 1 side 114) ikke er fundet blodpropper,

c) med hvilken sikkerhed kan Retslægerådet konkludere, at evt. blodpropper i benene hidrører fra grundsygdommen?

d) kan der være årsager til blodproppernes opståen og i bekræftende fald, kan sandsynligheden herfor nærmere beskrives?

a) Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

b) - Velforenelig da netop blodpropdannelsen er det patofysiologiske korrelat til røntgenfundet.

- Fundet er forventeligt efter massiv antibiotisk behandling siden indlæggelsen.

- Ved karkirurgisk indgreb den 12.08.98 blev netop fjernet blodpropper fra tre forskellige arterier på højre side. Ved indgreb den 03.09.98 fandtes postinfektiøse arteritforandringer. Begge er forenelige med Retslægerå-

dets konklusion vedrørende relation mellem grundlidelse og blodpropdannelse.

- c) Retslægerådet ser sig ikke i stand til at udtale sig om grad af sandsynlighed, men skal dog anføre at blodpropdannelsen er velforenelig med og en velkendt komplikation til sagsøgers grundsygdom.
- d) Nej.

Spørgsmål 29:

Kan det være overvejende sandsynligt, sandsynlig eller kan det udelukkes, at blodtilførslen til bene blev hæmmet på grund af,

- a) nedsat blodtryk,
- b) nedsat volumen af blod i årerne,
- c) nedsat flow,
- d) at blodet koagulerede,
- e) en betændelsestilstand i årerne,
- f) hjerteinsufficiens,
- g) androgent chok

og at alle disse forhold ikke blev afhjulpet, men forværret af sygehusets indledende behandling med negativ inotrop medicin?

- a) De journalførte blodtryksmålinger har, fraset de sidste dage op til klapoperationen, hviike var en konsekvens af syge og insufficiante klapper, ikke vist nedsatte værdier. Der har dog ikke været tale om så lave værdier, at blodtilførslen til højre ben må forventes at have været kompromitteret.
- b) Kan ikke besvares da et nedsat blodvolumen ikke er dokumenteret.
- c) Kan ikke besvares da et nedsat flow ikke er dokumenteret.
- d) Kan ikke besvares da det intetsteds fremgår, at blodet generelt koagulerede.
- e) Den dårlige blodtilførsel til venstre ben, som førte til amputation, var betinget af blodpropdannelse, mens den dårlige blodtilførsel til venstre ben med efterfølgende amputation ud fra journalmaterialet må antages at være betinget af en postinfektøs betændelsestilstand.
- f) Hjerteinsufficiens i et omfang, som kan forventes at have kompromitteret blodtilførslen i klinisk betydende grad, er ikke dokumenteret i journalmaterialet.

- g) Retslægerådet kan ikke forholde sig til begrebet "androgent chok". Er der tænkt på kardiogent shock, er dette dokumenteret i journal fra V. Sygehus og kan ikke antages at have haft nogen relation til den senere amputation.

Såfremt kontraindikationer, af hvilke sagsøger i øvrigt ingen frembød, for behandling med betablokerende lægemidler, in casu sotacor (jævnfør besvarelsen af spørgsmål 24) tilgodeses, ses kun iette bivirkninger.

Spørgsmål 30:

- a. *uanset om CRP, blodtryk, volumen og hjerterefrekvens anses kontrollerede i overensstemmelse med god lægefaglig standard bedes oplyst, om det af udviklingen i tallene kan konstateres, at sagsøgerens tilstand trods den iværksatte behandling blev dårligere?*

I forbindelse med besvarelsen af spørgsmålet bedes Retslægerådet oplyse, om følgende kan lægges til grund,

- *at blodtrykket for indlæggelsesdagen den 4. august 1998 tid syttedagen faldt fra 120/50 til 80/40,*
 - *at der de første seks indlæggelsesdage konstateredes tiltagende blodmangel og*
 - *at hjerterefrekvensen for indlæggelsesdagen til dag seks faldt fra 116 til 80.*
- b. *Retslægerådet bedes oplyse, hvilken mængde negativ inotrop medicin sagsøger modtog i det første seks indlæggelsesdage og om dette samlet er udtryk for en overdosering, der kan have ført til kardiogent chok?*
- c. *Kan det bekræftes, at CRP steg til over 2000 og at det først faldt seks døgn efter hjerteroperationen efter massiv inotropi med adrenalin, dopamin og dobutrex?*

I bekræftende fald kan dette være tegn på, at den første uges medicinske hæmning af det sympatiske immunforsvar med negativ inotrop medicin er årsag til, at betændelsestilstanden udviklede sig eksplosivt med amputationen af benene og skader i hjertet til følge?

- a) Nej. Der er ikke en entydig sammenhæng mellem udvikling i blodprøvesvar og klinisk tilstand.
- *der henvises til besvarelsen af spørgsmål 29a.*
 - *den nedsatte hæmoglobinværdi er en direkte og forventelig konsekvens af den svære infektion.*
 - *spørgsmålet kan ikke besvares meningsfuldt, da hjerterefrekvensen afhænger af en lang række mere eller mindre indbyrdes afhængige faktorer. De dokumenterede værdier er alle inden for et område, som er foreneligt med forløbet af en svær og kompliceret infektiøs tilstand.*
- b) Sotacorbehandlingen blev iværksat med en startdosis på 80mg og en planlagt vedligeholdelsesdosis på 80mg x 2 dgl. Tilsyneladende er der kun givet to doser, og der er ikke tale om en overdosering.

- c) CRP-værdien steg til knapt 2000 og et senere fald afspejler eksklusivt det svære infektionsforløb samt selve operationen, og de nævnte lægemidler kan ikke tages til indtægt for at påvirke CRP-værdien.

Spørgsmål 31:

Af journalen fra 1998 kont: 2, side 3, bilag A, fremgår, at patienten angiver tidligere at have haft normal ekkokardiografi, men der foreligger ikke journal.

På sygehuset var der 1. april 1998 efter anmodning fra egen læge taget blodprøver og ekkokardiografi, jf. bilag 14.

I denne anledning bedes Retslægerådet besvare følgende spørgsmål:

- a) *er det i overensstemmelse med god lægeskik ikke at undersøge patientens oplysninger nærmere om tidligere foretaget ekkokardiografi m.v.?*
- b) *kan oplysningerne i bilag 14 – have givet et bedre grundlag for tidligere at have stillet den rette diagnose og derved formindsket risikoen for de senere alvorlige komplikationer?*
- a) Spørgsmålet kan ikke besvares entydigt, da behov for fremskaffelse af tidligere journalmateriale med mere altid vil være dikteret af, om det skønnes relevant i en given situation.

- b) Nej.

Spørgsmål 32:

Såfremt det lægges til grund, at sagsøgers ben ved indlæggelsen havde en blålig farve samt at der var sår på benene, kan dette forhold da alene eller sammen med symptomerne nævnt under spørgsmål 25 indikere, at blodtilførslen til benene var hæmmet og at hurtig behandling var nødvendig?

Nej.

...

Spørgsmål 35:

I svar 3 har Retslægerådet oplyst, at hurtig hjerterefrekvens kan være et symptom ved alkoholabstinens.

I denne anledning bedes oplyst, om hurtig hjerterefrekvens er et specifikt symptom på alkoholabstinens, således at man alene på dette grundlag kan stille diagnosen abstinens eller om hurtig hjerterefrekvens også kan være symptom på en række andre forhold, gerne illustreret med eksempler?

"Kan" i Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 betyder også "kan ikke". Alternative årsager til hurtig hjerterefrekvens er legio, e.g. iltmangel, feber, fysisk anstrengelse og angst.

...

Spørgsmål 38:

I svar 15 har Retslægerådet oplyst, at det er hypotetisk og vanskeligt at besvare, om anvendelsen af sotacor har forværret sagsøgers tilstand, idet sagsøger efter indgift af sotacor havde en anden rytmeforstyrrelse – som kan være bivirkning af sotacor – indgiften – men som også kan være forårsaget af en infektion omkring ledningsbundtet i hjertet.

I denne anledning bedes Retslægerådet oplyse følgende:

- a) *har Retslægerådet i sin besvarelse taget i betragtning, at det af journalen fra B Sygehus den 9. august 1998, bilag C, kont. nr. 2, fremgår følgende: Pt's 3° AV-blok skyldes sotacorbehandling.....?*

I bekræftende fald bedes oplyst, om dette forhold giver Retslægerådet anledning til at ændre sin besvarelse?

- b) *kan den omstændighed at abscessen med gennembrud til septum og perikardiet med tamponade først konstateres i forbindelse med hjerteoperationen den 10. august 1998 skyldes, at abscessens eksplosive udvikling først har fundet sted efter behandlingen med sotacor den 9. august 1998 og at behandlingen med sotacor derfor kan være årsag til abscessens eksplosive udvikling?*

Er dette overvejende sandsynligt, sandsynligt eller udelukket?

- a) Ja.
- b) Det må anses for udelukket, at behandlingen med sotacor har haft nogen som helst indflydelse på progressionen af og udviklingen af abscessen.

Spørgsmål 39:

Hvilke varige mén havde patienten efter udskrivningen, som han ikke havde ved indlæggelsen?

Givet det samlede behandlingsforløb har sagsøger følgende mén: dobbeltsidig femuramputation, aortaklapprotese, permanent pacemaker.

Spørgsmål 40:

Hvad er årsagen til at patienten pådrog sig disse mén?

Årsagen for hvert mén bedes angivet?

Svaret bedes udtømmende begrundet.

Den vaskulære underextremitetsinsufficiens, som førte til amputationerne, var betinget af thromboembolier og postinfektive arteritforandringer (betændelsesforandrede pulsårer), som samlet set må tilskrives den svære infektiøse tilstand. Aortaklapprotesen var nødvendig på grund af de af endokarditten ødelagte klapper. Den alvorlige kardielle tilstand med infektiøs endokardit og septal absces (byld i skillevæg), forklarer de kardielle ledningsforstyrrelser, som viste sig at kræve permanent pacemakerbehandling.

Spørgsmål 41:

Er de varige men, som sagsøger pådrog sig under indlæggelsen mere omfattende end normale følger af grundsygdommen eller dennes behandling?

Den statistiske sandsynlighed bedes om muligt angivet.

Indsættelse af kunstig hjerteklapprotese og permanent pacemaker er en livsreddende behandling ved svær, akut, infektiøs endokardit med absces i hjertets skillevæg.

Spørgsmål 42:

Besvares spørgsmål 41 bekræftende bedes oplyst, om grundsygdommen eller dennes behandling normalt har varige følger, og i bekræftende fald bedes disse beskrevet.

Spørgsmålet kan ikke besvares generelt, men det kan oplyses, at akut, infektiøs endokardit fortsat har en høj dødelighed med omkring 20%. Kan have mange komplikationer med infektiøse blodpropper til øjne, hjerne, nyre og tarm og underekstremiteterne (ben).

..."

Sagsøgerens forklaring

F[redacted] har forklaret, at han er født i 1943. Han modtager højeste førtidspension. I 1998 var han hjemmegående "husfar". Han havde tidligere været i militærpolitiet og læst dansk på universitetet, men måtte afbryde sin uddannelse i 1983 blandt på grund af en skilsmisse. Han boede i en årrække sammen med en kvinde, men forholdet ophørte i sommeren 1998, hvor hun flyttede. Han er far til en voksen datter.

Han havde ikke været syg før 1998. Han havde dog fået fjernet sine mandler, da han var 29 år, og han havde i en årrække fået medicin mod mavesår. Han tog medicinen, når han fik symptomer, og det hjalp øjeblikkeligt. Han er aldrig opereret på grund af mavesår. Han har aldrig haft et alkoholmisbrug, heller ikke den sidste måneds tid inden indlæggelsen.

Han trænede med vægte 3-4 gange om ugen, og han løb også et par gange om ugen. Det havde han gjort i mange år. Hans kondition var således helt i top, og hans hjerte og kredsløb var meget stærkt.

Han fik taget nogle blodprøver den 1. april 1998. På det tidspunkt var han noget stresset. Kommunen ville have ham i aktivering, men det ville han ikke acceptere. Blodprøverne

var i orden, bortset fra at det blev konstateret, at der var en betændelsestilstand i kroppen. Det kunne ikke specifikt konstateres, hvor betændelsestilstanden var lokaliseret.

Efter at hans samlever havde forladt ham, havde han en uges tid, hvor han nok drak lidt for meget. I forbindelse hermed gav han over for sin læge udtryk for, at han "ikke kunne leve af sprut alene". Han tror, at lægen kan have misforstået denne bemærkning, og at lægen har tillagt det alt for stor betydning.

Han fik det dårligere og dårligere i løbet af sommeren og kunne ikke få noget mad ned. Han tabte sig voldsomt hen ad vejen, nok op til 10 kg. Han havde kramper hele tiden de sidste 14 dage op til indlæggelsen. Hans forældre tog ophold hos ham en måneds tid inden indlæggelsen. Hans kæreste forlod ham, fordi han var meget syg og nok var uduelig. Han var syg, inden hun forlod ham. Efter sommerferien blev han endnu dårligere.

Det var hans mor, der ringede til lægen i begyndelsen af august. Lægen troede, at det var noget psykosomatisk. Han var hos lægen fredag inden indlæggelsen. Han var konfus og træt, og lægen kunne godt se, at det var helt galt. Det kan have været hans mor, der har oplyst noget om brug af hash. Han har ikke selv talt med lægen herom. Han havde ikke røget hash i mange år og har aldrig været misbruger, men alene prøvet at ryge enkelte gange i sin tid som studerende for mange år siden.

Han blev indlagt den 4. august 1998. Han kan godt huske de første timer, men ikke så meget derefter. Han kunne selv gå ind på sygehuset. Han fik et chok, da han hørte, hvordan han blev tiltalt. Hans hjerte bankede hurtigt, da han blev indlagt, og han havde feber og var svedig. Han blev spurgt om alt muligt, men ikke om misbrug af alkohol og hash. Han sagde, at han drak alkohol en gang imellem. Han ville gerne vise sine ben, der var blå, men det var personalet på sygehuset ikke interesseret i. Der blev ikke sagt noget om, at man mente, at han var kronisk misbruger. Han har bestemt ikke sagt noget om et forbrug på 10 guldøl dagligt. Det er noget, man på sygehuset uden grundlag selv har sluttet sig til. Der var ikke nogen på sygehuset, der hørte efter, hvad han sagde. Han drøftede ikke en antabusbehandling med personalet på sygehuset. Der blev ikke sagt noget om, at han skulle have behandling mod abstinenser. Han fik diemal, som han ikke vidste, hvad var. Han kan ikke huske så meget, idet han var helt væk meget af tiden. Han vågnede dog enkelte gange op. Han konstaterede i forbindelse hermed, at hans ben var blå helt op til knæet. Det sagde han til personalet på sygehuset, men de lyttede ikke.

Den 9. august blev han pludselig meget dårlig. Han var ved at dø på grund af blodmangel. Han fik sotacor, og så gik det helt galt. Han blev overflyttet til B. Han erindrer ikke, at hans hjerte blev opereret, eller at der blev foretaget et karkirurgisk indgreb i benet. Han var ikke indstillet på, at der skulle gennemføres en amputation, men da lægerne sagde, at han ville dø, hvis der ikke blev gennemført en amputation, fik hans datter ham overtalt.

Efter at han kom tilbage til A Sygehus, blev der gennemført et yderligere karkirurgisk indgreb den 3. september. Han gennemgik 7 operationer på 6 uger. Hver gang han vågnede, prøvede han at finde ud af, hvad der foregik. Han fandt under indlæggelsen aldrig ud af, at man opfattede ham som alkoholiker. Han følte, at der blev talt ned til ham.

Han kan ikke bruge proteser, da amputationerne begge er sket over knæet. Han har et livsvarigt behov for pacemaker. Han har også fået meget store ar fra begge lår op til brystet og har fantomsmerter, som kommer overraskende. Han får medicin i form af metadon, som han tager efter behov. Han har også fået et kronisk posttraumatisk stresssyndrom på grund af den måde, det er foregået på. Han føler, at det har været en håbløs kamp, hvor ingen har villet lytte. Han kan ikke sove mere end 1½ time ad gangen. Han føler, at han har været udsat for et overgreb.

Det er efter hans opfattelse de lægemidler, som han fik under indlæggelsen, navnlig diemal og sotacor, der har været årsagen til, at det gik så galt. Den antibiotika, som han fik, havde ingen virkning over for streptokokker. Sygehuset indledte en behandling med diemal, fordi man fejlagtigt troede, at han var alkohol- og pillemisbruger. Han mener, at diemalen har hæmmet hans immunsystem. Diemal skal få hjerterefrekvensen ned, men det var netop hans hurtige hjerterefrekvens kombineret med hans gode form, der reddede ham. Diemalen fik betændelsestilstanden til at udvikle sig og hæmmede blodtilførslen til benene. Det eneste, man interesserede sig for på sygehuset, var, at han skulle af med abstinenserne. Han fik også sotacor, som fik hans hjerte til at slappe af. Sotacoren var prikken over i'et. Hvis de havde sendt ham hjem med noget penicillin, havde det nok været bedre. Medicinen nedbrød hans hjerterytme.

Efter hans opfattelse kan A Sygehus have forvekslet ham med J, som var en på sygehuset kendt misbruger, der nu er død.

Anbringender

F [REDACTED] har til støtte for påstanden i første række gjort gældende, at skaderne i form af bl.a. amputation af begge ben, skader i hjertet og varig nedsat hjertefunktion, ar og psykiske skader med overvejende sandsynlighed er forvoldt som følge af forkert og ikke rettidig behandling, idet det må antages, at en erfaren specialist på området under de givne omstændigheder ville have handlet anderledes, hvorved skaderne ville være undgået, jf. dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1.

Trods Retslægerådets udtalelser bør det ved vurderingen af sandsynligheden for årsags-sammenhængen mellem behandlingen og skaderne tillægges betydelig vægt, at F [REDACTED] på grund af utilstrækkelige journalmæssige sikkerhedsprocedurer i journalerne stod anført som mangeårig alkohol- og blandingsmisbruger, hvilket ubestridt var forkert. Symptomerne på hjerteklapbetændelse blev som følge heraf forvekslet med abstinens-symptomer, og F [REDACTED] blev derved behandlet med abstinensnedsættende medicin, der havde en direkte skadelig virkning. Denne medicin modvirkede således den i øvrigt iværksatte behandling ved at dæmpe eller svække hjertefunktionen, så blodforsyningen til benene blev yderligere forringet. Havde fokus i stedet været rettet mod behandling af en rask og veltrænet person uden tidligere alvorlige sygdomme er det overvejende sandsynligt, at den svære endokardit var blevet opdaget tidligere. Det er dermed også overvejende sandsynligt, at der tidligere i forløbet ville være blevet iværksat kirurgisk indgreb eller anden relevant behandling, hvorved skaderne kunne være undgået.

Det må endvidere efter Retslægerådets svar på spørgsmål 2 lægges til grund, at det i sig selv var en fejl og i strid med god lægeskik ikke i journalen at angive informationskilden til oplysningen om, at F [REDACTED] var blandingsmisbruger. Det må herved anses for overvejende sandsynligt, at en overholdelse heraf ville have ført til, at fejlen var opdaget langt tidligere, hvorved den skadelige behandling kunne være undgået eller stoppet. De begåede fejl bør under alle omstændigheder føre til en lettelse af bevisbyrden. Tilsvarende bør det tillægges bevismæssig betydning til fordel for F [REDACTED], at der på baggrund af navnlig Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 og 15 i hvert fald ikke kan ses bort fra, at behandlingen med abstinensnedsættende medicin kan have forværret tilstanden.

F [REDACTED] har i anden række gjort gældende, at der med overvejende sandsynlighed som følge af undersøgelserne og behandlingen er forvoldt skade i form af komplikationer,

der er mere omfattende, end hvad han med rimelig må tåle, jf. dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 4. Han har til støtte herfor specielt henvist til at begge ben er blevet amputeret og til skaderne på hjertet og på mavemusklerne.

Patientskadeankenævnet har til støtte for påstanden om frifindelse gjort gældende, at F. [REDACTED] ikke har godtgjort, at skaderne med overvejende sandsynlighed er forvoldt som følge af forkert eller ikke rettidig behandling, jf. den dagældende patientskadelovs § 2, stk. 1, nr. 1, eller at skaderne som følge af indtrådte komplikationer i forbindelse med undersøgelserne eller behandlingen er mere omfattende, end hvad F. [REDACTED] med rimelig må tåle, jf. § 2, stk. 1, nr. 4. Der er derfor ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse, hvorefter nævnet ikke anerkendte skaden som en patientskade efter patientforsikringsloven.

Det må efter Retslægerådets udtalelser og de øvrige lægelige oplysninger i sagen lægges til grund, at undersøgelserne og behandlingen af F. [REDACTED] i forløbet var i overensstemmelse med alment anerkendt lægelig standard, og at skaderne skyldes grundlidelsen, akut infektiøs hjerteklapbetændelse, og den nødvendige behandling heraf. Amputationerne af benene og skaderne på hjertet og det efterfølgende behov for indsættelse af pacemaker skyldes således en udvikling af grundsygdommen, hvilket bl.a. fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene C, D og 24 g. De øvrige skader i form af ar, ødelagte mavemuskler, fantomsmerter i benene mv. og årsagen hertil er ikke nærmere dokumenteret gennem spørgsmål til Retslægerådet eller på anden måde. Under hensyn til skadernes art og beskrivelse må disse dog under alle omstændigheder anses for at være en følge af grundlidelsen.

Det forhold, at F. [REDACTED] i journalen fejlagtigt stod anført som blandingsmisbruger, har ikke haft nogen betydning for behandlingen af hjerteklaplidelsen. Dette fremgår således også af bl.a. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B, hvorefter undersøgelses- og behandlingsforløbet må anses for upåvirket af antagelsen af, F. [REDACTED] var blandingsmisbruger. Selv hvis F. [REDACTED] som følge den begåede journalfejl måtte indrømme en vis bevismæssig lettelse, er Retslægerådet så klar i sine besvarelser, at der intet grundlag er for at give erstatning.

Patientskadeankenævnet har særligt vedrørende patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, anført, at det under alle omstændigheder taler imod at give erstatning, at grundsygdommen,

hvis den var forblevet ubehandlet, må antages at ville have haft dødelig udgang.

Landsrettens begrundelse og resultat

Efter den dagældende patientforsikringslovs § 1, stk. 1, ydes erstatning efter reglerne i loven til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på et sygehus.

Det er i tilknytning hertil efter lovens § 2, stk. 1, en betingelse for tilkendelse af erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en række nærmere angivne måder, herunder hvis det efter § 2, stk. 1, nr. 1, må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået.

Efter lovens § 2, stk. 1, nr. 4, ydes endvidere erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på den måde, at der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål A anført, at de beskrevne symptomer ved indlæggelsen alle var uspecifikke og ses ved en række sygdomme som hjertesygdom, kræft, bakterier i blodet, alkoholmisbrug med videre, og det fremgår af Retslægerådets udtalelser, herunder bl.a. af besvarelsen af spørgsmålene 10, 11, 13, B, E og G, at undersøgelserne og behandlingen af F på A og B Sygehuse i forløbet var i overensstemmelse med alment anerkendt lægelig standard. Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål B herunder vurderet, at undersøgelses- og behandlingsforløbet var upåvirket af antagelsen af, at F var blandingsmisbruger.

I besvarelsen af spørgsmål C og D har Retslægerådet anført, at amputationerne af benene til låret var en følge af grundlidelsen og skyldes muskeldød i fødder og underben på grund af blodpropdannelse i pulsårerne. Det er yderligere anført, at komplikationerne er hændelige og uden relation til behandlingen med Diemal eller behandlingen af hjertelidelsen i øvrigt. I besvarelsen af spørgsmål G har Retslægerådet videre anført, at valget af tidspunktet for hjerteklapoperationen var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefag-

lig standard, og i besvarelsen af spørgsmål 24 g er det bl.a. anført, at den udviklede absces er en direkte konsekvens af den alvorlige infektiøse hjerteklapbetændelse.

For så vidt angår de øvrige påberåbte skader er karakteren og omfanget heraf og årsagen til skaderne ikke nærmere belyst gennem spørgsmål til Retslægerådet.

Det lægges til grund, at det beror på en fejl, når F [redacted] i journalerne er anført som mangeårig alkohol- og blandingsmisbruger. Fejlen må betragtes som kritisabel og er da også beklaget af A [redacted] Sygehus. Der er imidlertid efter bevisførelsen, herunder Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B, ikke grundlag for at antage, at fejlen har haft betydning for tilrettelæggelsen af undersøgelses- og behandlingsforløbet vedrørende hjerteklaplidelsen og de konstaterede skader.

På baggrund af Retslægerådets udtalelser og efter bevisførelsen i øvrigt, herunder indholdet af de øvrige lægelige oplysninger i sagen, finder landsretten herefter ikke, at skaderne eller nogen del heraf med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved fejl begået i forbindelse med undersøgelserne eller behandlingen, eller at der som følge heraf er forvoldt skade i form af komplikationer mv., der er mere omfattende, end hvad F [redacted] med rimelighed måtte tåle.

Betingelserne for at yde erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, eller § 2, stk. 1, nr. 4, er derfor ikke opfyldt, og landsretten tager herefter Patientskadeankenævnets påstand om frifindelse til følge.

F [redacted] skal efter sagens udfald betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet. Sagsomkostningsbeløbet fastsættes til 75.000 kr. til udgifter til advokatbistand inklusive moms. Landsretten har lagt vægt på sagens værdi, varighed og omfang, herunder den omstændighed at der to gange har været stillet spørgsmål til Retslægerådet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Sagsøgeren, F [redacted] skal inden 14 dage betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet med 75.000 kr. I det omfang, der ikke er dækning af retshjælpsforsikringen,

skal beløbet betales af statskassen.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Dorte Jensen

Bjerg Hansen

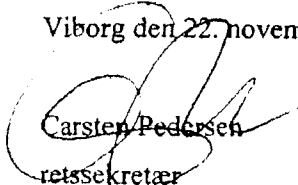
Henrik Bjørnager Nielsen

Udskriften udstedes uden betaling.

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Vestre Landsret,

Viborg den 22. november 2010



Carsten Pedersen

retssekretær