

MODTAGET

04 DEC. 2007

Kammeradvokaten
v/adv. Henrik Nedergaard Thomsen
Vester Farimagsgade 23
1606 København V

J. nr. 12-2690

UDSKRIFT

af

DOMBOGEN FOR VESTRE LANDSRET

D O M

afsagt den 3. december 2007 af Vestre Landsrets 9. afdeling
(dommerne Kirsten Thorup, Fabrin og Regitze Brosbøl Lauridsen
(kst.)) i 1. instanssag

V.L. B-0682-05

Boet efter P

ved Lone Mikkelsen

(advokat Birgit Lindø, Århus)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten ved advokat Henrik Nedergaard Thomsen, Kø-
benhavn).

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, har truffet følgende afgø-
relse, der blev meddelt den 22. september 2004:

" Vedr.: Boet efter P

Ved Patientforsikringens afgørelse af 21. oktober
2003... blev der meddelt boet efter P
afslag på erstatning efter lov om patientforsikring
vedrørende P's behandling på
A hospital og B Sygehus i perioden fra den
27. juni 2002 til den 8. juli 2002.

Ved skrivelse af 27. oktober 2003 klagede P's
enke, L, over afgørelsen. L
anførte til støtte for klagen, at der ved
behandlingen af P burde have været fo-
retaget MR-scanning, idet denne ville have vist, at
P havde flere abcesser i hjernen,
hvilke kunne have været behandlet, førend de ud-
viklede sig til hjernehindebetændelse.

De har ved skrivelse af 29. oktober 2003 som advo-
kat for L fremsat supplerende bemærk-
ninger til klagen, idet De har henvist til, at an-
vendelse af en anden teknik ville have ført til, at
der blev stillet den korrekte diagnose. De har end-
videre henvist til, at P's forhøjede

infektionstal den 8. juli 2002 burde have givet anledning til at foretage nye undersøgelser. De har endelig henvist til, at der er sket fejlfortolkning af de under behandlingsforløbet foretagne CT-scanninger.

Patientskadeankenævnet har fra Patientforsikringen indhentet en udtalelse, som De har modtaget kopi af, og nævnet har endvidere modtaget sagens akter.

Ved skrivelse af 17. november 2003 har ledende overlæge på A hospital J bemærket, at MR-scanning ikke blev foretaget på A hospital som følge af, at P ikke ønskede at medvirke til en sådan undersøgelse.

De har ved skrivelse af 18. november 2003 fastholdt Deres klage, og ved skrivelse af 26. november 2003 har De afvist, at P skulle have nægtet at medvirke til en MR-scanning. De har endvidere gjort gældende, at P uanset ovenstående burde have været foreholdt situationens alvor med henblik på at overtale ham til at medvirke til de nødvendige undersøgelser.

Patientforsikringen har ved supplerende udtalelse af 9. december 2003, som De har modtaget kopi af, fastholdt afgørelsen.

Ved skrivelse af 17. august 2004 har De fastholdt, at en erfaren specialist på det pågældende område ville have kunnet stillet diagnosen bylder på hjernen på et tidligere tidspunkt, hvilket ville have ført til en anderledes behandling med et bedre resultat. De har endvidere anført, at sagen bør vurderes af en specialist i neurokirurgi.

Deres klage har herefter været behandlet på et møde i Patientskadeankenævnet den 31. august 2004.

Nævnet er sammensat af ...

Der blev truffet følgende

A F G Ø R E L S E:

Patientforsikringens afgørelse af 21. oktober 2003 tiltrædes.

Denne afgørelse kan indbringes for landsretten ...

Begrundelse for afgørelsen:

Det følger af patientforsikringslovens § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1 og nr. 2, at skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, eller diagnosen er blevet stillet for sent, kun erstattes i to situationer:

1. Hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende. Det er en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed herved ville være undgået. Det er derimod ikke en betingelse, at der er begået fejl af lægen eller andre i forbindelse med undersøgelsen eller behandlingen.
2. Hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende.

Nævnet har ved vurderingen lagt til grund, at den foretagne CT-scanning og P's almentilstand ved indlæggelsen ikke gav mistanke om hjerneabcesser eller hjernebetændelse, selvom der ved indlæggelsen og dagen efter var tegn på en aktiv infektion i form af blandt andet forhøjede leukocyttal, forhøjet CRP og forhøjet sænkingsreaktion. Nævnet har endvidere lagt til grund, at P's den 3. juli 2002 udviklede kvalme og hovedpine, og at der den 4. juli 2002 blev foretaget en CT-scanning, der viste vækst af de tidligere fundne infarkter (følger efter blodprop) samt en nyttilkommen infarkt i pandelappen.

Nævnet finder på ovennævnte baggrund, at behandling efter bedste specialiststandard havde medført, at der den 4. juli 2002 var blevet foretaget CT-scanning efter indgivelse af kontrastvæske, idet P's på dette tidspunkt havde fremskredne symptomer fra hjernen og tegn på en aktiv infektion. Det er nævnets opfattelse, at en CT-scanning med indgivelse af kontrastvæske den 4. juli 2002 ville have rejst mistanke om infektion i hjernen i form af diffus lokaliseret hjernebetændelse (cerebritis) eller i form af hjernebylder (abcesser).

Nævnet finder dog ikke, at P's fatale sygdomsforløb med overvejende sandsynlighed kunne have været ændret, selvom der den 4. juli 2002 var rejst mistanke om en infektion i hjernen på bag-

grund af en CT-scanning med indgivelse af kontrastvæske. Nævnet har herved lagt vægt på, at der var tale om en meget voldsom infektion, der førte til P's død blot 4 dage efter, at han den 4. juli 2002 havde udvist fremskredne symptomer fra hjernen. Hertil kommer, at P ved indlæggelsen havde fået foretaget en CT-scanning, der viste normale forhold, og at han i øvrigt var relativt upåvirket ved indlæggelsen. Nævnet finder, at den behandling, der kunne have været iværksat den 4. juli 2002, ville bestå af en operation med henblik på udtagelse af væv til dyrkning. Operationen ville ikke i sig selv have medført en bedring af P's tilstand, men kunne have medvirket til en målrettet antibiotikabehandling. P

var dog i antibiotikabehandling fra den 5. juli 2002, og når der henses til, at han tidligt i forløbet havde udviklet en blodprop i hjertet og senere fik nyresvigt finder nævnet ikke, at det fatale hændelsesforløb kunne have været undgået selv hvis der den 4. juli 2002 var rejst mistanke om en infektion i hjernen.

Der findes ikke i sagen i øvrigt grundlag for at antage, at skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der blev anvendt ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende af P

Patientskadeankenævnet finder på denne baggrund ikke, at det forhold, at P afgik ved døden den 8. juli 2002 som følge af hjerneabcesser og hjernehindebetændelse, er en følge af forsinket eller forkert diagnosticering af P's grundlidelse.

Sagsfremstilling:

På baggrund af sagens journalmateriale, har Patientskadeankenævnet lagt følgende hændelsesforløb til grund ved afgørelsen af sagen:

P blev den 27. juni 2002 indlagt på A hospital under diagnosen blodprop i hjernen på baggrund af kortvarende tilfælde af styringsbesvær af venstre ben, hovedpine og manglende evne til at udføre visse bevægelser (apraxi). Der blev ved indlæggelsen fundet en mislyd over hjertet. CT-scanning samme dag viste ikke tegn på blodprop i hjernen.

Den 28. juni 2002 fik P på ny styringsbesvær i venstre side og kramper, og en ny CT-

scanning viste forandringer, der tydede på følger efter blodprop i begge hjernehalvdele, hvilket mistænkttes at være relateret til mislyden over hjertet. Der fandtes endvidere let forhøjede infektionstal.

P fik den 29. juni 2002 konstateret marginalt forhøjede infektionstal og der blev iværksat ny undersøgelse af infektionstallene. P blev sat i behandling med Magnyl og Klexane.

Den 1. juli 2002 konstateredes let lammelse i højre side af ansigtet og af højre arm. Ved en kardiologisk undersøgelse fandtes et sammenfald af en mitralklap som følge af en sprængt senestreng og der anbefalede en operativ udskiftning af mitralklappen. P blev ifølge journalnotaterne samme dag tilbudt en MR-scanning som følge af en usædvanlig placering af de ved CT-scanningen fundne blodpropper, men han afslog dog som følge af klaustrofobi.

P angav den 2. juli 2002 at ville medvirke til en MR-scanning. Han fik i perioden herefter tiltagende hovedpine og kvalme og der fandtes indikation for ny CT-scanning.

Den 4. juli 2002 blev P overflyttet til B Sygehus, idet CT-scanningen havde vist tiltagende størrelse af følgerne efter blodproppen i højre isselap og nyttilkomne følger efter blodprop lavt i højre pandelap. Ultralydsundersøgelse af hjertet gav ikke mistanke om, at forandringerne i hjernen skyldtes P's hjertelidelse. P var ved overflyttelsen vågen og klar, men præget af svær hovedpine.

Ved undersøgelse den 5. juli 2002 fandtes P fortsat svært præget af hovedpine og med uregelmæssig hjerterytme. Han havde ikke forhøjet temperatur og var ikke nakkerygstiv. Der fandtes faldende infektionsparametre, som kun var marginalt forhøjede i forhold til det normale. Det besluttedes at undlade at foretage MR-scanning, da en sådan ikke fandtes at kunne bidrage til belysning af blodproppernes nærmere omfang, og idet MR-scanning som følge af P's klaustrofobi skulle foregå i fuld narkose. Der fandtes indikation for operation af P's hjerte som følge af begyndende svigt af mitralklapperne, og da der ikke kunne udelukkes hjerteklapbetændelse, hvilken operation blev foretaget samme dag.

Efter operationen konstateredes det, at der var op-
hørt nyrefunktion og kraftnedsættelse i venstre
side, hvilket ikke fandtes inden operationen. CT-
scanning den 6. juli 2002 viste en forværring af
følgerne efter blodpropperne.

Den 7. juli 2002 fandtes infektionsparametrene på
ny at være forhøjede, og P's kliniske
tilstand var forværret med bevidsthedssvækkelse og
lysstiv pupil på højre side som tegn på øget tryk i
hjernen.

Den 8. juli 2002 fandtes stærkt forhøjede infek-
tionstal, og P's tilstand var tilta-
gende blevet forværret. P afgik ved
døden samme aften.

Efterfølgende obduktion har vist, at P
havde hjernehindebetændelse og hjerneabcesser og
endvidere, at der 1 til 2 uger inden indlæggelsen
var opstået en større blodprop i hjertet. Der fand-
tes ikke ved obduktionen af den fjernede hjerteklap
tegn på hjerteklapbetændelse eller tegn på, at
hjerteklappen var udgangspunktet for blodpropdan-
nelse."

Påstande

Under denne sag, der er anlagt den 21. marts 2005, har sagsø-
geren, Boet efter P, ved I, nedlagt
påstand om, at Patientskadeankenævnet skal anerkende, at der
tilkommer sagsøgeren erstatning som følge af fejlagtig og
forsinket diagnosticering og behandling af afdøde P's

sygdom på A hospital og B Sygehus i
perioden fra den 27. juni 2002 til den 8. juli 2002, jf. lov
om patientforsikring § 1, stk. 1, jf. § 3, stk. 1, jf. § 2,
stk. 1, nr. 1.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse.

Parterne har været enige om at lægge til grund, at der den 4.
juli 2002 burde være foretaget CT-scanning efter indgivelse
af kontrastvæske, og at dette ville have rejst mistanke om
infektion i hjernen i form af diffus lokaliseret hjernebetæn-

delse (cerebritis) eller i form af hjernebylder (absecesser).

Boet efter P har fri proces og retshjælpsdækning.

Sagsfremstilling

P var født den 24. marts 1947.

Af journalen fra Neurologisk Afdeling F3 på
A hospital fremgår blandt andet følgende:

Den 27. juni 2002 blev der bestilt CT-scanning af hjernen og kardiologisk udredning. Den 28. juni konkluderedes det, at der var tale om et TCI-tilfælde, formentlig fra højre parietallap, subsidiært højre frontallap. På grund af kardiell mislyd burde patienten undersøges førstkommande mandag (den 1. juli) og forblive indlagt indtil da. Han kunne dog gå på weekend, hvis han var velbefindende lørdag den 29. juni. Den 28. juni om aftenen fik P et pludseligt tilfælde af styringsbesvær og krampeanfald og blev CT-scannet. Det anførtes i journalen, at man måtte mistænke en embolikilde fra hjertet. I journalen den 29. juni anførtes blandt andet, at patienten var velbefindende til morgen, men klagede over muskelømhed og bilaterale hoftesmerter. Han havde ikke feber, men dog marginalt forhøjet infektionstal, hvorfor der ikke var mistanke om endokardit. Den 1. juli anførte overlæge H blandt andet, at der noteredes forhøjede leukocyter og CRP-forhøjelse. CT-scanning havde vist infarkt i vandskellet på venstre side og et mindre infarkt parietalt på højre side. P var herefter til kardiologisk tilsyn, hvor der blev fundet mitralprolaps på basis af "ruptur af corda". Det anførtes endvidere, at de cerebrale insulter var placeret bilateralt på vandskellet mellem det posteriore og det anteriore kredsløb. Endelig anførtes: "Ikke lige nøj-

agtig, hvor man plejer at se embolier fra cor. Jeg synes derfor vi skal forsøge at få en MR-skanning med angiografi. Har talt med pt. herom, man han lider af ret udtalt klaustrofobi. Har tidl. forsøgt MR-skanning af en skulder og kunne ikke gennemføre det. Det er aftalt, at han skal op at se skanneren og evt. må vi [give] lidt benzodiazepin".

I journalen for tirsdag den 2. juli 2002 er det anført, at det er lykkedes at overtale patienten til at medvirke til en MR-scanning med angiografi (kontrastvæske).

Onsdag den 3. juli 2002 anførte overlæge H i journalen blandt andet, at CT-skanningerne til morgen var set igen, og at "infarkterne er vandskelsinfarkter og sammenholdt med cordarupturen i hjertet kan der være tale om hypoperfusion som årsag til infarceringen. Pt. har været meget plaget af spekulationer og de sidste par dage også hovedpine lokaliseret til panden. Til morgen synes han også, at han er forkvalmet og har let opkastning."

Torsdag den 4. juli 2002 anførte overlæge H i journalen blandt andet, at patienten fortsat havde kraftig hovedpine trods medicin herimod. Han havde også kvalme og havde kastet op. Der bestiltes en akut CT-scanning af hjernen med henblik på, om der var hæmoragisk omdannelse i infarkterne, og om der skulle være kommet flere infarkter.

Efter kontakt til kardiologisk afdeling på

B Sygehus blev P samme dag overført hertil. Samme dag vurderedes det i journalen herfra, at de cerebrale infarkter med høj sandsynlighed skyldtes emboli fra hjertet.

I journalen for den 5. juli 2002 fra B Sygehus er det blandt andet anført, og at patienten i hele forløbet havde

været afebril, at der ved indlæggelsen var konstateret CRP på godt 600, som nu spontant var faldet til 300. Der var i forløbet marginalt forhøjet leukocyttal på 11-12. Det noteredes, at patienten var svært plaget af hovedpine. Konkluderende anførtes det, at der var flere friske cerebrale insulter og erkendt svær mitral insufficiens på baggrund af chordaruptur. Der blev taget kontakt til overlæge E , MR-centret, som ikke fandt, at en eventuel MR-scanning ville kunne bidrage yderligere til genesen af infarkterne, men ville kunne afklare eventuelle yderligere ved CT-scanning ikke verificerede infarkter og bedre kvantificere infarkternes udbredning. Det anførtes endvidere, at patienten havde svær klaustrofobi, og at MR-scanning kun ville kunne gennemføres i fuld anæstesi. Det fandtes ikke, at MR-scanning ville kunne bidrage med væsentligt nyt aktuelt. Efter ekkokardiografi fandtes der klare tegn til chordaruptur af septale flig med hæmodynamisk betydende mitralinsufficiens, men der kunne ikke visualiseres betændelse på hjerteklappen.

Efter yderligere undersøgelser drøftedes tilfældet på hjertekonference fredag den 5. juli, hvor det blev besluttet at stile mod operation samme aften med henblik på udskiftning af hjerteklappen. Denne operation blev gennemført om aftenen kl. 18.30-20.45. Samme dag iværksattes antibiotisk behandling med højdosis penicillin og gentamycin.

I journalen fra lørdag den 6. juli anførtes det, at operationen havde været tilsyneladende ukompliceret. Det vurderedes imidlertid, at nyrefunktionen var ophørt, og at der var nyttilkomne/agraverede neurologiske symptomer.

Ifølge journalen fra søndag den 7. juli konstateredes blandt andet høje infektionstal.

Mandag den 8. juli forværredes P 's

tilstand i lø-

bet af formiddagen. Ved en CT-scanning kl. 11.50 konstateredes blandt andet snævre pladsforhold supratentorielt. Kl. 19.35 anførtes i journalen, at der var konstateret tegn på svært forhøjet intrakranielt tryk og klemte ventrikler. Patienten var fuldstændig reaktionsløs, behandlingen indstilledes, og P døde kl. 22.35.

Fra de blodprøver, der under indlæggelserne blev udtaget, fremgår følgende analyser for så vidt angår sedimentationsreaktion (sænkning) angivet i arbejdsenheder, C-reaktivt protein (CRP) angivet i nanomol/liter og leukocytter angivet i enheden mia/liter:

Tidspunkt	Sænkning	CRP	Leukocytter
Normalt	2-15	<75	3,0 - 10,0
28/6 07.30	23		
29/6 11.00	29	600	11,3
3/7 08.00	52	493	8,9
4/7 07.30	51	343	9,7
4/7 19.00		334	12,48
5/7 08.00		314	11,74
5/7 15.00		388	11,20
6/7 08.00		700	9,04
7/7 05.00		3860	23,15
8/7 05.00		5316	22,82

Af analyser af prøver udtaget på *B* Sygehus til dyrkning i perioden fra den 4. juli kl. 19.15 til den 8. juli kl. 03.30 fremgår, at der udover en enkelt prøve med formentlig forurening ikke blev konstateret nogen bakterievækst.

Af obduktionsrapporten af 27. september 2002 fremgår af konklusionen blandt andet, at patienten havde store bilaterale occipitale abscesser med ledsagende meningoencephalit af pu-

rulent type samt kronisk meningoencephalit, samt at han herudover havde udviklet bilaterale, occipitale og frontale infarkter og forandringer svarende til inkarceration. Der blev fundet myocardielle forandringer, der primært blev tolket som infarkter af noget ældre dato, fordi der var grågullige områder i randen, men det viste sig ved mikroskopien med tilhørende specialfarvninger, at det var fibrøse strøg lokaliseret perivaskulært, der lå i randen omkring et akut myokardieinfarkt. Det udtaltes, at der "må således være tale om et akut myokardieinfarkt opstået på basis af den cerebrale katastrofe". I den tilhørende mikroskopibeskrivelse er det anført, at der var tale om et "myokardie infarkt der er imellem 1-2 uger gammelt vel nærmest omkring en halv snes dage." I den neuropatologiske erklæring er det anført, at der "findes udbredte abscesser i begge occipitalklapper og en svær akut meningoencephalitis med overgang i kronisk inflammation. Der er tillige et frisk infarkt i venstre frontallap, og der er voldsomt ødem, stase og staseblødninger i hjernestammen. Det mest sandsynlige er, at patienten har haft en akut endocarditis med afgang af pyæmiske tromber til hjernen og påfølgende abscedering og infarcering."

Ved undersøgelse af den udskiftede mitralklap fandtes ingen mistanke om endokardit.

L₁ anmeldte den 24. januar 2003 dødsfaldet til Patientforsikringen. Dette blev ligeledes anmeldt den 25. marts 2003 af B Sygehus. A hospital anmeldte tilfældet den 6. maj 2003 ved overlæge J, der i anmeldelsen blandt andet anførte, at "Gentagne CT-skanninger viste hjerneinfarkt. Anvendelse af anden teknik kunne formentlig have givet den korrekte diagnose hjerneabsces, hvorefter der ville være givet anden behandling med overlevelse som mulighed."

Under sagens behandling hos Patientforsikringen blev der indhentet udtalelser fra overlæge, dr. med. M. og speciallæge i kardiologi og intern medicin P

I sin vurdering af 24. juli 2003 konkluderede M, at hun på det foreliggende havde svært ved at se, hvordan man skulle/kunne have handlet anderledes, men at sagen var særdeles kompliceret. Hun pegede på, at det var nødvendigt at diskutere sagen med gruppens medicinske ekspert og sammen med denne gennemgå scanningerne med henblik på, om disse burde have givet mistanke om hjerneabscesser - og i givet fald - om dette burde/kunne have givet anledning til anden behandling end den antibiotikabehandling, som patienten rent faktisk fik.

Speciallæge P udtalte i sin lægelige vurdering af 29. september 2003, at spørgsmålet primært var, om myokardieinfarkt skulle være konstateret tidligere, og "Umiddelbart mener jeg ikke at en tidligere diagnostik af hjerteproblemerne ville ændre forløbet. Det væsentligste må således være at vurdere om skanningen burde have givet mistanke om abscesser og dermed om anden behandling, dette må kræve neurokir. vurdering."

I en udtalelse af 17. november 2003 til Patientskadeankenævnet anførte overlæge J, at "det er muligt at MR-skanning af P ville have afsløret bylder på hjernen. P ønskede imidlertid ikke at medvirke til MR-undersøgelse."

Til brug for Patientskadeankenævnets behandling af sagen blev der indhentet en udtalelse fra speciallægekonsulent i neurokirurgi, overlæge A som den 29. juni 2004 anførte følgende:

"...Ved mikroskopi af den fjernede hjerteklap fandtes ikke tegn til hjerteklapbetændelse eller udgangspunkt for blodpropdannelse. Ved obduktion fandtes ved undersøgelse af hjertet følger efter en blodprop som vurderedes at være indtrådt ca. 10 dage før døden. Ved undersøgelse af hjernen påvises forandringer foreneligt med abcesser (bylder) i hjernen og hjernehindebetændelse.

...

Lægelig vurdering: Sygehistorien er overordentlig kompleks. P er beskrevet som upåvirket ved indlæggelsen den 27/6, og CT-scanning var normal. Efterfølgende konstateredes infarkter i hjernen og det var opfattelsen at disse måtte stamme fra den påviste hjertesygdom. Efter døden d. 8/7 blev der imidlertid konstateret infektion på hjernens overflade (meningitis) samt abscesser i hjernen.

I og med at P var upåvirket og afebril ved indlæggelsen er det ikke sandsynligt at han havde meningitis på dette tidspunkt. CT-scanningen er også beskrevet som normal. Det er imidlertid bemærkelsesværdigt at han havde forhøjet leukocyttal med relativ overvægt af neutrophilocytter i differentialtællingen allerede ved indlæggelsen. Dagen efter fandtes desuden let forhøjet sænkingsreaktion (SR) og d. 29/6 fandtes betydeligt forhøjet CRP og stigende SR. Dette tyder således på en aktiv infektion. Ved CT-scanningen d. 28/6 fandtes forandringer tydende infarkter i begge hjernehalvdele. P begyndte at udvikle hovedpine og kvalme fra omkring d. 3/7, og ved CT-scanning d. 4/7 fandtes vækst af de tidligere påviste infarkter samt et nyttilkommen infarkt i pandelappen. Det er bemærkelsesværdigt at ingen af de udførte CT-scanninger er foretaget efter indgivelse af kontrast, hvilket efter min vurdering klart havde været indiceret d. 4/7 hos denne patient med progredierende cerebrale symptomer og tegn på aktiv infektion. Det er sandsynligt at man herved kunne have påvist forandringer der ville have rejst mistanke om infektion i hjernen, formentlig i form af diffus lokaliseret hjernebetændelse (cerebritis), muligvis i form af abscesser. Som anført er det ikke sandsynligt at P havde meningitis på indlæggelsestidspunktet, men tilstanden da var ikke uforenelig med cerebritis/abscesser. Ifølge beskrivelsen af hjernesektionen havde abscessen bagtil i hø nakkelap forbindelse til overfladen, og det er derfor min formodning at denne absces på et tidspunkt brød igennem til hjernens overflade og medførte meningitis. Det fremgår af mikroskopien af den fjernede hjerteklap at der ikke fandtes tegn til hverken infektion eller blodprop-

per, bloddyrkningerne var negative, og et egentligt udgangspunkt for infektionen i hjernen blev ikke påvist.

Det er således min opfattelse at behandling efter bedste specialiststandard havde medført at CT-scanningerne, i det mindste fra d. 4/7, var blevet udført med kontrast, og at man herved ville have fået mistanke om infektion i hjernen.

Det er dog også min vurdering at dette næppe havde ændret det fatale forløb. Sygehistorien tyder på en meget voldsom infektion. CT-scanningen ved indlæggelsen er beskrevet som normal og P var upåvirket, men få dage derefter (d. 4/7) var der flere og progredierende forandringer i begge hjernehalvdele og POJ dør 4 dage efter han begyndte at udvikle tiltagende cerebrale symptomer. Dette forløb på ca. 11 dage fra at være upåvirket og med normal CT-scanning til at dø med multiple abscesser (og ikke "kun" cerebritis) i begge hjernehalvdele er et endog meget hurtigt forløb af en cerebral infektion. Såfremt mistanken om infektion var rejst d. 4/7 er det muligt at P kunne være opereret samme dag mhp at få materiale til dyrkning mhp tilrettelæggelse af antibiotikabehandlingen, men en operation ville ikke i sig selv medføre bedring i tilstanden. P var i antibiotikabehandling fra den 5/7, men dør alligevel d. 8/7. Hertil kommer at han, sandsynligvis tidligt i forløbet, udvikler blodprop i hjertet og senere nyresvigt. På denne baggrund er det min formodning at forløbet under alle omstændigheder ville have været fatalt."

I en udtalelse af 9. juli 2004 fra speciallæge i neurologi, dr. med. F.

er anført følgende lægelige vurdering:

"P er død af opsvulmen af hjernen, forårsaget af blodpropsfølger og formentligt væsentligst bylddannelse i nakkelapperne. Hvornår og hvordan denne sygdomsproces er begyndt er det ikke muligt at fastslå, udover at det er usandsynligt at det er en komplikation til hjerteoperationen. De initiale forandringer på CT-scanning var fuldt forenlige med blodpropper. Det kan ikke udelukkes, at der allerede her har været tale om bylddannelse. En byld kan på CT ligne blodprop fuldstændigt. CT-scanning med kontrast og konventionel MRI kan i en del; men ikke alle tilfælde være karakteristisk for byld (randopladning). Disse us. blev ikke foretaget, fordi der ikke var klinisk mistanke om byld eller

tumor. Der var kun diskrete tegn der pegede på infektion (SR, CRP og leukocytter let forhøjede), hvilket ofte ses hos patienter med blodprop. Der er foretaget et stort antal bloddyrkninger uden fund af bakterier. Først de sidste 2 levedøgn steg infektionsparametrene markant. Det dramatiske forløb skyldes kombination af blodprop i hjerte og hjerne samt nyresvigt.

Jeg finder ikke, at undersøgelse og behandling afviger fra specialiststandard.

Konklusion: Enig i PF's afgørelse.

..."

Sagen har været forelagt Retslægerådet. De stillede spørgsmål og svar fremgår af følgende erklæring af 28. juni 2006 fra rådet:

"Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der var hovedårsagen til dødens indtræden den 8.7.2002.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Dødsårsagen var indeklemning af hjernen (cerebral incarceration) forårsaget af betændelse og bylder i hjernen.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke helbredsmæssige gener - herunder objektive fund og subjektive gener - der kunne konstateres hos P med angivelse af diagnose, henholdsvis på indlæggelsesdagen den 27.6.2002 samt 28.6., 2.7., 4.7., 6.7. og 8.7.2002.

Retslægerådet bedes specifikt oplyse, om der i forløbet har været tale om progredierende cerebrale symptomer og tegn på aktiv infektion.

På indlæggelsesdagen den 27.06.02 havde P haft flimren for øjnene, hovedpine og problemer med at styre venstre ben. Ved objektiv undersøgelse fandt man ingen neurologiske udfald, men en mislyd over hjertet. Ved CT-skanning af hjernen fandt man normale forhold. På andendagen den 28.06.02 tilbagefald af fluktuerende symptomer som

på indlæggelsesdagen. Ved objektiv undersøgelse kunne konstateres lettere kraftnedsættelse og styringsbesvær af venstre arm og ben. Ved undersøgelse af kredsløbet i halspulsårene fandtes normale forhold. Senere samme dag forekom et krampeanfald. Herefter blev foretaget akut CT-skanning af hjernen, hvorved blev påvist strukturforandringer med udseende som følger efter kredsløbsforstyrrelse i hjernen (infarkter).

I den følgende periode frem til udskrivningen fra neurologisk afdeling den 04.07.02 er beskrevet vekslende kraftnedsættelse i højre arm og ben samt let højresidig ansigtslammelse ledsaget af subjektive symptomer bestående i angstelse og tristhed, søvnbesvær, hovedpine, kvalme og opkastning. I samme periode blev der ved hjerteundersøgelse konstateret forstørrelse af venstre hjertekammer samt hjerteklap med defekt lukkefunktion (mitralprolaps). Diagnoserne var ved overflytningen apopleksia cerebri (slagtilfælde) og prolapsus mitralis (defekt hjerteklap).

Den 06.07.02 var P nyopereret og fortsat under indflydelse af bedøvende medicin, hvilket begrænser vurderingen af hjernens funktion, men der kunne dog konstateres svær lammelse af venstre legemshalvdel, hvilket var en forværring i den neurologiske tilstand sammenlignet med tilstanden umiddelbart inden operationen. Man kunne endvidere konstatere ophævet nyrefunktion. Frem til den 08.07.02 kunne konstateres yderligere forværring i den neurologiske tilstand i form af vigende bevidsthedsniveau, tiltagende lammelse og til sidst dilaterede lysstive pupiller som tegn på cerebral incarceration bekræftet ved CT-skanning.

Der har i forløbet været tale om progredierende cerebrale symptomer. Den væsentligste progression i den kliniske tilstand udgøres af forskellen i tilstand umiddelbart før og efter hjerteoperationen. Før operationen var de kliniske neurologiske udfald i højere grad vekslende end de var progredierende.

Der har ikke været tegn på aktiv infektion tidligere end efter hjerteoperationen. Først den 07.07.02 sås utvetydig stigning i blodets såkaldte infektionsparametre (leucocytter og CRP-værdi) som tegn på aktiv bakteriel infektion. Forud for dette tidspunkt var disse værdier i vekslende grad enten uspecifikt, marginalt forhøjede eller normale; der var ikke nogen klar udviklingstendens eller noget klart mønster i blodprøverne. Der blev regelmæssigt

udtaget blod til dyrkning for bakterier med negativt resultat.

Spørgsmål 3:

Det fremgår af sagens akter, herunder bilag 3, at der blev foretaget CT-scanning af hjernen uden kontrast den 27.6., 28.6., 4.7. og 6.7. 2002.

Retslægerådet bedes oplyse, om det er overvejende sandsynligt, at anden undersøgelsesmetode, eksempelvis CT-scanning med kontrast, ville have påvist den igangværende infektion i hjernen.

Retslægerådet bedes specifikt oplyse, om der var indikation for CT-skanning med indgivelse af kontrastvæske den 28.6. eller 1., 2., eller 4.7.2002 efter de lægelige oplysninger, der forelå på de pågældende tidspunkter, og da pr. hvilken dato og med hvilken begrundelse.

Ligeledes bedes Retslægerådet oplyse, om der, hen- set til oplysningerne om P's helbreds- mæssige forhold, jfr. eksempelvis bilag 2, kontinu- ation 4, og bilag 6, continuation 4, var mulighed for MR-skanning den 28.6. eller 1., 2. eller 4.7.2002 efter de foreliggende lægelige oplysnin- ger, og da pr. hvilken dato og med hvilken begrun- delse.

Spørgsmålet om hvorvidt en anden undersøgelsesme- tode ville have ført til et andet resultat er hypo- tetisk og kan vanskeligt besvares. Det kan dog op- lyses, at der ikke på nogen af henvisningerne til CT-skanning er anført mistanke om cerebral infek- tion (abscesser). Tværtimod er der i tilsyn, afde- ling T den 05.07.02 fastslået, at de såkaldte in- fektionsparametre var normale. Under disse omstæn- digheder vil man normalt ikke udføre CT-skanning med kontrast.

Det er lidt uklart, hvad der menes med spørgsmålet om mulighed for MR-skanning. Man kan dog udlede af journalen, at mulighederne har været væsentligt og sandsynligvis også afgørende begrænset af klaustro- fobi.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om P , på det tidspunkt hvor det var muligt at stille diagno- sen "infektion i hjernen" på baggrund af de objek- tive og subjektive beskrivelser i sagen, var uden-

for terapeutisk rækkevidde, eller om der var behandlingsmulighed med overlevelseschance til følge.

Såfremt Retslægerådet vurderer, at der var behandlingsmuligheder på det tidspunkt, hvor diagnosen "infektion i hjernen" kunne stilles, bedes det tillige oplyst, hvornår P kunne være kommet i relevant behandling, og hvilken behandling der i den givne situation var den bedst mulige efter videnskab og erfaring.

Spørgsmålet om terapeutisk rækkevidde og prognose er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 5:

Det fremgår af sagens akter, at man havde mistanke om, at det på CT-scanningerne af hjernen set, var blodpropper afsendt fra hjertet, men at man ikke fandt lokaliseringen af infarkterne typisk forenelige med blodpropper fra hjertet, jfr. neurologisk journal bilag 2, side 4 midtfor, på baggrund af hvilken man anbefalede MR-scanning, der ordineres den 2.7.2002, men aldrig bliver gennemført.

Retslægerådet bedes oplyse, om der er holdepunkter for at fastslå, at det er en lægelig fejl eller forsømmelse, at den ordinerede MR-scanning ikke blev gennemført.

Der er efter Retslægerådets opfattelse ikke holdepunkter for at fastslå, at det var en lægelig fejl eller forsømmelse, at den anbefalede MR-skanning ikke blev gennemført.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om MR-scanning med angiografi i den givne situation den 2.7.2002 var indiceret og den bedst mulige undersøgelsesmetode efter videnskab og erfaring.

Retslægerådet bedes tillige oplyse, om diagnostisering af infektion i hjernen den 2.7.2002 og behandling på baggrund heraf med overvejende sandsynlighed kunne have påvirket det fatale forløb i gunstig retning.

Der er den 01.07.02 anbefalet MR-skanning med angiografi. Denne undersøgelse er velegnet til belysning af hjernens kredsløb i den givne situation, hvor forandringerne set på CT-skanning var forenelige med følger efter kredsløbssygdom/blodprop, men

ville i den givne situation ikke have givet et andet resultat end CT-skanning.

Retslægerådet kan ikke udtale sig om prognosen forudsat diagnostik af hjerneinfektion den 02.07.02, spørgsmålet er hypotetisk.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om MR-scanning med angiografi i den givne situation den 4.7.2002 var indiceret og den bedst mulige undersøgelsesmetode efter videnskab og erfaring.

Retslægerådet bedes tillige oplyse, om diagnosticering af infektion i hjernen den 4.7.2002 og behandling på baggrund heraf med overvejende sandsynlighed kunne have påvirket det fatale forløb i gunstig retning.

I den forbindelse bedes Retslægerådet oplyse, om det er overvejende sandsynligt, at P ved diagnosticering af infektionen den 4.7.2002 ville have fået boret 2 små huller i kraniet, igennem hvilke man kunne indføre en blød eller hård kanyler for herigennem at udtømme pus og skylle med saltvand samt fylde op med antibiotika og saltvand.

Endvidere bedes det oplyst, om det er overvejende sandsynligt, at en punktur af abscesserne i hjernen den 4.7.2002 ville have lettet trykket inde i hjernen, og incarcerationen hindret eller udskudt indtil effekten af målrettet antibiotisk behandling slog i gennem.

Der henvises til svar på spørgsmål 6. CT-skanningen foretaget den 04.07.02 må anses for en tilstrækkelig undersøgelse til belysning af den i journalen formulerede problemstilling, det vil sige spørgsmålet om, hvorvidt der var sket hæmorrhagisk omdannelse (blødning) eller tilkommet flere infarkter.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, om undersøgelse, diagnosticeringen og behandling af P i neurologisk regi i perioden 27.6. - 5.7.2002 i den givne situation var den bedst mulige efter videnskab og erfaring.

Undersøgelse og diagnostik af P i neurologisk regi i perioden 27.06.-05.07.02 var efter Retslægerådets skøn i overensstemmelse med alminde-

ligt anerkendte principper.

...

Spørgsmål 10:

Ved obduktion konstateres et infarkt i hjertet, og Patientforsikringens lægekonsulent i hjertesygdomme, P. , vurderer, at blodproppen kan være op til 2 uger gammel, og sagsøgte, Patientenskadeankenævnet, lægger ved afgørelsen til grund, at der 1-2 uger inden indlæggelsen den 27.6.2002 er opstået et større blodprop i hjertet.

Retslægerådet bedes oplyse, om man under hensyn til de præoperative undersøgelser før hjerteoperationen den 5.7.2002 og opererende hjertekirurgs inspektion af hjertet vurderer, at det konstaterede infarkt i hjertet med overvejende sandsynlighed var til stede forud for hjerteoperationen.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse, om infarkt burde være konstateret tidligere.

Retslægerådet finder det usandsynligt, at P. inden hjerteoperationen den 05.07.02 havde haft hjertelinfarkt af følgende grunde:

1. Der foreligger et helt normalt elektrokardiogram en uge inden operationen, nemlig 27.06.02 (bilag 5).
2. Der er også inden operationen, nemlig den 01.07.02, foretaget ultralydsscanning af hjertet (transtorakal ekkokardiografi), som heller ikke viser tegn på hjertelinfarkt, specielt er venstre hjertekammer beskrevet velfungerende (bilag 8).
3. Der er også foretaget kranspulsåreundersøgelse (KAG) den 05.07.02 om formiddagen, altså få timer før operationen, og den undersøgelse viser, at kranspulsårerne er normale (bilag 8).
4. Elektrokardiogram, optaget om morgenen den 06.07.02 kl. 09.34, altså ½ døgn efter operationen viser tydelige tegn på, at P. har udviklet hjertelinfarkt, som også er en kendt komplikation til ovennævnte operation. Hjerterinfarkt sidder i det område, hvor P. fik indopereret sin kunstige hjerteklap.

...

Spørgsmål 12:

I obduktionsrapport (bilag 13) anfører man, at der må være tale et akut myokardieinfarkt opstået på basis af den cerebrale katastrofe.

Retslægerådet bedes oplyse på hvilket tidspunkt i forløbet der kan siges at være tale om en cerebral katastrofe.

Retslægerådet bedes tillige oplyse, om man vurderer, at infarkt i hjertet er opstået efter den cerebrale katastrofes indtræden.

Begrebet "cerebral katastrofe" er ikke veldefineret. Man kan ikke på det foreliggende afgøre, om der menes de initiale cerebrale symptomer eller det fulminante/fatale forløb.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes oplyse, om gennemførelse af hjerteoperation, såfremt man havde været bekendt med, at P havde en aktiv betændelse i hjernen, var i overensstemmelse med bedst mulige behandling efter videnskab og erfaring.

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om det havde været lægefagligt forsvarligt at udsætte hjerteoperationen for at afvente behandling af infektion i hjernen.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares af Retslægerådet.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse, om gennemførelse af hjerteoperationen har haft betydning for dødens indtræden.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Hjerteoperationen har ikke i sig selv været af betydning for dødens indtræden.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes oplyse, om gennemførelse af hjerteoperationen har haft indflydelse på udviklingen i P's cerebrale symptomer.

Hjerteoperationen har ikke i sig selv haft indflydelse på udviklingen af de cerebrale symptomer, som

skyldes andre forhold.

Spørgsmål 16:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Symptomer på kredsløbsforstyrrelse i hjernen og symptomer på lokaliseret betændelse i hjernen (byld) kan være meget ensartede. Både kredsløbs- og infektionssygdom kan have et progressivt forløb. Kredsløbssygdom i hjernen forekommer hyppigere end infektionssygdom. I det foreliggende tilfælde er udredningen konsekvent gennemført ud fra en rimelig begrundet antagelse af, at der var tale om kredsløbssygdom. Antagelsen var understøttet af den konstaterede hjertelidelse, mens der ikke med nogen tydelighed var tegn på infektionssygdom forud for hjerteoperationen.

Det er Retslægerådets opfattelse, at der i udgangspunktet har været tale om et lægeligt fejlskøn, mens der på de givne forudsætninger ikke kan påpeges nogen lægelig fejl."

Landsretten har under sagen i øvrigt været forelagt en række lægefaglige artikler og vejledninger om diagnostik og behandling af infektionssygdomme og om MR-skanning og CT-skanning.

Forklaringer

L. _____ der er enke efter P _____ har forklaret, at parret har 3 voksne børn. Hendes ægtefælle var varmemester i en boligforening på fuld tid. Han klagede aldrig over smerter fra hjerteregionen. Fredag den 21. juni 2002 gik han på ferie, og de var herefter et par dage i København sammen. Torsdag den 27. juni blev han dårlig, søgte læge og blev indlagt samme dag. På hospitalet kunne han føre normale samtaler og vinkede farvel til hende både torsdag og fredag. Hun fik at vide, at de lørdag den 29. juni nok kunne deltage i et fødselsdagsselskab sammen. Imidlertid fik hendes ægtefælle fredag aften et krampeanfald, så han måtte blive på hospitalet. Hun talte ikke med sin ægtefælle om MR-scanning. Hun vidste, at han havde tendens til klaustrofobi på baggrund af,

at han engang under sit arbejde havde siddet fast i en tank, men det prægede ham ikke til daglig, og de talte aldrig nærmere herom. Hvis lægerne havde anbefalet en MR-scanning, ville han have accepteret det, eventuelt under fuld bedøvelse. Hun drøftede det ikke med lægerne og kender kun problemet fra journalerne. Den 4. juli blev han overflyttet til

B Sygehus. Her kunne de tale sammen, men han havde en frygtelig hovedpine. Under hjerteoperationen opholdt hun sig på sygehuset sammen med en nabo. Hun talte med kirurgen, som kom hurtigt tilbage efter operationen og sagde, at det var gået perfekt, samt at hendes ægtefælles nye hjerteklap kunne holde i 50 år. Hjertekirurgen talte ikke om nogen blodprop i hjertet.

Overlæge H har forklaret, at han deltog i behandlingen af P på A hospital. P blev indlagt på grundlag af et TCI-tilfælde, dvs. nedsat blodtilførsel til hjernen. Den 28. juni 2002 nåede man frem til, at der var infarkter i hjernen. Normalt går der op til 24 timer, før der kan ses spor heraf på røntgenbilledet, og de første 6 timer ses der normalt intet. Ved infarkt forstås, at hjernevævet dør på grund af for lidt ilt. Det kan stamme fra f.eks. en blodprop i hjertet eller fra halsen. Det kan også opstå ved for lavt blodtryk. Man gik ud fra, at infarktets skyldtes problemer fra hjertet, hvorfra en mislyd var konstateret.

Som anført i journalen for den 29. juni 2002 var patienten afebril og havde kun marginalt forhøjet infektionstal, hvorfor der ikke var mistanke om endokardit (hjertebetændelse). Derfor foretog man ikke akut ekkokardiografi, men ventede hermed til den følgende mandag.

Han mente ikke, at en MR-scanning kunne gennemføres, da patienten her skal opholde sig i et meget smalt rør, og P

led af klaustrofobi, fordi han engang havde siddet fast i et rør eller lignende. De aftalte, at kunne se scanneren først, for det plejer tit at hjælpe. Ved en MR-scanning skal man opholde sig i røret i ca. ½ time, og mange bliver paniske herved og vil ud. Der er en "panikknop", man kan trykke på inde fra røret. Han ved ikke, om så scanneren. Det blev aftalt, at han i givet fald kunne få et beroligende middel, og P stillede ikke fuld narkose som en betingelse for at deltage. Ved et infarkt i hjernen er fuld narkose risikabelt de første 3 måneder herefter, fordi infarktets da kan vokse.

I tilknytning til sine journaltilførsler af 1. juli 2002 har vidnet forklaret, at vandskellet er samlingspunktet mellem det posteriore og det anteriore kredsløb og er et udsat sted. Den 3. juli om morgenen vurderede han, at der var risiko for for lidt blodtilførsel. Røntgenlægerne sagde, at de ikke ville kunne få noget ud af en MR-scanning. Man bør ikke bestille overflødige undersøgelser, navnlig ikke hvis disse er ubehagelige. Svulster kunne udelukkes, og intet talte for, at der kunne være tale om andet end infarkter. Sækningen viste sig lidt forøget, men leukocyttallene var faldende, og der var ikke feber, så man tænkte ikke på eventuel hjerneinfektion.

CT-scanning med kontrast blev ikke overvejet, fordi røntgenlægerne generelt fraråder det ved infarkt, idet infarktforandringerne så kan tiltage, og røntgenlægerne var meget sikre i deres vurdering af, at der var tale om et infarkt, altså en kredsløbsforstyrrelse. Det er typisk ved mistanke om svulst i hjernen, man bruger kontrast. Patientens relativt unge alder og hans opkast var ikke forhold, der umiddelbart signalerede hjerneabsces; i så fald havde de handlet anderledes. Ved et infarkt kan de små blodkar briste, og derfor gav man ikke i starten blodfortyndende behandling med Marevan. Karvæggen er

svag, og en blødning risikeredes, hvorfor Marevan-behandling kunne gøre ondt værre. Han går ud fra, at patienten ved undersøgelsen den 4. juli var vågen og klar, for ellers ville han have anført det i journalen. Patienten kunne da også medvirke ved den neurologisk undersøgelse og var derfor ikke om-tåget.

Overlæge F har forklaret, at han virker som sagkyndig for Retslægerådet. Han er overlæge på Neurologisk Afdeling på . Retslægerådet var ved sin behandling af sagen bekendt med de indhentede speciallægevurderinger.

I tilknytning til Retslægerådets besvarelse af de spørgsmål, der er stillet til rådet, kan han vedstå svaret på spørgsmål 1. Med hensyn til svaret på spørgsmål 2 har han forklaret, at frem til den 4. juli 2002 var patientens tilstand meget fluk-tuerende. Der forløb en udvikling fra korte, forbigående ge-ner i venstre side, der bevægede sig over til højre side. På tredje dag opstod et krampeanfald. Der var således mange og vekslende symptomer. For så vidt var der ikke indtryk af, at tilstanden den 3.-4. juli var værre end den 27.-28. juni. Sænkningen, CRP-værdien og leukocyttallet ændrede sig, herun-der således, at leukocyttallet var stigende, men normalisere-des, medens CRP-værdien var faldende. Hvis infektionen var blevet diagnosticeret, kan han kun forestille sig, at man også ville have behandlet den; andet kunne man ikke gøre. I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 3 har vidnet fast-holdt, at en besvarelse af det første delspørgsmål ville være for hypotetisk. Der var god grund til at foretage CT-scanning uden kontrast som sket, da det var sædvanlig praksis i den foreliggende situation. Skulle man være gået videre end det, skulle der have foreligget en begrundelse herfor, men det kliniske billede var meget overbevisende. Det vides ikke, hvad en undersøgelse ville have kunnet påvise, men det er god

klinisk skik at følge "det varmeste spor" og ikke at bevæge sig ud i alt muligt andet. CT-scanning med kontrast frarådes ikke generelt over for personer med infarkt, men det indebærer 2 scanninger, så det kræver en god begrundelse, og det er en blodprop sygdom ikke. Den optimale henvisningsårsag ville være den, der faktisk blev anvendt. I tilknytning til svaret på spørgsmål 4 har vidnet fastholdt, at spørgsmålet ikke kan besvares. Vedrørende svaret på spørgsmål 6 har vidnet forklaret, at en MR-scanning kan visualisere blodårernes forløb i hjernen, men ville efter Retslægerådets opfattelse ikke have givet yderligere oplysninger, end dem, som CT-scanningen gav. Han har svært ved at se nogen begrundelse for en MR-scanning. Det ville mere have skyldtes held end forstand, hvis man havde fundet noget yderligere herved; det ville have kunnet karakteriseres som et tilfældigt bifund, hvis man herved kunne have nået frem til at stille den rigtige diagnose. Der ligger ikke i besvarelsen af spørgsmål 7 noget forbehold med hensyn til ordene "den i journalen formulerede problemstilling". Problemstillingen er velbeskrevet i journalen. Vidnet har fastholdt Retslægerådets svar på spørgsmål 8. Det er i overensstemmelse med rådets faste terminologi at anvende udtrykket "almindeligt anerkendte principper". Disse principper formuleres altovervejende af de pågældende faglige selskaber. Med udtrykket "rimelig begrundet" i svaret på spørgsmål 16 menes velbegrundet.

Procedure

Boet efter P_e har til støtte for sin påstand gjort gældende, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes i forbindelse med undersøgelsen og behandlingen af P_e og at dødens indtræden herefter kunne have været undgået, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. Infektionen i hjernen kunne og burde have været diagnosticeret den 1. eller 2. juli eller i hvert fald inden den 4.

juli 2002. Symptomerne på infektionen - neurologiske udfald, kramper og biokemiske tegn på infektion - var allerede til stede fra den 28. juni 2002. Den korrekte diagnose kunne have været stillet ved gennemførelsen af en MR-scanning eller en CT-scanning efter indgivelse af kontrastvæske. P's

klaustrofobi var ikke en hindring for, at der blev gennemført en MR-scanning. Ifølge Retslægerådet har der været tale om et lægeligt fejlskøn. Dette fejlskøn ligger uden for den fejlmargen, som en erfaren specialist har ved sin skønsudøvelse.

Hvis der havde været iværksat intensiv behandling af infektionen i hjernen den 4. juli 2002 eller tidligere, kunne dødens indtræden have været undgået. I perioden frem til operationen den 5. juli 2002 var infektionstallene kun moderat forhøjede, ligesom blodproppen i hjertet først opstod efter operationen.

P var endvidere ved bevidsthed og klar. Disse forhold taler for, at en korrekt behandling ville have hjulpet. Det bestrides, at behandlingen alene ville have bestået i en operation med henblik på udtagelse af væv til dyrkning, og at antibiotikabehandlingen, som P modtog, var tilstrækkelig. Antibiotikabehandlingen kunne have været målrettet mod infektionen i hjernen, og der kunne have været foretaget et kirurgisk indgreb, som kunne have lettet trykket på hjernen. Behandlingsmulighederne fremgår af de fremlagte lægefaglige artikler og vejledninger. Disse er fremlagt, fordi Retslægerådet har afvist at svare på de stillede spørgsmål om årsagssammenhæng. Landsretten er berettiget til at foretage en selvstændig og tilbundsående prøvelse af Patientskadeankenævnets afgørelse, og der foreligger i denne sag et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Patientskadeankenævnet har til støtte for sin påstand om frifindelse gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte nævnets vurdering af sagen.

Ifølge Retslægerådet er der ikke grundlag for at kritisere undersøgelses- og behandlingsforløbet. Der har været tale om et lægeligt fejlskøn, men ikke om en lægelig fejl. Der er således ikke støtte for, at en erfaren specialist ville have gennemført en MR-scanning med angiografi den 1. eller 2. juli 2002, herunder at en sådan scanning ville have vist infektionen i hjernen, hvorefter en intensiv og målrettet antibiotikabehandling ville kunne have forhindret dødens indtræden.

P's fatale sygdomsforløb kunne med overvejende sandsynlighed ikke være undgået, selv om han den 4. juli 2002 havde fået foretaget en CT-scanning efter indgivelse af kontrastvæske, og lægerne derefter havde fået mistanke om infektion i hjernen. Behandlingen ville have bestået i en operation med henblik på udtagelse af væv til dyrkning. Operationen ville ikke i sig selv have medført en bedring af P's tilstand, men kunne have medvirket til at målrette antibiotikabehandlingen, som var påbegyndt den 5. juli 2002. Tidligt i forløbet fik P endvidere en blodprop i hjertet og senere nyresvigt. Der er ikke bevis for, at et andet behandlingsforløb ville have medført et andet resultat. Lægevidenskabelige artikler kan ikke - uden at der er knyttet en lægelig vurdering til - lægges til grund ved bedømmelsen af sagen.

Landsrettens begrundelse og resultat

Parterne har sagen været enige om at lægge til grund, at der den 4. juli 2002 burde være foretaget CT-skanning efter indgivelse af kontrastvæske, og at dette ville have rejst mistanke om infektion i hjernen i form af diffus lokaliseret hjernebetændelse (cerebritis) eller i form af hjernebylder (abscesser).

Det fremgår imidlertid af Retslægerådets erklæring, at undersøgelse og diagnostik af P forud for den 5. juli 2002 var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte principper, og at der ved vurderingen af symptomerne har været tale om et lægeligt fejlskøn, men ikke om en lægelig fejl.

Herudover fremgår det af erklæringen fra speciallægekonsulent i neurokirurgi, overlæge A at behandling efter bedste specialiststandard havde medført, at der - i det mindste fra den 4. juli 2002 - var blevet udført CT-skanning efter indgivelse af kontrastvæske.

På denne baggrund kan det ikke antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes på et tidligere tidspunkt end den 4. juli 2002 ved undersøgelse, behandling eller lignende af P, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3, stk. 1.

Behandlingen af P - såfremt den korrekte diagnose var blevet stillet den 4. juli 2002 - ville ifølge Patientskadeankenævnet have bestået i en operation med henblik på at udtage væv til dyrkning. Operationen ville ikke i sig selv have medført en bedring af P's tilstand, men kunne have medvirket til en målrettet antibiotikabehandling. Ifølge nævnet ville en sådan behandling ikke kunne have forhindret det fatale hændelsesforløb.

Patientskadeankenævnet er et sagkyndigt kollegialt rekursorgan med deltagelse af blandt andet 2 sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab, jf. lov om patientforsikring § 14. Nævnet træffer endelig administrativ afgørelse i erstatnings-sager efter lov om patientforsikring og må antages at have opbygget en særlig erfaring i vurderingen af disse sager. Der

skal derfor foreligge et sikkert grundlag herfor, hvis domstolene skal tilsidesætte nævnets vurdering.

Vedrørende den korrekte behandling og betydningen heraf for hændelsesforløbet har sagsøgeren henvist til lægevidenskabelige artikler om emnet, herunder om behandling af infektion i hjernen med kirurgisk indgreb. Artiklerne er generelt orienterede og er ikke støttede af en konkret lægefaglig vurdering. Landsretten kan derfor ikke tillægge artiklerne betydning ved vurderingen af sagen.

Der er herefter ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering af spørgsmålet om årsagssammenhæng. Det kan derfor ikke antages, at dødsfaldet med overvejende sandsynlighed ville være undgået, såfremt der den 4. juli 2002 var foretaget CT-skanning efter indgivelse af kontrastvæske, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3, stk. 1.

Landsretten tager derfor Patientskadeankenævnets påstand om frifindelse til følge.

Efter sagens udfald skal Boet efter F betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet med i alt 50.000 kr., jf. retsplejelovens § 312, stk. 1.

Beløbet dækker Patientskadeankenævnets udgifter til advokatbistand inkl. moms. Landsretten har ved fastsættelsen af udgifterne til advokatbistand, udover sagens udfald, lagt vægt på sagens økonomiske værdi og sagens omfang.

Da sagsøgeren har fri proces og retshjælpsdækning til sagen, betales sagsomkostningerne af statskassen i det omfang, sagsøgerens retshjælpsforsikring ikke dækker.

T h i k e n d e s f o r r e t :

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Sagsøgeren, Boet efter P(), skal betale sagens omkostninger til Patientskadeankenævnet med 50.000 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Kirsten Thorup Fabrin Regitze Brosbøl Lauridsen
(kst.)

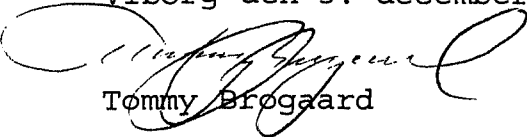
cfr. -----

Uden betaling.

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Vestre Landsret,

Viborg den 3. december 2007


Tommy Brogaard
sektionsleder